

Sous la direction de
CHRISTINE CHAN CHEE
FRANÇOIS BECK
DAVID SAPINHO
PHILIPPE GUILBERT

La dépression en France

Enquête Anadep 2005



La dépression en France

La dépression en France

Enquête Anadep 2005

Sous la direction de
CHRISTINE CHAN CHEE
FRANÇOIS BECK
DAVID SAPINHO
PHILIPPE GUILBERT

Direction de la collection **Thanh Le Luong**
Édition **Jean-Marc Piton**

**Institut national de prévention
et d'éducation pour la santé**
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis Cedex France

L'INPES autorise l'utilisation et la reproduction des résultats de cette enquête
sous réserve de la mention des sources.

Pour nous citer : Chan Chee C., Beck F., Sapinho D., Guilbert Ph. (sous la dir.)
La dépression en France.
Saint-Denis : INPES, coll. Études santé, 2009 : 208 p.

ISBN 978-2-9161-9212-3

Cette étude a été réalisée par

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

En partenariat avec

La Fondation MGEN pour la Santé publique

L'Institut de veille sanitaire (InVS)

Son financement a été assuré par

Le ministère de la Santé et des Sports

La Caisse nationale de l'assurance maladie
des travailleurs salariés (Cnamts)

Les auteurs

Bernard Basset, médecin inspecteur, directeur adjoint de l'INPES

François Beck, statisticien et sociologue,
direction des affaires scientifiques, INPES

Xavier Briffault, sociologue, chargé de recherche au Cesames
CNRS UMR 8136, Inserm U611, université Paris-Descartes

Christine Chan Chee, médecin épidémiologiste, responsable du
programme « Santé mentale » à l'Institut de veille sanitaire (InVS)

Romain Guignard, statisticien,
direction des affaires scientifiques, INPES

Philippe Guilbert, économètre, directeur adjoint,
direction des affaires scientifiques, INPES

Béatrice Lamboy, psychologue,
direction des affaires scientifiques, INPES

Enguerrand Rolland du Roscoat, psychologue,
direction des affaires scientifiques, INPES

David Sapinho, biostatisticien, chargé d'études et de recherche
à la Fondation MGEN pour la Santé publique

Les auteurs remercient vivement le **professeur Viviane Kovess**,
directrice de la Fondation MGEN pour la Santé publique pour la
minutie et la pertinence de ses remarques sur l'ensemble de l'ouvrage.

Direction de l'enquête

Béatrice Lamboy, INPES

Xavier Briffault, CNRS, université Paris-Descartes

Direction statistique

David Sapinho, Fondation MGEN pour la Santé publique

Romain Guignard, INPES

Remerciements

Bruno Falissard pour la pertinence de ses remarques sur les premières versions des chapitres sur les prévalences et les facteurs de risque (Inserm).

Stéphane Legleye pour son aide dans la réflexion sur les modélisations (OFDT).

Christophe Léon pour son aide dans la gestion de la base des données, la création des variables et l'analyse des premiers résultats (INPES).

Ainsi que

Pour la qualité de leur travail et leur disponibilité :

Stéphane Marder, **Catherine Vayssières**, les chefs d'équipe et les enquêteurs de l'institut Atoo, ainsi qu'**Elisabeth Giudicelli**, **Corinne Roux** et **Céline Valentin** de l'institut OCRD chargé du suivi de la conformité du recueil des données.

Pour leur contribution à la recherche documentaire :

Olivier Delmer, **Céline Deroche**, **Sandra Kerzanet** et **Elisabeth Piquet** (INPES).

Pour leur soutien dans l'organisation de l'enquête et dans la mise en forme de la bibliographie :

Marie-Jeanne Barreau, **Gaëlle Cassani**, **Nazaré-Maria Hamla** et **Émilie Pineau** (INPES).

Préface

Dans le cadre de la préparation de la campagne nationale d'information sur la dépression lancée par le ministère de la Santé et des Sports et l'INPES en octobre 2007, il était apparu indispensable de faire un état des lieux rigoureux sur la prévalence de cette maladie et sur les représentations que peuvent en avoir nos concitoyens. C'est dans ce même souci d'appuyer la décision et les actions de santé publique sur des faits scientifiques que l'INPES édite les résultats de l'enquête Anadep.

Cette enquête nationale spécifiquement consacrée à cette pathologie a été conduite par une équipe pluridisciplinaire de spécialistes des enquêtes en population générale et de l'épidémiologie psychiatrique. Cette rencontre d'horizons différents a permis d'aboutir à une étude qui offre un panorama complet et nuancé de la dépression en France, et ce malgré les difficultés méthodologiques que soulève la nécessité d'avoir recours à des outils standardisés et simplifiés de diagnostic, dans le cadre d'une nosologie particulièrement complexe.

Tout en présentant en détail les méthodes et leurs limites, les auteurs explorent les différents facteurs sociodémographiques associés à la dépression, ainsi que le recours au soin suscité par cette pathologie. Reposant sur des indicateurs internationaux validés, les résultats apparaissent globalement en cohérence avec les

autres études françaises sur la santé mentale menées ces dernières années, notamment en termes de facteurs associés à la survenue d'un épisode dépressif majeur.

La prévalence d'un tel épisode dans les 12 derniers mois apparaît plus importante chez les femmes, ainsi qu'au sein des foyers ayant les revenus les plus modestes, notamment ceux qui sont confrontés au chômage. Cette étude souligne par ailleurs que plus d'un Français sur cinq a encore une opinion stigmatisante sur les personnes atteintes de dépression. Si la souffrance liée à cette pathologie est assez massivement reconnue, on note cependant une difficulté récurrente à se confier sur ce type de souffrance, en particulier en milieu professionnel.

En publiant cet ouvrage, notre souhait est de permettre à chacun, professionnels et citoyens, de mieux connaître la réalité de la dépression et de ses déterminants sociaux. Les actions mises en œuvre sont ainsi en mesure de s'appuyer sur un savoir scientifique qui, malgré son caractère évolutif, n'en reste pas moins d'une grande rigueur. La connaissance constitue en effet l'indispensable premier jalon de la mise en œuvre d'une politique de santé cohérente.

Thanh Le Luong

Directrice générale de l'Institut national de
prévention et d'éducation pour la santé

Sommaire

10	Préface
15	Introduction Bernard Basset
19	Méthodologie de l'enquête Anadep François Beck, David Sapinho, Christine Chan Chee, Xavier Briffault, Béatrice Lamboy
35	Prévalence de l'épisode dépressif majeur et co-morbidités David Sapinho, Christine Chan Chee, François Beck
59	Facteurs sociodémographiques associés à l'épisode dépressif majeur Christine Chan Chee, David Sapinho, Philippe Guilbert
85	Recours aux soins pour raisons de santé mentale David Sapinho, Christine Chan Chee
119	Attitudes et opinions vis-à-vis de la dépression François Beck, Romain Guignard, Enguerrand Rolland du Roscoat, Xavier Briffault
141	Perspectives pour les études et recherches en épidémiologie de la santé mentale en France Xavier Briffault, François Beck
155	Annexes
157	Questionnaire Anadep
201	Liste des tableaux et des figures

Introduction

BERNARD BASSET

S'il est fréquent et de bonne méthode que les plans de santé publique comportent un volet « Connaissance et recherche », ce passage quasi obligé comporte souvent une part d'expression qu'on peut juger incantatoire. Le plan « Psychiatrie et santé mentale » échappe à ce reproche tant l'affirmation de la nécessité de la recherche en ce domaine entraîne immédiatement en France des débats passionnés. En effet, en matière de santé mentale, plusieurs craintes sont en général mises en avant : la spécificité de la santé mentale serait un obstacle à l'utilisation des outils habituels de la recherche, les descriptions cliniques et l'utilisation d'outils standardisés, le plus souvent en l'absence d'un clinicien, seraient contestables, la singularité des patients ne se prêterait pas à l'analyse statistique, etc. Ce contexte particulier constitue la « toile de fond » de toute démarche scientifique en ce domaine. On peut alors considérer que le poids de l'Histoire et la vivacité des controverses scientifiques ou doctrinales constituent un contexte

peu propice à la sérénité des études, mais on peut y voir également un souci légitime de prendre en compte des préoccupations éthiques pour des études qui touchent à la singularité de l'être humain. C'est entre ces deux rives, la précaution à outrance et la recherche sans éthique, que la connaissance doit se frayer un chemin.

En ce sens, l'orientation d'un développement de l'épidémiologie en santé mentale, clairement exprimé dans le plan, doit donc être considéré comme une nette volonté politique malgré la difficulté des débats, et non comme un passage rédactionnel rituel à l'exercice. Ce soutien à la recherche faisait d'ailleurs suite aux objectifs de santé mentale de la Loi de santé publique qui faisaient reposer la politique de santé sur des indicateurs quantifiés, notamment en ce qui concerne la dépression. La communauté des épidémiologistes en santé mentale a certainement apprécié ces encouragements importants alors que ce champ est bien moins développé dans notre pays

que dans le reste des pays occidentaux. Tout ne commence pas, bien évidemment, le jour de la publication du plan par les autorités gouvernementales, et certaines études, telles que l'enquête Eseméd par exemple, n'ont pas eu besoin de s'adosser à l'autorité de santé pour voir le jour. Cependant, un certain nombre de travaux y ont trouvé depuis lors une source de légitimité générale ou plus concrètement un axe concret à investir. C'est précisément le cas des travaux qui sont exposés dans cet ouvrage.

En effet, si ces travaux scientifiques trouvent formellement leur origine dans un document officiel concernant la politique de santé mentale, ils correspondent néanmoins à la dynamique générale de la communauté des chercheurs depuis une vingtaine d'années pour développer l'épidémiologie en santé mentale, même si l'accent est ici mis sur une pathologie à forte prévalence, la dépression. La priorité de ce thème a été décidée par les pouvoirs publics dans un objectif opérationnel précis, celui de faire une campagne d'information pour le grand public. Pour autant, ce choix répond indiscutablement à un besoin d'améliorer les connaissances sur plusieurs points essentiels : la validité des outils de mesure, la prévalence des troubles, les facteurs associés, les représentations et le recours aux soins. Ce sont les volets principaux de cette enquête dénommée « Anadep » qui est à ce jour la plus vaste enquête française en population générale sur le thème de la dépression.

Les auteurs de cette enquête devaient affronter un certain nombre de difficultés, dont une partie est en quelque sorte inhérente à toute enquête épidémiologique (base de sondage et représentativité, terrain d'enquête, modalités d'enquête, questionnaire, exploitation des résultats...). Cependant, la difficulté majeure était, en particulier dans le contexte français, d'utiliser des critères cliniques ne prêtant pas, ou le moins possible, à contestation sur

un sujet complexe. Les choix ont été effectués après une discussion rigoureuse et argumentée, en tenant compte de l'expérience des chercheurs étrangers. Cette discussion, fondamentale, est d'autant plus cruciale que le choix d'outils de description clinique utilisés dans des pays anglo-saxons est parfois contestée par une partie des cliniciens français. Pourtant, cette étape est déterminante. Que veut-on mesurer ? La déprime, le coup de blues, les épisodes dépressifs « sévères » ?

Puisque l'autorité publique a donné une impulsion à ces études, il paraît pertinent, non pas de soumettre mécaniquement la démarche intellectuelle des chercheurs à celles des responsables de la politique de santé, mais de confronter les interrogations des uns et des autres et d'examiner leurs champs de recouvrement. La première question, immuable, que se posent les responsables politiques est « Quelle est l'importance du problème que nous avons à affronter ? ». La première réponse attendue porte sur la taille de la population concernée, ou, en termes épidémiologiques, sur la prévalence de la maladie ou du problème de santé. De la réponse à cette question princeps, découlent d'autres interrogations « Est-ce mieux ou moins bien en France que dans des pays comparables ? Y a-t-il des sous-populations au sens statistique du terme particulièrement touchées, populations précaires ou femmes par exemple ? ou des zones du territoire défavorisées ? ».

Viennent ensuite des questionnements plus précis sur l'expression de la maladie, sur les besoins de soins et donc sur le recours aux soins. En l'occurrence, le recours par la population à la psychothérapie, aux antidépresseurs ou aux deux à la fois, au généraliste, au spécialiste ou à l'hôpital sont des éléments qui devront être confrontés avec les recommandations de bonne pratique, en particulier celles de la HAS. Le besoin de soins est-il majoré dans

certaines circonstances (co-morbidités, situation sociale...) ? Autant de questions pour lesquelles le décideur attend des éclairages pour répondre à la fois à la demande de la population, souvent médiatisée par le milieu associatif, et à celle des professionnels.

Le décideur politique avait également une demande précise d'une campagne d'information du grand public sur la dépression. Pour y répondre de manière pertinente, l'INPES avait besoin non seulement de données quantitatives sur le sujet, mais aussi d'une étude sur les représentations de la dépression. Car comment informer le public sans connaître ce qu'il sait déjà ou croit savoir ? Comment lui proposer des solutions sans informations sur l'idée qu'il s'en fait ou celles qu'il utilise ? Dès lors, le chercheur s'efforce de faire un état de l'opinion et des attitudes vis-à-vis de la dépression : dans quelle mesure y a-t-il stigmatisa-

sation des personnes qui souffrent ? Par quelles franges de la population la dépression est-elle perçue comme une maladie, ou comme un manque de volonté ou de dynamisme ? Y a-t-il quelque chose à faire ? Dans quelle mesure peut-on la soigner ? Là encore, autant de réponses indispensables avant de lancer une campagne d'information.

Les objectifs de l'enquête Anadep étaient multiples. Si l'enjeu de la connaissance est au premier plan, sa contribution à la mise en œuvre de la politique de santé ne doit pas être occultée, la première traduction opérationnelle ayant été la campagne d'information du public sur la dépression. Au-delà, nul ne doute que cette démarche inscrit avec la rigueur nécessaire l'épidémiologie en santé mentale dans les débats de la communauté scientifique internationale. C'est, pour la France, une démarche encore nouvelle qui doit donc se poursuivre résolument.

Méthodologie de l'enquête Anadep

FRANÇOIS BECK
DAVID SAPINHO
CHRISTINE CHAN CHEE
XAVIER BRIFFAULT
BÉATRICE LAMBOY

L'enquête Anadep est une enquête en population générale représentative des personnes âgées de 15 à 75 ans résidant en France métropolitaine. Du point de vue de la méthode d'enquête, elle se situe dans la lignée des « Baromètres santé » mis en place au début des années 1990 par le CFES [1]. Un certain nombre de choix méthodologiques se retrouvent sur l'ensemble des exercices ultérieurs : il s'agit d'une enquête transversale répétée menée par téléphone, avec un tirage aléatoire de l'échantillon [2-3]. La stratégie consiste à tirer *a priori* dans une base de sondage et de façon aléatoire un nombre fixé d'individus ou de ménages à atteindre en s'en tenant à cet échantillon initial quel que soit le taux d'acceptation des répondants (aucun remplacement n'est effectué).

Cette méthode présente de nombreux avantages, comme celui de pouvoir effectuer les tests statistiques mesurant la significativité d'une différence observée au sein de l'échantillon, ou encore d'augmenter la probabilité de sélection des individus qui

sont difficiles à joindre : il faut dans certains cas plus de dix tentatives avant de pouvoir joindre un ménage, ce qu'autorise et nécessite une enquête aléatoire. En revanche, avec la méthode des quotas (dont le but est uniquement d'offrir *in fine* une structure sociodémographique conforme à la réalité), un ménage injoignable au premier essai peut être abandonné au profit du suivant sur la liste, plus facile à joindre. Un tel remplacement peut biaiser l'échantillon d'autant plus que la population difficilement joignable peut présenter un profil particulier (sociabilité importante, engagement professionnel intense, fréquentes absences du domicile...), qui n'est pas forcément sans lien avec certains indicateurs de santé mentale. Par ailleurs, cette méthode permet de quantifier les non-réponses avec précision.

L'enquête Anadep est une enquête téléphonique. Le recours à ce mode de collecte permet en général une meilleure cohérence et un contrôle de terrain plus efficace, mais aussi, pour les personnes interro-

gées, une plus grande facilité à répondre mais une tendance à donner des réponses plus « socialement désirables » qu'en face-à-face [4-5]. Plusieurs études méthodologiques américaines menées en population adulte sur des sujets sensibles dans les années 1980 ont abouti à des conclusions similaires [6-7]. Dans de telles conditions, les avantages d'un questionnaire en face-à-face sont souvent insuffisants pour justifier le surcoût financier, sachant que les différentes solutions reposant sur la voie postale génèrent des taux de réponse beaucoup trop bas en France. L'enquête téléphonique doit être mise en place avec certaines précautions telles que le souci d'une adaptation correcte des instituts de sondages à l'échantillonnage aléatoire, la formation et le suivi des enquêteurs, l'envoi préalable d'une lettre-annonce à tous les foyers tirés au sort, un fort coefficient d'insistance... Concernant le domaine de la santé mentale, les enquêtes sur la santé mentale réalisées depuis la fin des années 1990 ont plutôt fait le choix du face-à-face, que ce soit l'enquête « Santé mentale en population générale (SMPG) » [8] ou l'enquête Eseméd (*European Study of the Epidemiology of Mental Disorders*) [9]. De plus, si les échelles psychométriques ont souvent été validées en face-à-face ou en autoquestionnaire, elles le sont moins dans le cadre de l'entretien téléphonique.

Notons toutefois que l'enquête sur les indicateurs de santé mentale a également été menée en 2005 par téléphone dans quatre régions françaises [10], ainsi que le « Baromètre santé 2005 » qui comprenait un important module de questions sur la dépression [3].

Le système de Collecte Assistée par Téléphone et Informatique (CATI) repose sur un logiciel améliorant la qualité de la collecte, ainsi que la productivité des enquêteurs et des chefs d'équipe dans la phase de recueil des données. Celui-ci gère l'organisation des appels téléphoniques et la composition des numéros, des prises de rendez-vous et des reprises d'entretien lorsque c'est nécessaire, mais aussi la gestion du déroulement du questionnaire (notamment les filtres et les routines aléatoires des modalités ou des questions le cas échéant). Il autorise également certains contrôles en temps réel des réponses (réponses incohérentes, âges impossibles signalés...). Un tel système facilite aussi grandement le suivi de l'enquête, que ce soit par les chefs d'équipe ou par l'équipe responsable de l'enquête. Il permet de contrôler à tout moment un certain nombre d'indicateurs tels que l'évolution des taux de refus (globaux ou par enquêteur), la durée moyenne du questionnaire. Dans le cas de l'enquête Anadep, il s'agit du logiciel *Interviewer* (Voxco Inc.).

DESCRIPTION DE LA PROCÉDURE D'ÉCHANTILLONNAGE

BASE DE SONDAGE ET REPRÉSENTATIVITÉ

L'échantillon est issu d'un sondage aléatoire à deux degrés (tirage préalable du ménage puis sélection de l'individu à interroger en son sein). L'inscription sur liste rouge se trouvant liée à des situations démographique et socioéconomique particulières [11-12], il est apparu indispensable d'inté-

grer ces ménages à l'échantillon. En France, plusieurs travaux ont montré que ces individus sont plus jeunes, plus urbains, plus diplômés et surreprésentés dans les hauts revenus [13-16].

Afin d'interroger également les ménages inscrits sur liste rouge, les numéros de téléphone ont été obtenus par génération aléatoire de numéros sur la base d'un fichier issu de l'annuaire téléphonique,

puis grâce à une procédure d'itération automatique, chaque numéro a été incrémenté (+ 1 au dernier chiffre). La première liste de numéros a ensuite été éliminée afin de tenter de respecter la part des ménages inscrits sur liste rouge qui n'est pas connue *a priori* avec précision. L'annuaire inversé était ensuite utilisé pour récupérer l'adresse des ménages sur liste blanche pour l'envoi d'une lettre-annonce. Les numéros incrémentés qui n'étaient pas identifiés par l'annuaire inversé (soit 53 % d'entre eux) correspondaient à des numéros sur liste rouge, à des numéros non attribués ou à des numéros ne correspondant pas à des ménages ordinaires (numéros internes d'entreprise, cabines téléphoniques...). L'institut de sondages Atoo a donc appelé tous les numéros sans savoir *a priori* où aboutissait l'appel pour ceux ne figurant pas à l'annuaire inversé. Par rapport à une génération complètement aléatoire de numéros, telle qu'elle se pratique aux États-Unis [17-19] ou au Royaume-Uni [20], cette procédure présente l'avantage de générer beaucoup moins de faux numéros, dans la mesure où le fichier initial permet de cibler des zones de numéros dont les préfixes sont attribués à des ménages plutôt qu'à des lignes professionnelles.

Avec cette méthode, les individus issus de ménages inscrits sur liste rouge représentent environ un quart de l'échantillon, ce qui s'avère proche de la proportion observée dans les autres enquêtes interrogeant ces foyers. La lettre-annonce à en-tête de l'INPES a été envoyée à tous les ménages en liste blanche avant les appels, mettant l'accent sur l'importance de l'étude afin de minorer les refus de répondre. Les ménages sur liste rouge se la voyaient proposée au moment de l'appel.

Seules les personnes de 15 à 75 ans parlant le français et membres d'un « ménage ordinaire » pouvaient participer à l'enquête. Au-delà du manque que constitue l'absence

des populations plus jeunes, plus âgées, résidant en institution et non francophones, ce choix des populations interrogées répond principalement à des contraintes techniques. L'expérience du terrain permet de penser que l'âge de 15 ans constitue une limite inférieure du fait de la longueur du questionnaire et de la difficulté de compréhension de certains termes. Les enquêtes en milieu scolaire constituent à n'en pas douter des alternatives plus appropriées pour les plus jeunes. Une enquête par téléphone au domicile principal des individus risquerait par ailleurs de ne pas être représentative des populations âgées de plus de 75 ans. Dans ces tranches d'âge en effet, la fréquence des problèmes d'audition rendent plus difficile l'entretien téléphonique, et surtout une proportion importante réside en institution médicosociale ou en maison de retraite sans forcément disposer d'une ligne téléphonique personnelle.

Par ailleurs, le protocole d'enquête nécessitait que les interviewés comprennent et parlent le français, sans distinction de nationalité, le critère d'inclusion étant que leur résidence principale se situe sur le territoire métropolitain. Il s'agit à la fois d'une contrainte financière, liée à la gestion d'une équipe d'enquêteurs multilingue, complexe et coûteuse, qui aurait impliqué une nette diminution de la taille d'échantillon à coût équivalent, mais aussi d'une difficulté à traduire certaines questions.

Contrairement au « Baromètre santé 2005 », le choix d'interroger un échantillon d'individus ne disposant que d'un téléphone portable n'a pas été retenu. En effet, pour ce type d'échantillon, la durée de questionnaire doit être nettement réduite (20 minutes maximum) à cause de la qualité sonore des communications, la faible autonomie des batteries et le risque d'interruption de la communication en cas de mobilité. Par ailleurs, les enquêtes ayant effectué des interviews sur portables ont

rapporté une moindre concentration lors de la passation du questionnaire, problème souvent lié à des difficultés particulières à s'isoler. L'option de ne pas inclure les détenteurs exclusifs de téléphones mobiles n'est pas sans conséquence sur la qualité de l'échantillon, dans la mesure où s'ils ne représentaient en 1998 que 2 % de la population, ils sont en 2005 environ 15 %, ce qui correspond à 17 % des ménages. L'absence de ligne fixe s'avère liée avec un certain nombre de critères tels que l'âge, la profession et catégorie sociale (PCS) ou le niveau de revenu. En effet, les personnes peuvent être amenées à arbitrer entre les deux types d'équipement en raison de leurs coûts et de leur substituabilité, le choix étant plus ou moins influencé par les ressources financières, les besoins, les préférences et les générations. Les populations susceptibles de délaisser le téléphone fixe sont ainsi les personnes dont les ressources sont les plus faibles. Selon une enquête récente du Crédoc, les personnes les moins équipées sont ainsi les 18-24 ans (33 % d'entre eux n'ont pas de ligne fixe), les ouvriers (34 %) et celles dont les revenus sont les plus faibles (26 % pour les foyers ayant un revenu mensuel de moins de 900 euros). En revanche, l'enquête ne relevait qu'un faible lien entre le type d'équipement téléphonique et la taille de l'agglomération de résidence et le niveau de diplôme [21].

Ces résultats sont confortés par une analyse récente des données de l'Enquête permanente sur les conditions de vie des ménages (EPCV) de 2005. Celle-ci a montré qu'un quart des ménages à bas revenu (disposant de moins de 620 euros par mois) possèdent uniquement un téléphone portable [22]. Ces détenteurs exclusifs de téléphones mobiles ont donc des caractéristiques particulières, susceptibles de mettre en péril la représentativité d'une enquête téléphonique filaire classique [23-26]. Si les travaux anglo-saxons sur les enquêtes

téléphoniques évoquent de plus en plus la nécessité de prendre en compte le développement de la téléphonie mobile [27-30], les études méthodologiques restent encore relativement rares [31-34]. Il faut toutefois souligner que le redressement (cf. page 26) permet de compenser en grande partie cette déstructuration.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978, qui stipule que tout traitement automatisé d'informations directement ou indirectement nominatives doit faire l'objet d'une soumission à la CNIL, la méthodologie d'enquête des « Baromètres santé » a fait l'objet d'un examen de la part de cette commission. Celle-ci a confirmé que les données présentaient un caractère anonyme et confidentiel, garanti notamment par une procédure d'effacement du numéro de téléphone et que le traitement informatique envisagé n'avait pas à faire l'objet de formalités préalables.

SÉLECTION DE L'INDIVIDU ENQUÊTÉ

Lors de l'enquête, les numéros qui ne répondaient pas, sonnaient occupés ou aboutissaient à une messagerie vocale étaient recomposés automatiquement 30 ou 90 minutes plus tard. Le système raccrochait après 8 sonneries. Jusqu'à 20 tentatives étaient effectuées, à des heures et des jours différents si nécessaire, l'automate d'appel optimisant les opportunités pour joindre un membre du ménage. Au bout de 3 tentatives infructueuses en soirée, les tentatives 4 et 5 étaient effectuées en journée. L'impact de ces différentes précautions sur les résultats a fait l'objet d'études méthodologiques sur des sujets sensibles tels que les comportements sexuels [35], sur la santé mentale [36], ainsi que sur les usages de substances psychoactives [16]. Ces travaux ont montré que les caractéristiques des enquêtés joints tardivement justifiaient clairement de persé-

vérer au delà de 6 tentatives, voire jusqu'à 12. Une fois le ménage atteint, il devait, pour être éligible, comporter au moins une personne âgée de 15 à 75 ans et parlant le français.

Ensuite, l'individu devait être sélectionné parmi les différentes personnes éligibles. Une seule personne participait à l'enquête au sein de chaque foyer, cette sélection étant opérée par la méthode dite « anniversaire », qui consiste à retenir le membre du foyer ayant la date d'anniversaire la plus proche à venir [37]. Cette méthode présente l'avantage d'être moins intrusive et plus rapide que la méthode Kish [38], qui consiste à lister l'ensemble des membres du foyer, l'enquêteur effectuant un tirage aléatoire de l'individu à interroger. En effet, la méthode anniversaire n'impose pas de connaître l'ensemble du foyer avec précision, mais elle laisse plus d'initiative à la personne qui a décroché le téléphone [39] sans possibilité de contrôle par l'enquêteur dans la mesure

où il ne connaît pas les dates de naissance des différents membres du foyer. Or, il apparaît par exemple que les femmes, qui manifestent en général plus d'intérêt pour les enquêtes que les hommes, travestissent parfois leur date d'anniversaire afin d'être sélectionnées, au point d'être systématiquement surreprésentées dans les enquêtes en population générale.

Si l'individu sélectionné n'était pas disponible au moment du contact, un rendez-vous téléphonique lui était proposé, et en cas de refus de participation de sa part, le ménage était abandonné sans être remplacé. Les interruptions de questionnaire étaient possibles dès que l'enquêté devait s'arrêter pour des raisons personnelles au cours de l'entretien, ou bien s'il ne se sentait plus à l'aise pour répondre à cause de la présence d'une tierce personne. Le questionnaire complet durait en moyenne environ 45 minutes.

LE TERRAIN D'ENQUÊTE

En octobre 2005, une enquête pilote a été menée afin de tester les questions, les filtres et la durée moyenne du questionnaire. L'enquête s'est pour sa part déroulée du 7 novembre au 20 décembre 2005 à l'institut de sondages Atoo, tous les jours de la semaine sauf le dimanche, de 16 heures à 21 heures en semaine et de 10 heures à 18 heures le samedi. Au total, 105 enquêteurs et 24 superviseurs ont été impliqués dans la réalisation de cette enquête.

La formation des enquêteurs a eu lieu à la fin du mois d'octobre 2005. Les principaux objectifs étaient de présenter l'enquête et sa finalité ainsi que l'INPES en tant qu'institution responsable. Le questionnaire a été entièrement déroulé et expliqué : comment poser les questions, indiquer les relances... Il s'agissait également de rappeler le principe d'un sondage aléatoire et proposer quelques

arguments pour limiter le plus possible les refus (notamment des exemples concrets sur l'utilité de ce type d'enquête). Au cours de ces séances, les enquêteurs ont pu se familiariser avec le questionnaire au cours de vacations à blanc, jusqu'à ce que la passation soit correcte. La formation et le suivi rigoureux des enquêteurs sont un gage de réussite pour une enquête téléphonique [40]. En effet, cette étape s'avère cruciale, notamment pour les responsabiliser et pour assurer l'homogénéité du recueil des données. Elle permet une prise de conscience de l'importance du sujet et une préparation à la situation d'entretien. Elle est ainsi l'occasion d'élaborer des stratégies pour rendre l'entretien plus acceptable à l'enquêteur comme à l'enquêté, en particulier lorsqu'il s'agit de motiver l'acceptation des individus dont la ligne téléphonique

est inscrite en liste rouge. Afin de favoriser la participation des individus à l'enquête, une liste d'arguments a été constituée pour faire face aux différents motifs de refus avancés par les personnes appelées.

De l'avis des enquêteurs, l'enquête s'est globalement bien déroulée et a finalement semblé moins éprouvante que d'autres enquêtes thématiques menées à la même époque par l'INPES (sur les représentations sur le cancer par exemple). Au final, seul un petit nombre d'enquêtés ont eu recours au numéro d'aide proposé en cas de difficulté, et c'était plus pour demander les coordonnées d'un professionnel de santé que pour exprimer un courroux ou un désarroi.

L'enquête a été précédée par l'envoi des lettres-annonce à partir du 25 octobre 2005. L'intérêt principal de la lettre-annonce est de motiver les individus pour participer à l'enquête. La vérification de sa réception n'était toutefois pas une condition à la réalisation de l'entretien : les enquêteurs n'avaient pas à s'assurer que leur interlocuteur l'avait effectivement reçue car la lettre ne lui était pas nécessairement adressée en son nom propre. Une société de surveillance, l'Organisme de conformité du recueil des données (OCRD) était présente tous les jours de l'enquête afin de vérifier la bonne passation du questionnaire et la régularité de la procédure de sélection des personnes à interroger. Cet organisme était chargé de veiller au respect des procédures définies dans le cahier des charges de l'institut de sondages, ce qui permettait de réajuster rapidement certaines situations dérogeant aux règles [41]. Le fichier d'adresses de l'étude a été scindé en plusieurs blocs de taille équivalente afin d'assurer une meilleure gestion des rendez-vous. Les derniers blocs ont été engagés en fonction du taux d'utilisation des premiers.

Une des particularités majeures de l'enquête Anadep réside dans une procédure de double-échantillonnage afin

d'obtenir à la fois un échantillon représentatif de la population générale et un autre composé uniquement d'individus ayant déjà connu certains symptômes liés à la dépression. Deux échantillons A et B indépendants ont donc été constitués. L'échantillon A est constitué de 2 001 individus sélectionnés en population générale. L'échantillon B est constitué de 4 497 individus sélectionnés de façon identique, mais de façon à obtenir *a priori* environ 2 000 personnes ayant eu une période d'au moins 15 jours de tristesse ou de perte d'intérêt au cours de leur vie. Les personnes ayant répondu par la négative à ces 2 questions d'entrée ont vu s'interrompre le questionnaire (version courte, d'une durée moyenne de 6 minutes). Cet échantillonnage complexe a imposé le recours à un redressement particulier qui tient notamment compte des différentes probabilités d'inclusion des individus. Il a été montré que ce type d'approche fournissait des estimateurs de qualité acceptable pour les informations relevées seulement pour une partie des individus, après application d'un redressement spécifique [42].

Les taux de refus observés à la fin de l'enquête ont été de 30,8 % pour les individus dont le numéro était inscrit sur la liste blanche ou orange et de 37,9 % pour ceux dont le numéro était inscrit sur la liste rouge. Si l'on ajoute à ces refus les abandons en cours de questionnaire, ils atteignent respectivement 34,9 % et 42,5 %, soit un taux de refus global de 37,0 % [tableau I]. Ces taux de refus apparaissent en nette baisse par rapport au « Baromètre santé 2005 » réalisé quelques mois auparavant (taux de refus global de 42,1 % pour l'ensemble des lignes fixes), mais en légère progression par rapport au « Baromètre santé 2000 » où ce taux global était de 35,6 %. Cette difficulté à obtenir des taux de réponse élevés dans les enquêtes téléphoniques est constatée depuis quelques années en France, mais aussi aux États-Unis [43-44]. À l'image de

TABLEAU I

Récapitulatif des ménages contactés, des questionnaires complétés et des taux de refus

	Rouge		Blanche/Orange		Total	
	n	%	n	%	n	%
Base utilisée	12 540	100	11 160	100	23 700	100
Hors cible	7 727	61,6	508	4,6	8 235	34,7
Résidences secondaires	47	0,4	66	0,6	113	0,5
Ménages sans personne dans la tranche d'âge	124	1,0	910	8,2	1 034	4,4
Ménages non francophones	63	0,5	139	1,2	202	0,9
Personnes impossibles	152	1,2	373	3,3	525	2,2
Ménages injoignables	1 274	10,2	714	6,4	1 988	8,4
Ménages interrogeables	3 153	100	8 450	100	11 603	100
Refus ménages immédiats	979	31,0	2 135	25,3	3 114	26,8
Refus ménages différés	63	2,0	132	1,6	195	1,7
Refus personne sélectionnée	154	4,9	339	4,0	493	4,2
Rendez-vous ménages non aboutis	160	5,1	255	3,0	415	3,6
Personnes injoignables	87	2,8	209	2,5	296	2,6
Personnes interrogées	1 710	100	5 380	100	7 090	100
Rendez-vous questionnaires	28	1,6	74	1,4	102	1,4
Abandons interview	145	8,5	345	6,4	490	6,9
Questionnaires réalisés	1 537		4 961		6 498	
Taux de refus						
Taux de refus global (hors abandons)	1 196	37,9	2 606	30,8	3 802	32,8
Taux de refus global (avec abandons)	1 341	42,5	2 951	34,9	4 292	37,0

DÉFINITIONS DES DIFFÉRENTES CATÉGORIES

- 1. Hors cible** : faux numéros et entreprises
- 2. Résidences secondaires** : le numéro de téléphone est celui d'une résidence secondaire
- 3. Ménages sans aucune personne de la tranche d'âge** : aucune personne dans le foyer ne correspond à la tranche d'âge recherchée
- 4. Ménages non francophones** : aucune personne ne parle français au sein du foyer
- 5. Personnes impossibles** : la personne sélectionnée est absente pendant la durée de l'étude ou a une incapacité physique ou mentale l'empêchant de répondre au questionnaire
- 6. Ménages injoignables** : sans réponse ou occupé sur les 20 appels
- 7. Refus ménages immédiats** : refus de l'interlocuteur du foyer *avant la sélection de la personne éligible*
- 8. Refus ménages différés** : refus de l'interlocuteur du foyer *de passer la personne sélectionnée*, alors que la

sélection de la personne à interroger a été faite, c'est-à-dire qu'il a été vérifié que l'on appelle au domicile habituel (non pas une résidence secondaire) et qu'il y avait au moins une personne éligible dans le foyer

- 9. Refus personne sélectionnée** : refus de la personne sélectionnée

- 10. Rendez-vous ménages non aboutis** : au moins un rendez-vous *avant la sélection de la personne éligible* et 19 appels qui n'ont pas donné suite

- 11. Personnes injoignables** : au moins un rendez-vous *après la sélection de la personne éligible* et 19 appels qui n'ont pas donné suite

- 12. Rendez-vous questionnaire** : rendez-vous pris en cours de questionnaire

- 13. Abandons interview** : abandon en cours d'entretien

ce qui est observé depuis le « Baromètre santé 2000 », mais à la différence des études menées pour Médiamétrie dans les

années 1990, les taux de refus des ménages en liste rouge s'avèrent supérieurs à ceux des ménages en liste blanche.

LE REDRESSEMENT

Dans l'échantillon final de l'enquête, certaines catégories de population apparaissent sous-représentées par rapport aux données statistiques nationales de référence (issues du recensement de la population et de ses mises à jours), d'autres surreprésentées. Afin d'améliorer la représentativité de l'enquête, il est d'usage de faire l'hypothèse que les individus manquant dans une catégorie ont un profil plus proche de ceux des individus répondant de cette catégorie que de ceux de l'ensemble de l'échantillon, ce qui conduit à procéder à un redressement tenant compte de ces catégories. Le principe est de modifier le poids de chaque individu de l'échantillon (au départ égal à 1 pour chacun) afin de corriger les éventuelles erreurs d'échantillonnage. Pour cela, on a recours à des informations auxiliaires corrélées avec les variables d'intérêt de l'étude afin d'augmenter la précision des estimateurs. Le calage permet de construire des estimations corrigées du biais de non-réponse. En modifiant l'échantillon pour le contraindre à adopter la structure de la population globale, il tient compte des spécificités de cette population et améliore de ce fait la représentativité des résultats [45-46].

Les données ont ainsi été pondérées par la probabilité de tirage au sein du ménage (soit l'inverse de la taille du ménage, pour compenser le fait qu'un individu d'un ménage de grande taille a moins de chances d'être tiré au sort, et avec un facteur égal au nombre de lignes téléphoniques fixes disponibles au sein du ménage et non dédiées exclusivement à internet) et calées sur les données du recensement de la population de 1999. Il s'agit d'un calage sur marges tel

que pratiqué dans la plupart des enquêtes de la statistique publique [47]. L'objectif de cet algorithme est de faire coïncider la structure de l'échantillon avec celle de la population pour certains critères. Il s'agit en l'occurrence de l'âge, du sexe, de la taille d'agglomération de résidence et de la région de résidence (les grandes régions UDA [Union des annonceurs] qui découpent le territoire métropolitain en neuf grandes zones). La procédure utilisée a été le *RIM weighting* du logiciel Quantum (SPSS), la distance utilisée étant le *Root Mean Square* (RMS) qui s'avère proche d'un χ^2 .

PONDÉRATION SUR L'ENSEMBLE DE L'ÉCHANTILLON

Le poids de redressement utilisé dans l'enquête est calculé selon les étapes suivantes :

1. Calcul d'un poids de pondération pour chaque individu de l'échantillon en fonction du nombre de personnes éligibles et du nombre de lignes téléphoniques dans le foyer;
2. Redressement basé sur une structure Insee du recensement 1999 en termes de sexe, tranches d'âge, taille d'unité urbaine et grandes régions UDA (Union des annonceurs) correspondant à la population interrogée pour l'étude;
3. Lissage des pourcentages de la taille d'agglomération et de la région pour conserver les individus sur liste rouge qui refusent de donner le nom de leur commune d'habitation, au poids qu'ils représentent dans l'échantillon obtenu;
4. Calcul d'un poids de redressement qui tient compte de la pondération et de la structure intégrant les « non renseignés ».

REDRESSEMENT DES INDIVIDUS N'AYANT PAS DÉCLARÉ D'HUMEUR TRISTE OU DE PERTE D'INTÉRÊT

Une version courte du questionnaire a été soumise aux individus de l'échantillon B qui ont répondu par la négative simultanément aux deux questions relatives à la présence au cours de leur vie d'une période de tristesse ou de perte d'intérêt survenant pendant au moins deux semaines consécutives. Afin d'assurer la représentativité sur l'échantillon global (A + B) selon ce critère (présence ou absence d'une telle période) pour l'ensemble des mesures effectuées dans l'étude, un coefficient de redressement a été calculé. Il ne s'applique qu'aux individus n'ayant pas vécu ce type de période, mais ayant répondu à la version longue du questionnaire. Leur poids relatif doit être augmenté.

La valeur des coefficients de redressement appliqués pour chaque strate ainsi que leur mode de calcul est présentée dans le **tableau II**. Pour ce calcul, seule la stratification par sexe et par âge a été considérée.

Ainsi, le poids relatif d'un individu ayant répondu par la négative aux questions sur la période de tristesse ou de perte d'intérêt est multiplié, en moyenne, par 3,66, variant de 3,01 pour les femmes de 25-34 ans à 4,37 pour les hommes de 55-65 ans.

Pour chaque strate, il s'obtient en effectuant le rapport entre l'effectif redressé de l'ensemble des individus représentés et celui des individus ayant répondu à la version longue.

APPLICATION DU COEFFICIENT DE REDRESSEMENT

Le poids de redressement initial est multiplié par ce coefficient. Ce nouveau poids a été appliqué lorsque les analyses incluaient des informations qui ne sont que dans la version longue du questionnaire. Il garantit ainsi que les individus n'ayant pas eu de

période de tristesse ni d'anhédonie ne sont pas sous-représentés, tout en respectant la structure par sexe et âge de la population initiale, ce que montre le **tableau III**. Il permet aussi de constater que la structure par taille d'unité urbaine et région ne se trouve que très légèrement modifiée.

Le recours à la pondération lors des analyses dépendait donc des questions étudiées. Dans les régressions logistiques, alors que l'usage est plutôt de modéliser sur les données non pondérées, il a semblé ici plus juste de tenir compte de la pondération dans les modèles dans la mesure où les individus n'ayant pas connu de période d'au moins 15 jours d'humeur dépressive ou d'anhédonie au cours de leur vie étaient sous-représentés (avec des poids valant en moyenne environ 4). Nous avons en cela suivi les choix effectués par les chercheurs de l'INED dans l'enquête de cohorte contraception (CoCon) dont l'échantillon était structuré d'une façon très proche de celui d'Anadep [48-49].

TABLEAU II

Coefficients de redressement appliqués pour chaque strate

	Coefficients de redressement
Hommes	
15-24 ans	3,29 (=417,8/127,0)
25-34 ans	3,83 (=404,1/105,6)
35-44 ans	3,83 (=537,1/140,2)
45-54 ans	3,89 (=426,7/109,6)
55-65 ans	4,37 (=282,3/64,6)
Total	3,78 (=2 068,0/547,0)
Femmes	
15-24 ans	3,30 (=290,2/88,0)
25-34 ans	3,01 (=323,6/107,5)
35-44 ans	3,67 (=422,0/115,0)
45-54 ans	4,00 (=270,8/67,7)
55-65 ans	3,95 (=194,1/49,1)
Total	3,51 (=1 500,7/427,3)
Ensemble	
	3,66 (=3 568,7/974,3)

TABLEAU III

Structure par sexe, âge, taille d'agglomération et région de résidence des individus (%), après application du poids de redressement, avec ou sans le coefficient de redressement

	Sans coefficient de redressement*			Avec coefficient de redressement*		
	Tristesse/perte d'intérêt		Total	Tristesse/perte d'intérêt		Total
	Présence	Absence		Présence	Absence	
Sexe						
Hommes	38,6	58,0	49,2	38,6	58,0	49,2
Femmes	61,5	42,1	50,8	61,5	42,1	50,8
Âge Insee						
15-19 ans	14,2	19,8	17,3	14,2	19,8	17,3
20-24 ans	17,5	20,4	19,1	17,5	20,4	19,1
25-34 ans	32,0	26,9	29,2	32,0	26,9	29,2
35-44 ans	23,7	19,5	21,4	23,7	19,5	21,4
45-54 ans	12,6	13,4	13,0	12,6	13,4	13,0
Taille d'unité urbaine						
Communes rurales	22,6	25,4	24,1	22,6	25,2	24,0
2 000 à 4 999 habitants	6,7	6,4	6,5	6,7	5,7	6,2
5 000 à 9 999 habitants	5,4	5,5	5,4	5,4	6,5	6,0
10 000 à 19 999 habitants	5,0	4,4	4,7	5,0	4,3	4,6
20 000 à 49 999 habitants	6,9	6,8	6,9	6,9	7,6	7,3
50 000 à 99 999 habitants	6,7	6,2	6,4	6,7	7,3	7,1
100 000 à 199 999 habitants	5,6	5,8	5,7	5,6	5,1	5,4
200 000 habitants et plus	23,2	23,2	23,2	23,2	22,4	22,8
Agglomération parisienne	17,2	16,1	16,6	17,2	15,7	16,4
Non renseigné	0,6	0,4	0,5	0,6	0,2	0,4
Région UDA						
Région parisienne	19,6	18,1	18,8	19,6	19,1	19,4
Bassin parisien Ouest	9,6	9,8	9,7	9,6	10,0	9,8
Bassin parisien Est	7,5	8,4	8,0	7,5	9,8	8,8
Nord	6,6	6,8	6,7	6,6	5,9	6,2
Ouest	12,2	13,9	13,1	12,2	15,4	14,0
Est	8,5	9,3	8,9	8,5	8,6	8,5
Sud-Ouest	11,0	10,3	10,6	11,0	9,9	10,4
Centre-Est	12,6	11,1	11,8	12,6	11,9	12,2
Méditerranée	11,9	11,9	11,9	11,9	9,1	10,3
Non renseigné	0,6	0,4	0,5	0,6	0,2	0,4

* Le coefficient de redressement correspond à la calibration de l'ensemble des individus n'ayant pas eu de période de tristesse ou d'humeur triste par ceux qui ont répondu à la version longue du questionnaire.

LE QUESTIONNAIRE

Le questionnaire se composait d'environ 400 items répartis en 12 parties.

Le **tableau IV** décrit d'abord le nombre d'items relatifs à chaque partie, et distingue ensuite les parties présentes seulement

dans la version longue de celles communes aux deux versions (courte et longue).

Il permet ainsi d'observer que seules les données sociodémographiques et celles concernant la présence d'un épisode

dépressif majeur au cours de la vie ont été posées à l'ensemble de l'échantillon ($n = 6\,498$). Les autres informations n'ont été recueillies que sur un sous-échantillon ($n = 4\,042$) surreprésentant les personnes ayant vécu une période de tristesse ou de perte d'intérêt ($n = 3\,107$), justifiant le recours au coefficient de redressement présenté dans le **tableau II**.

Le questionnaire Anadep est composé de 12 sections. Les questions de la section « *Données sociodémographiques* » ont été extraites du questionnaire « Baromètre santé 2005 » [3]. Ce sont des questions classiques présentes dans la plupart des enquêtes épidémiologiques.

Les sections évaluant « *les épisodes dépressifs* » et « *l'anxiété généralisée* » s'appuient sur le questionnaire standardisé CIDI-Short Form. Il s'agit de la version courte du questionnaire CIDI développée en 1995 par Kessler et ses collègues [50]. Le CIDI-SF permet d'étudier les cas probables de diagnostics de plusieurs troubles mentaux

(anxiété généralisée, agoraphobie, troubles paniques, phobie sociale, phobie simple, épisode dépressif majeur, dépendance à l'alcool et aux drogues illicites) à partir d'algorithmes fondés sur les critères psychiatriques du DSM IV (pour plus de détails, se reporter au chapitre sur la prévalence dans le présent ouvrage). Des questions d'entrée permettent de sélectionner les sujets à risque et d'éliminer les autres (section « *épisode dépressif : 2 symptômes principaux* »). Le CIDI-SF ainsi que le CIDI (outils et manuels de cotation) sont disponibles sur le site de l'OMS.

La section « *Autres troubles psychiques* » a aussi été élaborée à partir du CIDI-SF (et du CIDI pour les troubles non évalués par la forme abrégée). Les deux premières questions de chacun des troubles ont été retenues afin de pouvoir estimer les personnes n'étant probablement pas à risque de troubles mentaux.

La section « *Alcool* » est basée sur le questionnaire standardisé DETA. Élaboré

TABEAU IV

Réponses aux différentes parties du questionnaire selon la présence ou l'absence de tristesse/perte d'intérêt*

	Nombre d'items	Échantillon A		Échantillon B	
		Présence	Absence	Présence	Absence
		n = 1066	n = 935	n = 2 041	n = 2 456
Données sociodémographiques	43	X	X	X	X
Épisode dépressif	61	X	X	X	X
Anxiété généralisée	30	X	X	X	
Alcool	6	X	X	X	
Autres troubles psychiques	11	X	X	X	
Stratégies mises en œuvre pour faire face au mal-être	26	X	X	X	
Recours et consommation de soins pour raisons de santé mentale	107	X	X	X	
Représentations et connaissances sur les recours possibles	17	X	X	X	
Attitudes - opinions concernant la dépression et les professionnels de santé mentale	52	X	X	X	
Événements de vie	42	X	X	X	
Soutien social	5	X	X	X	

* Période d'au moins 15 jours d'humeur triste ou d'anhédonie.

en 1973 par Mayfield, un psychiatre américain et adapté en français en 1989 par Rueff et ses collègues, ce test permet d'identifier les personnes présentant un problème avec l'alcool (dépendance ou consommation excessive) [51].

La section « *Stratégie mise en œuvre pour faire face au mal-être (coping)* » s'est inspirée des questionnaires standardisés de coping tels que la *Ways of Coping Check List* de Lazarus et Folkman [52-53]. Elle vise à recueillir les comportements utilisés par le sujet pour faire face à un état de mal-être. À partir d'une synthèse de la littérature sur la prise en charge et la prévention des épisodes dépressifs majeurs, 26 comportements ont été identifiés à risque ou protecteur pour la santé mentale. Ces attitudes ont été proposées aux sujets afin qu'ils précisent s'ils y avaient recours (souvent, parfois, rarement ou jamais).

La section « *Recours et consommation pour raison de santé mentale* » vise à évaluer le nombre de personnes qui ont eu recours aux soins et qui ont bénéficié d'un traitement pour des problèmes émotifs, nerveux, psychologiques ou des problèmes de comportement. Elle a été élaborée à partir des questionnaires habituellement utilisés dans les enquêtes d'épidémiologie psychiatrique sachant qu'aucun instrument standardisé n'a été validé dans le domaine. Elle s'inspire largement de la section sur les services utilisée dans le « Baromètre santé 2005 » [3]. Une partie des questions sur le recours aux soins est insérée à la suite des questions du CIDI-SF sur l'épisode dépressif majeur (EDM) : consultation d'un professionnel de santé, traitement par médicaments et séances de psychothérapies pour ces problèmes dépressifs. La majorité des questions sur le recours et la consommation de soins se retrouvent dans une section à part entière. Le recours aux services d'un organisme ou d'un professionnel est exploré sur la vie entière et à

douze mois. Les types de professionnels, de traitements reçus et de problèmes psychologiques ainsi que la satisfaction des sujets sont ensuite étudiés. Des questions sur la consommation de médicaments (types, durée du traitement, satisfaction) et le recours à la psychothérapie (professionnel, type de psychothérapie, durée, fréquence, prix, remboursement, satisfaction) sont encore posées de façon indépendante.

Les sections sur les « Représentations et connaissances sur les recours possibles en cas de dépression » et les « Attitudes et opinions concernant la dépression et les professionnels de santé mentale » s'inspirent de la démarche utilisée en sociologie quantitative. Elles visent à recueillir les connaissances et les attitudes des sujets sur la dépression et les possibilités de traitements. La section sur les connaissances s'appuie sur des questions ouvertes et fermées pour évaluer le niveau d'information des sujets sur cette thématique. La section sur les opinions propose une liste de 52 affirmations à partir desquelles le sujet doit préciser son niveau d'adhésion (tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt pas d'accord, pas du tout d'accord). Ces attitudes ont été élaborées à partir de l'étude qualitative sur la dépression de l'INPES réalisée en juillet 2005, de l'enquête « Santé mentale en population Générale (SMPG) » réalisée par le CCOMS et la Drees en 2004 et d'une revue de la littérature sur les idées reçues concernant la dépression.

La section sur les « *événements de vie* » propose, comme tout questionnaire de ce genre, une liste d'événements problématiques auxquels le sujet doit dire s'il y a été confronté au cours de sa vie. De même que dans les études démographiques, un axe temporel a été ajouté afin d'identifier à quel âge la personne a été confrontée à l'événement traumatique. La section « *Soutien social* » a quant à elle été inspirée par le questionnaire 2005 de l'enquête MGEN [54].

MÉTHODES D'ANALYSE ET INTERPRÉTATIONS

Il s'agit ici de présenter simplement le principe de chaque méthode, ainsi que leurs modalités d'interprétation. Deux logiciels ont été utilisés : Stata (Version 7 SE) et SPSS (Version 14.0). Dans les différents chapitres, il est souvent question de « signficativité », par exemple pour évaluer l'intensité d'une relation entre deux variables qualitatives croisées dans un tableau. Lorsqu'un statisticien doit se prononcer sur le caractère significatif ou non d'une relation entre deux grandeurs statistiques, il teste une « hypothèse d'indépendance ». Si deux variables sont indépendantes, le tableau croisé correspondant doit avoir une structure particulière. Ainsi, si l'on fait l'hypothèse que la survenue d'un épisode dépressif caractérisé est indépendant du sexe des enquêtés, lorsque l'on croise ces deux variables, la proportion devrait être la même parmi les femmes et les hommes. Or, il apparaît que 23,5 % des femmes interrogées ont connu un tel épisode au cours de leur vie, contre seulement 12,0 % des hommes. Cet écart est très élevé, et il est donc très peu vraisemblable que le sexe et la survenue d'un EDM soient indépendants dans l'ensemble de la population. Un test statistique permet d'évaluer cette vraisemblance, qui est ici de l'ordre d'une chance sur plusieurs millions. Plus cette probabilité est faible, plus on aura tendance à rejeter l'hypothèse d'indépendance, et donc *a contrario* à conclure que les deux variables sont fortement liées l'une à l'autre. Cette probabilité est appelée « seuil de signficativité » (ou « risque de première espèce α ») : plus elle est faible, plus les variables croisées sont significativement liées. On dira donc d'une relation statistique qu'elle est *significative* au seuil p si la probabilité de se tromper en rejetant l'hypothèse d'indépendance est inférieure ou égale à p . Les seuils utilisés sont 5 %, 1 %, 0,1 %, notés respectivement

$p < 0,05$, $p < 0,01$ et $p < 0,001$. Lorsque l'on dit d'une relation qu'elle est significative sans préciser à quel seuil, il s'agit généralement de 5 % : on a moins de cinq chances sur cent de se tromper en concluant qu'il y a bien une relation, et non indépendance. L'absence de lien entre deux variables est signalée par le sigle « ns ».

Les statistiques descriptives ont un inconvénient majeur : elles mettent en évidence les liaisons statistiques entre des variables, mais ne permettent pas de démêler l'échec des effets de structure. Les modèles statistiques de régression permettent justement de contrôler de telles situations, en mesurant l'influence d'une variable sur une autre « toutes choses égales par ailleurs », c'est-à-dire en tenant compte des autres variables introduites dans la régression. Les méthodes de régression permettent ainsi de quantifier avec précision les relations entre variables, tout en contrôlant les effets de structure.

Dans le cas d'une variable qualitative à expliquer, comme dans la plupart de nos analyses, on utilise un modèle de régression que l'on appelle « logistique ». Pour interpréter les résultats des régressions, on a recours à la notion anglo-saxonne d'« odds ratio » (OR). Supposons par exemple que l'on s'intéresse à l'influence du sexe sur une opinion. Si l'odds ratio associé à la modalité « femme » vaut 1,3 la convention d'interprétation que nous utiliserons sera la suivante : toutes choses égales par ailleurs, une femme a 1,3 fois plus de chances qu'un homme d'avoir telle opinion. Précisons qu'il n'y a pas en français de traduction précise pour « odds ratio ». On emploie parfois le terme de « rapport de cote ». Il faut simplement garder à l'esprit qu'il ne s'agit ni d'une probabilité, ni d'un rapport de probabilités.

Les régressions sont parfois utilisées à des fins prédictives, mais ce n'est pas le

cas de celles qui sont présentées dans cet ouvrage. Leur objectif est descriptif, il s'agit de contrôler les effets de structure, mais pas à proprement parler de mesurer avec précision la force des liens (même s'ils sont parfois hiérarchisés dans les commentaires). On ne cherche pas à prédire, mais

à s'assurer qu'un lien observé entre deux variables est porteur de sens. D'autres méthodes d'analyse multivariée sont utilisées dans cet ouvrage, il s'agit des analyses factorielles et des classifications ascendantes hiérarchiques.

Bibliographie

- [1] Baudier F., Dressen C., Alias F. (sous la dir.). *Baromètre santé 92 : résultats de l'enquête annuelle sur la santé des Français*. Vanves : CFES, coll. Baromètres santé, 1994 : 165 p.
- [2] Guilbert P., Baudier F., Gautier A. (sous la dir.). *Baromètre santé 2000 : Résultats*. Vanves : CFES, coll. Baromètres santé, 2001 : 473 p.
- [3] Beck F., Gautier A., Guilbert P. (sous la dir.). *Baromètre santé 2005, Attitudes et comportements de santé*. Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres santé, 2007 : 608 p.
- [4] ACSF. Analysis of sexual behavior in France (ACSF) : a comparison between two modes of investigation, telephone survey and face-to-face survey. *AIDS*, 1992, n° 6, p. 315-323.
- [5] Spira A., Bajos N. *Les comportements sexuels en France*, Paris : La documentation française, 1993 : 350 p.
- [6] Mangione T.W., Hingson R., Baret J. Collecting sensitive data, a comparison of 3 survey strategies. *Sociological Methods and Research*, 1982, vol.10, n° 3 : p. 337-47.
- [7] Czaja R. Asking sensitive behavioral questions in telephone interviews. *Quarterly of Community Health Education*, 1987, vol. 8, n° 1 : p. 23-32.
- [8] Bellamy V., Roelandt J.-L., Caria A. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête santé mentale en population générale (SMPG). *Études et Résultats*, 2004, n° 347 : 12 p.
- [9] Alonso J., Angermeyer M.C., Bernert S., Bruffaerts R., Brugha T.S., Bryson H., et al. Sampling and methods of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMed) project. *Acta psychiatrica et neurologica Scandinavica. Supplementum*, 2004, n° 420 : p. 8-20.
- [10] Kovess-Masfety V. Synthèse du Colloque scientifique du GIS en épidémiologie psychiatrique. Marseille, 07/12/2007.
- [11] Roslow S., Roslow L. Unlisted phone subscribers are different. *Journal of Advertising Research*, 1972, vol.12, n° 4 : p. 35-8.
- [12] Moberg P.E. Biases in Unlisted phone numbers. *Journal of Advertising Research*, 1982, vol. 22, n° 4 : p. 51-5.
- [13] Frejean M., Panzani J.-P., Tassi P. Les ménages inscrits en liste rouge et les enquêtes par téléphone. *Journal de la Société de Statistique de Paris*, 1990, vol.131, n° 3-4 : p. 86-102.
- [14] Ambroise P., Mauris P. L'usage du téléphone dans les sondages. In : Brossier G., Dussaix A.M. *Enquêtes et sondages : méthodes, modèles, applications nouvelles approches*. Paris : Dunod, 1999 : p. 331-9.
- [15] Beck F., Arwidson P., Firdion J.-M., Jaspard M., Grémy I., Warszawski J. L'avenir des enquêtes téléphoniques face à l'évolution des télécommunications. In : Droesbeke J. J., Lebart L. (sous la dir.). *Enquêtes, modèles et applications*. Paris : Dunod, 2001 : p. 285-93.
- [16] Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P. Aux abonnés absents : liste rouge et téléphone portable dans les enquêtes en population générale sur les drogues. *Bulletin de Méthodologie Sociologique*, 2005, n° 86 : p. 5-29.
- [17] Orden S., Dyer A., Liu K., et al. Random digit dialing in Chicago CARDIA : comparison of individuals with unlisted and listed telephone numbers. *American Journal of Epidemiology*, 1992, vol.135, n° 6 : p. 697-709.
- [18] Fox T.A., Heimendinger J., Block G. Telephone surveys as a method for obtaining dietary information : a review. *Journal of the American Dietetic Association*, 1992, vol. 92, n° 6 : p. 729-732.
- [19] Pothoff R.F. Telephone sampling in epidemiologic research : to reap the benefits, avoid the pitfalls. *American Journal of Epidemiology*, 1994, vol. 39 : p. 967-978.
- [20] Nicolaas G., Lynn P. Random-digit dialling in the UK : viability revisited. *Journal of the Royal Statistical Society*, 2002, vol.165, n° 2 : p. 297-316.
- [21] Bigot R. *La diffusion des technologies de l'information dans la société française*. Paris : Arcep, Credoc, 2006 : 176 p.
- [22] Sautory O. L'accès des ménages à bas revenus aux technologies de l'information et de la communications (TIC). *Études et résultats*, 2007, n° 557 : p. 1-8.
- [23] Roy G., Vanheuverzwyn A. Le téléphone mobile dans les enquêtes par sondage. *Journées de méthodologie statistique de l'Insee*, 02/12/2000.
- [24] Amschler H. *People in cell phone households - are their reading habits different ?* EMRO Conference, 2003.
- [25] Kishimba N., Razafindratsima N. L'influence du téléphone portable sur le suivi et la déclaration des rapports sexuels dans l'enquête Cocon. In : Ardilly P. (sous la dir.). *Échantillonnage et méthodes d'enquête*. Paris : Dunod, 2004 : p. 279-84.
- [26] Le Goff E., Neraudau J. *Radio surveys on mobile phones and fixed line phones*. WAM Junio, 2004.

- [27] Nathan G. Telesurvey methodologies for household surveys - A review and some thoughts for the future. *Survey Methodology*, 2001, vol. 27, n° 1 : p. 7-31.
- [28] Jenkins V. *The Impact of Mobile Phones on Sampling*. Surveysampling.com, 2001.
- [29] Sandell L. *Finland : a short discussion on methodology issues related to the increase use of mobile phone*. EMRO Conference 2001.
- [30] Futsaeter K.A. *Mobile Phones - a new challenge for research*. EMRO Conference 2002, Sissi, Greece.
- [31] Kuusela V., Vikki K. *Change of telephone coverage due to mobile phones*. International conference on Survey nonresponse, Portland, 1999.
- [32] Fuchs M. *Non response in cellular phone survey - Experience from a comparison with a regular CATI study*. International Sociological Association, Fifth International Conference, Cologne, 2000.
- [33] Fleeman A., O'Hare B., Cohen E. *Adding « cell phone only » households in a radio measurement service - a U.S. experience*. ESOMAR, Radio Conference, Montreal, June 2005.
- [34] Beck F., Gautier A., Marder S. *Le recours au téléphone dans les enquêtes en population générale sur les sujets sensibles : viabilité et dernières avancées méthodologiques*. Conférence de méthodologie en sciences sociales (M2S3), Paris, 28/02/2006.
- [35] Firdion J.M. Effet du rang d'appel et de la présence du conjoint dans une enquête par téléphone. *Population*, 1993, n° 5 : p. 1281-314.
- [36] Barrufol E., Verger P., Rotily M. L'utilisation du téléphone dans une enquête de santé mentale : analyse du rang d'appel, des données manquantes et de l'effet « enquêteur ». *Population*, 2001, vol. 56, n° 6 : p. 987-1010.
- [37] Oldendick R.W., Bishop G.F., Sorenson S.B., Tuchfarber A.J. A Comparison of the Kish and Last Birthday Methods of Respondent Selection in Telephone Surveys. *Journal of Official Statistics*, 1988, vol. 4, n° 4 : p. 307-18.
- [38] Kish L. A procedure for objective respondent selection within the household. *Journal of the American Statistical Association*, 1949, vol. 44 : p. 380-7.
- [39] Salmon C.T., Nichols J.S. The next-birthday method for respondent selection. *Public Opinion Quarterly*, 1983, vol. 47, n° 2 : p. 270-6.
- [40] Lavrakas P.L. *Telephone Survey Methods. Sampling, Selection and Supervision*. Newbury Park : Sage, 1987 : 127 p.
- [41] Giudicelli E., Léon C., Arwidson P., Guilbert P. La qualité des données dans les enquêtes par téléphone recours à une société de surveillance du terrain. In : Lavallée P., Rivest L. *Méthodes d'enquêtes et sondages - Pratiques européenne et nord-américaine*. Paris : Dunod, coll. Sciences Sup, 2006 : p. 20-3.
- [42] Alonzo T.A., Pepe M.S., Lumley T. Estimating disease prevalence in two-phase studies. *Biostatistics*, 2003, vol. 4, n° 2 : p. 313-326.
- [43] Tuckel P., O'Neill H. The vanishing respondent in telephone surveys. *Journal of Advertising Research*, 2002, vol. 42, n° 5 : p. 26-48.
- [44] McCarty C. Differences in response rates using most recent versus final dispositions in telephone surveys. *Public Opinion Quarterly*, 2003, vol. 67, n° 3 : p. 396-406.
- [45] Dupont F. Calage et redressement de la non-réponse totale. Actes des journées de méthodologie statistique, 15 et 16 décembre 1993. *Insee-Méthodes*, 1996, n° 56 : p. 57-8.
- [46] Deville J.-C. *La correction de la non-réponse par calage ou par échantillonnage équilibré*. Colloque de la Société Statistique du Canada, Sherbrooke, 1998.
- [47] Sautory O. *La macro CALMAR. Redressement d'échantillons par calage sur marge*. Paris : Insee, 1993 : 51 p. En ligne : <http://www.insee.fr>, rubrique : définitions et méthodes/Outils statistiques.
- [48] Bringué A. et Razafindratsima N. *L'utilisation des pondérations dans l'analyse d'enquêtes par sondages*. Ateliers de Modélisation et Méthodes Statistiques en Sciences Sociales M2S3, Paris, 29/05/2007.
- [49] Leridon H., Oustry P., Bajos N. et l'équipe Cocon. La médicalisation croissante de la contraception en France. *Population et Sociétés*, 2002, n° 318. En ligne : <http://www.ined.fr>
- [50] Kessler R., Andrews G., Mroczek D., Ustun B., Wittchen H.U. The World Health Organization Composite International Diagnostic Interview Short-Form (CIDI-SF). *International journal of methods in psychiatric research*, 1998, vol. 7 : p. 171-85.
- [51] Rueff B., Crnac J., Darne B. Dépistage de malades « alcooliques » par l'autoquestionnaire systématique DETA parmi des consultants hospitaliers. *Presse Médicale*, 1989, vol. 18, n° 33 : p. 1654-6.
- [52] Lazarus M., Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. Éd. Springer : New York 1984 : 456 p.
- [53] Cousson F., Bruchon-Schweitzer M., Quintard B., Nuissier J., Rasclé N. Analyse multidimensionnelle d'une échelle de coping : validation française de la Ways of Coping Checklist. *Psychologie française*, 1996, vol. 41, n° 2 : p. 155-64.
- [54] Kovess V., Sapinho D., Briffault X., Villamaux M. Usage des psychothérapies en France : résultats d'une enquête auprès des mutualistes de la MGEN. *L'Encéphale*, 2007, vol. 33, n° 1 : p. 65-74.

L'essentiel

L'évaluation des troubles mentaux à l'échelle de la population est un enjeu de santé publique majeur, au regard de la charge de morbidité qui peut leur être attribuée.

Les enquêtes par sondage réalisées sur de larges échantillons proposent des indicateurs indirects de ces maladies. Elles utilisent bien comme référence les pathologies reconnues au niveau international, mais ces mesures n'intègrent pas le jugement clinique du professionnel, ce qui peut limiter leur portée.

Ce chapitre a pour objectif de donner un ordre de grandeur pour la prévalence de l'épisode dépressif majeur, mais se propose aussi d'expliquer la méthode d'élaboration de ce genre d'estimations à partir d'enquêtes réalisées à grande échelle. Au-delà des symptômes, l'ensemble des caractéristiques des épisodes seront mesurées, et notamment la co-occurrence de l'anxiété généralisée et de la consommation problématique d'alcool.

Un épisode dépressif majeur (EDM) se caractérise par une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir généralisée (anhédonie) pendant au moins deux semaines consécutives, et ce pratiquement toute la journée et presque chaque jour. L'EDM est avéré si, durant cette période apparaissent aussi plusieurs (au moins 4) symptômes, tels qu'une fatigue, un ralentissement psychomoteur, un changement d'appétit ou significatif de poids, une insomnie, des difficultés à se concentrer ou à prendre des décisions, des idées de dévalorisation ou de culpabilité et

des idées de mort récurrentes ou des tentatives de suicide, et qu'ils entraînent une perturbation des activités habituelles (retentissement).

Ces critères sont auto-évalués par la personne enquêtée. Les caractéristiques de l'EDM mesurées sont leur nombre (récurrence), leur durée, et l'âge au premier épisode.

Les résultats de cette enquête montrent que près de la moitié de l'échantillon (45 %) a vécu une période de tristesse ou de perte d'intérêt d'au moins deux semaines au cours de sa vie, qui représente le symptôme principal de l'épisode dépressif majeur. Elle est suffisamment intense pour 24 % de l'échantillon. Enfin, après avoir pris en compte la présence de symptômes supplémentaires, 18 % des individus interrogés auraient présenté un EDM au cours de leur vie, la moitié d'entre eux étant des épisodes sévères.

Les femmes ont connu ce type d'épisodes deux fois plus fréquemment que les hommes.

Dans l'échantillon, l'âge moyen de survenue du premier épisode se situe autour de 30 ans, et pour plus d'une majorité, entre 19 et 38 ans. La fréquence de ces épisodes semble augmenter avec l'âge jusqu'à 65 ans, âge à partir duquel la tendance s'inverse. Dans la plupart des cas (59 %), les individus ne présentent qu'un seul épisode au cours de leur vie. Le nombre d'épisodes n'augmente ni avec l'âge, ni avec l'âge au premier épisode, mais avec la durée d'exposition, c'est-à-dire le délai entre ces deux âges.

Parmi les épisodes vécus au cours de

la vie, l'occurrence d'un épisode au cours de l'année est de 28 %, c'est-à-dire 5 % de l'ensemble de l'échantillon.

La durée des épisodes, mesurée sur ceux survenus dans l'année, diffère de façon importante selon que l'épisode est terminé ou non. Dans le premier cas, elle est inférieure à 1 mois pour 45 % des épisodes, et supérieure à un an pour seulement 12 %. Dans le second, elle est de plus d'un an pour 59 % des individus.

Enfin, l'anxiété généralisée et la consommation problématique d'alcool sont fortement associées à l'EDM, ces deux pathologies étant beaucoup plus fréquentes parmi les EDM sévères que chez ceux ne présentant pas d'épisode.

Les expériences françaises menées au cours des dix dernières années montrent des résultats assez hétérogènes, mais elles sont souvent difficilement comparables entre elles, car basées sur des méthodologies plutôt diverses. Certains résultats semblent malgré tout converger, comme par exemple le fait que la majorité des épisodes sont plutôt de courte durée, et qu'il existe une comorbidité importante entre les différentes pathologies psychiatriques.

Les tentatives de quantification à l'échelle de la population générale des phénomènes de dépression constituent des viatiques dans la mise en place d'actions nationales visant à améliorer le repérage, la reconnaissance sociale et la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques.

Prévalence de l'épisode dépressif majeur et co-morbidités

DAVID SAPINHO
CHRISTINE CHAN CHEE
FRANÇOIS BECK

INTRODUCTION

L'évaluation de la santé mentale apparaît comme un champ complexe où beaucoup d'efforts restent à faire pour améliorer le diagnostic, la reconnaissance sociale et la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques. Dans cette perspective, l'identification des pathologies psychiatriques et leur évaluation en population générale grâce à des outils simples à manipuler, est une opportunité forte pour faire avancer la recherche sur cette problématique.

La définition du trouble mental est très variable en fonction des époques, des pays, des écoles de pensée, des professions (psychiatres, psychanalystes, psychologues...) et des évolutions de la société. Cette variabilité nosologique rend difficile le travail des chercheurs en épidémiologie psychiatrique qui voient les outils de mesure fréquemment évoluer au fil du temps et qui doivent être capables de resituer leurs résul-

tats dans un contexte social en mutation. Toutefois, la recherche de critères objectifs a permis d'aboutir à des systèmes de mesure qui, malgré leurs imperfections, ont contribué à la connaissance de certains phénomènes psychopathologiques, ainsi qu'à l'amélioration de leur pronostic par la mise en place de programmes adaptés [1].

Au cours de ces vingt-cinq dernières années, des développements majeurs ont concerné les méthodes utilisées dans les enquêtes de santé mentale en population générale (questionnaire standardisé, taille et représentativité des échantillons...). L'exploitation de ces sources d'information peut apporter des éléments importants pour la connaissance des troubles (évolution, facteurs de risque) et contribuer ainsi à proposer des solutions pour améliorer leur repérage et leur pronostic, tout en gardant à l'esprit les limites des outils utilisés. Lors des enquêtes en population générale, l'uti-

lisation d'instruments de mesure entraîne *de facto* des découpages, des classifications, d'apparence stricte mais qui renvoient à des réalités plus nuancées et à des situations pour le moins spécifiques d'autant que la présence conjointe des troubles (co-morbidité) est fréquente. Néanmoins, la quantification nécessitant simplification, nous avons recours à ce type d'outils plus opérationnels dans le cadre de ces enquêtes qu'un diagnostic clinique.

Il existe à l'heure actuelle deux classifications des troubles mentaux reconnues par une grande majorité d'experts internationaux, reposant sur un principe de questionnaire semblable mais avec quelques nuances au niveau des diagnostics définis : le « *Diagnostic and Statistical Manual, fourth edition* » (DSM-IV) [2] et le chapitre v concernant les « *Troubles mentaux et du comportement* » de la « *Classification internationale des maladies, version 10* » (CIM-10) [3]. Ces systèmes de référence ont été conçus avec un double objectif :

- offrir aux cliniciens une aide leur permettant de fonder leur diagnostic sur des critères cliniques objectivables et dépendant le moins possible des différentes approches théoriques (biologique, psycho-dynamique, cognitive, comportementale, interpersonnelle, systémique ou familiale) ;
- permettre une mesure systématique des troubles, circonscrite et non exhaustive, mais pouvant contribuer à la collecte et à la communication de statistiques de santé, ainsi qu'à la comparaison de groupes de populations selon ces critères.

Afin d'évaluer les troubles de santé mentale dans diverses populations, des questionnaires structurés ou semi-structurés ont été élaborés en utilisant ces classifications comme référence. Chaque instrument permet une vision plus ou moins précise, répondant à des problématiques spécifiques. Le choix d'un instrument repose en grande partie sur les contraintes de faisabilité

des études (coûts, moyens humains, temps...). C'est pourquoi la lecture des résultats doit toujours être replacée dans le contexte du dispositif utilisé pour les produire.

Il existe principalement deux types d'outils basés sur l'approche classificatoire : le questionnaire clinique et le questionnaire standardisé utilisable par des non professionnels de santé mentale. Les questionnaires cliniques les plus utilisés sont le « *Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry* » (SCAN) développé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) [4] qui produit des diagnostics en cohérence avec la CIM-10, et le « *Structured Clinical Interview for DSM Disorders* » (SCID) [5, 6] proche des critères du DSM-IV. Les deux sont des questionnaires longs et exhaustifs qui permettent une évaluation précise de l'état psychique du patient dans le cadre d'un entretien. Ce type de questionnaire nécessite une expérience clinique et le jugement d'un professionnel de santé mentale. Leur validité repose sur leur fiabilité et leur reproductibilité, démontrée dans le cadre d'études spécifiques. Offrant une vision très détaillée du point de vue clinique, ce type d'outils peut difficilement (à notre connaissance, jamais) être utilisé dans le cadre d'une enquête en population générale.

Dans le cadre d'enquêtes à grande échelle, des questionnaires standardisés ont été élaborés pour quantifier les troubles en population générale. Historiquement, le *Diagnostic Interview Schedule* (DIS) [7] fut le premier de ces questionnaires. Il était fondé sur les critères du DSM-III pour les principaux troubles mentaux, et a été conçu pour l'étude *Epidemiological Catchment Area* (ECA) menée auprès de plus de 19 000 personnes dans cinq sites aux États-Unis au début des années 1980.

Au début des années 1990, l'OMS et les auteurs du DIS ont fait évoluer cet instru-

ment de façon à ce qu'il s'adapte aussi à la CIM, donnant naissance à l'actuel questionnaire de référence en matière d'évaluation des troubles en population générale, le « *Composite International Diagnostic Interview* » (CIDI) [8]. Sa première utilisation à grande échelle a eu lieu dans l'enquête américaine *National Comorbidity Survey* (NCS) [9]. D'après une revue critique de la littérature publiée en 1994, la plupart des études de validation ont montré que le CIDI dans sa version complète était largement reproductible et relativement fidèle au diagnostic issu d'entretiens cliniques [10]. Cet outil et ses dérivés font l'objet d'importants travaux pilotés par l'OMS au niveau mondial (« *World Mental Health Survey Initiative* »), afin d'améliorer leur pertinence clinique [11], ainsi que la comparabilité des troubles mentaux à travers différents pays [8].

L'instrument utilisé dans notre enquête est une version courte du CIDI (« *Composite International Diagnostic Interview-Short Form* » – CIDI-SF) [12]. Le pouvoir prédictif de chaque item du CIDI a été déterminé de façon à aboutir à la combinaison qui présente le meilleur compromis entre durée

d'administration et fidélité de l'information relativement au système de référence. Le questionnaire réduit est relativement efficace pour représenter les phénomènes décrits par la version longue, avec une sensibilité et une spécificité respectives de 89,6 % et 93,9 % pour le diagnostic d'épisode dépressif majeur [13], même si d'après certains auteurs, le CIDI-SF aurait tendance à sur-diagnostiquer les troubles dépressifs [14-16].

Bien entendu, cet outil n'a pas la prétention d'établir de façon précise un diagnostic tel qu'il est fait dans le cadre d'un examen clinique. En revanche, il a été montré par des études de validation croisée que le nombre réduit de questions standardisées posées de façon neutre permet de bien discriminer des groupes de population selon leur probabilité de diagnostic. Ainsi, au niveau « populationnel », cet outil de mesure présente les propriétés nécessaires pour pouvoir établir des comparaisons fiables.

Par ailleurs, un groupe de travail chargé de définir une série d'indicateurs de santé mentale pour l'Union européenne a recommandé cet instrument pour la mesure de la morbidité spécifique [17].

OBJECTIF

Ce premier chapitre a donc pour objectif d'estimer et de décrire la prévalence des épisodes dépressifs majeurs (EDM) au sein d'un échantillon représentatif de personnes de 15 à 75 ans vivant en France. Trois éléments servent à caractériser l'EDM. D'abord, une question filtre permettant l'identification d'une période continue de 15 jours de tristesse ou de perte d'intérêt conduit à discriminer un sous-groupe, au sein duquel l'évaluation de la présence, d'une part, des symptômes secondaires et d'autre part, d'une perturbation des activités permet de définir des groupes selon leur

degré de sévérité de l'EDM (léger, modéré, ou sévère). Afin de permettre la comparaison avec les études de référence effectuées dans ce domaine, des chiffres de prévalence durant la vie entière et au cours des 12 derniers mois sont présentés.

Nous décrivons avant cela très précisément le processus d'élaboration des estimations à partir des questions du CIDI-SF. Cette première étape est importante, car elle permet de voir où sont les sources de simplification. Ainsi, une omission (volontaire ou non) d'un symptôme secondaire de la part du répondant peut le faire changer

de « catégorie » (par exemple sur l'item des pensées suicidaires récurrentes). L'impact de cette possibilité, troublante à l'échelle de l'individu concerné, est à relativiser dans la mesure où l'outil n'a pas la vocation d'être un diagnostic individuel. Il est en revanche robuste à l'échelle d'une population ou d'un groupe et plus particulièrement encore dans les estimations de rapport qui quantifient des relations entre des groupes de population.

Dans cette enquête centrée sur la dépression et ses facteurs associés, la question de la co-occurrence d'autres troubles tels que l'anxiété généralisée ainsi que la consommation problématique d'alcool est abordée. En effet, dans le domaine de la santé mentale, il n'est pas rare qu'un patient présente de façon concomitante plusieurs troubles. On parle alors de co-morbidité. Cette dernière est importante à caractériser dans la mesure où elle représente un facteur de sévérité important, associée notamment à un risque de suicide accru et à une moins bonne réponse au traitement [21].

De surcroît, dans un objectif de prévention, et au même titre que les facteurs sociodémographiques associés qui seront étudiés au chapitre 2, les facteurs de co-morbidité peuvent aussi être utilisés comme un moyen de repérage de la dépression pour les professionnels de santé.

Alors que la validité clinique des troubles mentaux les plus courants semble à peu près établie, la notion de co-morbidité pose problème d'un point de vue nosographique. Une question majeure qui reste en suspens est celle de la temporalité, c'est-à-dire l'ordre d'apparition des troubles, et plus globalement, celle de leur genèse, et de leur éventuel lien de causalité, ou, à l'inverse, de leur indépendance. L'approche transversale de la mesure de plusieurs troubles, même si elle permet de rendre compte du niveau d'association et d'explorer d'autres facteurs au regard du niveau de co-morbidité, ne permet pas de répondre à ces questions. Les co-morbidités qui sont décrites ici représentent des co-occurrences de plusieurs troubles au cours de la vie.

MESURE DES TROUBLES MENTAUX

ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR

La dépression est l'un des troubles mentaux les plus répandus dans la population générale. Il s'agit d'un trouble de l'humeur résultant de l'interaction de multiples facteurs psychologiques, biologiques et socio-environnementaux, qui se distingue de la « déprime » par la durée et l'intensité des symptômes, la souffrance induite et le retentissement sur le fonctionnement dans la vie quotidienne.

La combinaison de critères qui semble le mieux décrire la symptomatologie dépressive telle qu'elle est vécue dans la population générale est celle qui correspond à la définition de l'épisode dépressif majeur

(EDM). Selon le DSM-IV, un EDM se caractérise par une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir généralisée (anhédonie) pendant au moins deux semaines consécutives, et ce pratiquement toute la journée et presque chaque jour. L'EDM est avéré si, durant cette période apparaissent aussi plusieurs (au moins 4) symptômes, tels qu'une fatigue, un ralentissement psychomoteur, un changement d'appétit ou de poids, une insomnie, des difficultés à se concentrer ou à prendre des décisions, des idées de dévalorisation ou de culpabilité et des idées de mort récurrentes ou des tentatives de suicide, et qu'ils entraînent une perturbation des activités habituelles (retentissement).

L'approche du CIDI-SF pour l'évaluation de l'EDM repose sur une opérationnalisation des critères diagnostiques du DSM-IV. Cependant certains critères ne sont pas utilisés : d'une part, le CIDI-SF ne mesure pas le symptôme d'agitation ou de ralentissement psychomoteur et d'autre part, le trouble dépressif non pathologique lié à un processus de deuil, ou imputable aux effets d'une substance ou d'une affection médicale générale (par exemple, hypothyroïdie) n'est pas évalué. Enfin, le retentissement du trouble sur le fonctionnement du sujet n'est évalué que très globalement.

Malgré ces limites, l'EDM peut être défini comme étant léger, moyen ou sévère selon le nombre de symptômes et leur retentissement sur les activités (cf. encadré).

L'interrogation concernant les troubles peut couvrir diverses périodes de temps. Les deux

plus couramment prises en compte dans les études sont la présence d'un EDM au cours de la vie et au cours des 12 derniers mois.

La **figure 1** présente l'algorithme décrivant, à partir des questions posées, les étapes permettant d'établir des catégories. La combinaison des réponses permet de caractériser les EDM en trois degrés de sévérité.

L'investigation se fait en deux étapes :

- dans un premier temps, tous les sujets enquêtés sont interrogés sur la présence éventuelle d'une période de deux semaines de tristesse ou de perte d'intérêt au cours de leur vie ;
- ensuite, le questionnaire concernant les symptômes secondaires, le retentissement et l'occurrence d'un épisode au cours des 12 derniers mois n'était administré qu'aux individus qui répondaient positivement à la première étape.

DÉFINITION DES TROUBLES DÉPRESSIFS SELON LE DSM-IV ET LE CIDI-SF

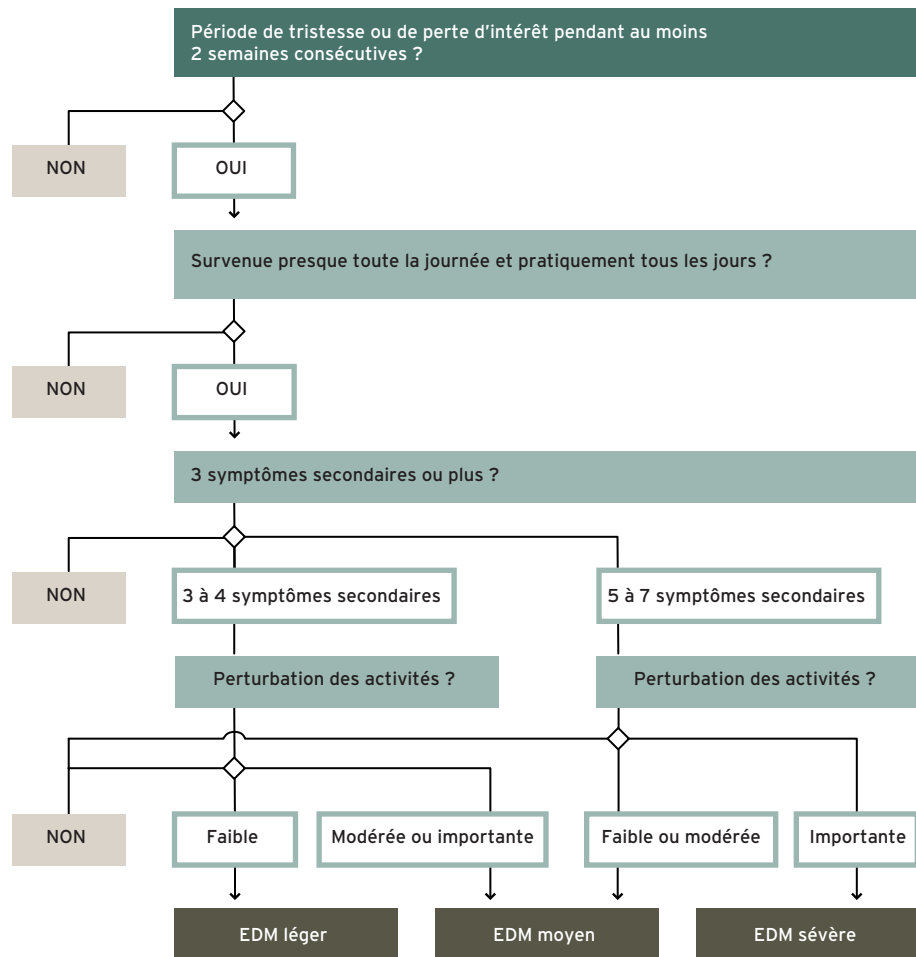
Symptômes	Types de troubles
Symptômes principaux : ■ Vivre une période d'au moins 2 semaines consécutives en se sentant triste, déprimé, sans espoir pratiquement toute la journée et presque tous les jours ; ■ vivre une période d'au moins 2 semaines consécutives en ayant perdu intérêt pour la plupart des choses pratiquement toute la journée et presque tous les jours.	Épisode dépressif majeur au moins 4 symptômes (dont au moins un symptôme principal) associés à une perturbation des activités. Selon le nombre de symptômes et le niveau de perturbation des activités, il se répartit en :
Symptômes secondaires* : ■ Perte d'intérêt pour la plupart des choses comme les loisirs, le travail ou les activités qui donnent habituellement du plaisir ; ■ épuisement, manque d'énergie ; ■ prise ou perte de 5 kg au moins ; ■ difficultés pour dormir ; ■ difficultés de concentration ; ■ perte de confiance en soi, dévalorisation ; ■ pensées de mort récurrentes.	Épisode dépressif majeur léger ■ 4 ou 5** symptômes avec une perturbation des activités faible.
Retentissement : perturbation des activités ■ faible ; ■ modérée ; ■ importante.	Épisode dépressif majeur moyen ■ 4 ou 5 symptômes avec une perturbation des activités modérée à importante OU ; ■ au moins 6 symptômes avec une perturbation des activités faible à modérée.
	Épisode dépressif majeur sévère ■ au moins 6 symptômes avec une perturbation des activités importante.
	Trouble dépressif chronique La durée de l'épisode dépressif majeur est d'au moins 2 ans.
	Trouble dépressif récurrent Au moins 2 périodes dépressives au cours de la vie sans trouble dépressif chronique.

* L'agitation ou le ralentissement psychomoteur n'est pas mesuré par le CIDI-SF mais fait partie de la liste des symptômes du DSM-IV.

** 1 principal + 3 ou 4 secondaires, [figure 1].

FIGURE 1

Algorithme du diagnostic de l'épisode dépressif majeur (EDM)



CO-MORBIDITÉ

Anxiété généralisée

Comme l'EDM, l'anxiété généralisée est aussi définie en référence au DSM-IV, à l'aide du module correspondant du questionnaire CIDI-SF.

L'anxiété généralisée est un trouble plus chronique que l'EDM. Sa caractéristique essentielle réside en une inquiétude anormale

et des soucis excessifs survenant la plupart du temps durant une période d'au moins six mois et concernant plusieurs événements ou activités (ce qui la différencie des troubles phobiques qui sont caractérisés par une anxiété liée à un objet ou une situation spécifique). Le sujet éprouve des difficultés à contrôler ses préoccupations. L'anxiété et les soucis sont accompagnés d'au moins trois symptômes supplémentaires parmi une liste comprenant agitation, fatigabilité, difficultés

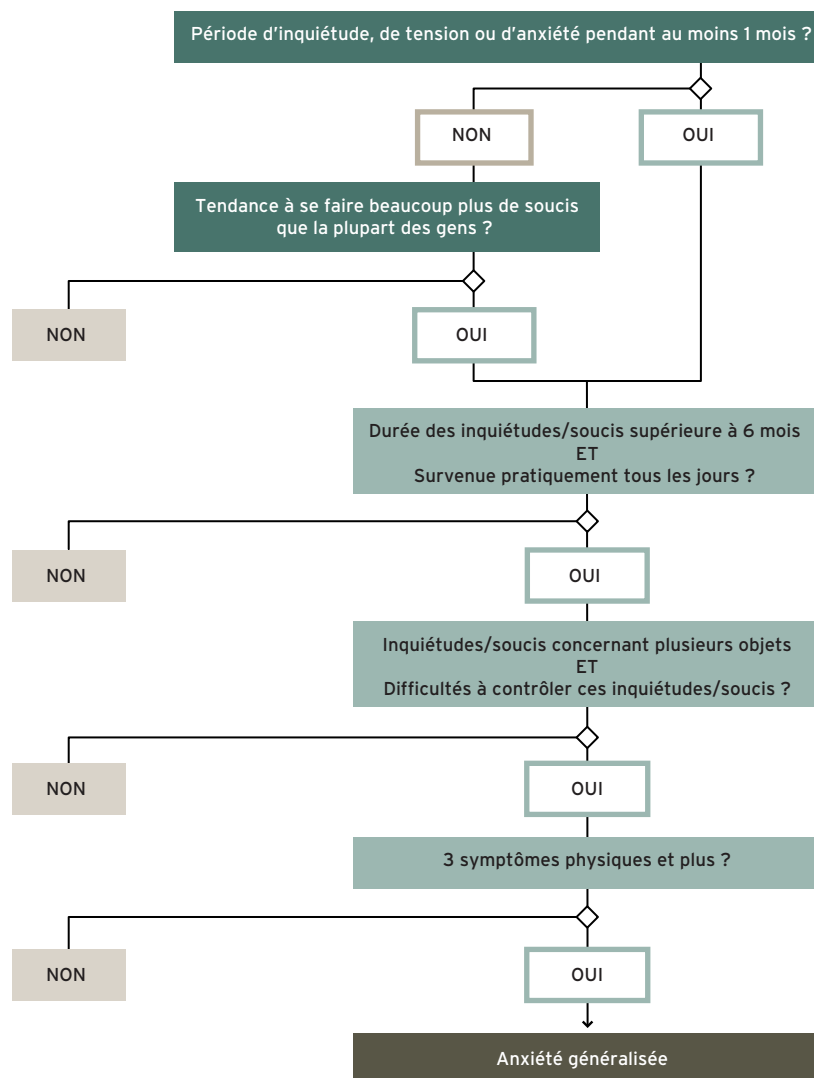
de concentration, irritabilité, tension musculaire et perturbation du sommeil. L'anxiété, les soucis ou les autres symptômes sont accompagnés d'un retentissement fonctionnel sur les activités habituelles.

La **figure 2** présente l'algorithme utilisé dans cette étude pour porter le diagnostic

d'anxiété généralisée. Toutes les personnes ont été interrogées sur la survenue au cours de leur vie d'une période durant laquelle elles se sont senties presque tout le temps inquiètes, tendues, anxieuses, et ce pendant au moins un mois. À toutes les personnes qui ont répondu négativement à cette première question,

FIGURE 2

Algorithme du diagnostic de l'anxiété généralisée



une deuxième leur était posée concernant le sentiment de se faire plus de soucis que la plupart des gens dans des situations de vie qui seraient identiques. Lorsqu'une personne a répondu positivement à l'une ou l'autre de ces questions d'entrée, l'entretien s'est poursuivi sur la durée de la période, la difficulté de contrôler ces sentiments d'inquiétude ou d'anxiété et les symptômes physiques qui les accompagnent.

Usage problématique d'alcool

Enfin, la mesure de la consommation problématique d'alcool a été effectuée à l'aide du questionnaire DETA [18], qui est la version française du CAGE [19]. Le DSM-IV définit aussi des notions (plus restrictives) d'abus et de dépendance à une ou plusieurs substances mais n'a pas été utilisé dans cette enquête. Le questionnaire DETA représente une mesure plus simple à effectuer, et est utilisée sans que cela pose de difficulté de passation dans le cadre du « Baromètre santé » depuis plusieurs années. Le questionnaire DETA comprend les quatre questions suivantes :

- « avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ? » ;
- « votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ? » ;
- « avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ? » ;
- « avez-vous déjà eu besoin d'alcool, dès le matin, pour vous sentir en forme ? ».

Une consommation est jugée problématique lorsqu'au moins deux réponses positives sont données. Dans le cadre de ce test, il s'agit d'explorer brièvement les conséquences psychosociales de l'usage actuel ou passé d'alcool et leurs perceptions par le buveur et non de décrire sa consommation par une approche en volume ou en fréquence. La validité de la version américaine en population générale a toutefois été mise en question. Un des défauts de ce test est de proposer en effet comme référence temporelle la vie entière et peut de ce fait repérer d'anciens usagers à risque qui n'auraient pas au moment de l'enquête de problème avec l'alcool [20].

RÉSULTATS

PRÉVALENCE DE L'ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR

Question filtre

Parmi les 6 498 répondant à l'enquête, 45,1 % (n = 3 107) des personnes déclarent avoir vécu une période de tristesse ou de perte d'intérêt pendant au moins deux semaines consécutives au cours de leur vie, un pourcentage plus élevé chez les femmes que chez les hommes (respectivement 54,5 % et 35,3 %, $p < 0,001$).

Lorsque l'on prend en compte la durée de ces périodes, 24,2 % des individus (n = 1 719) déclarent que cette période de tristesse ou de perte d'intérêt a duré pratiquement toute

la journée et presque tous les jours. C'est, d'après le DSM-IV, dans ce sous-groupe de population que se trouvent les individus ayant souffert au moins une fois d'un EDM.

Symptômes secondaires

La spécificité d'un EDM se caractérise par la présence de symptômes secondaires durant la période définie ainsi qu'une perturbation des activités. Le nombre de symptômes contribue aussi à déterminer le degré de sévérité de l'épisode.

Le **tableau I** décrit la fréquence de chaque symptôme chez les individus sélectionnés par la question filtre (n = 1 719), ainsi que

leur répartition selon le nombre total de symptômes déclarés. Certains symptômes, comme l'épuisement ou le manque d'énergie, ou encore les problèmes de concentration sont déclarés très fréquemment (dans plus de 85 % des cas) alors qu'une fluctuation importante du poids est retrouvée dans moins d'un cas sur deux.

Dans notre échantillon, la majorité (93,6 %) des individus sélectionnés par la question filtre déclarent au moins 3 symptômes supplémentaires.

Par ailleurs, tous les symptômes ont été déclarés systématiquement plus souvent par les femmes que les hommes. Les différences dans les déclarations selon le sexe sont significatives en ce qui concerne la fluctuation de poids, l'épuisement et les pensées de mort récurrentes, alors qu'elles n'apparaissent pas significativement différentes pour les troubles du sommeil et les problèmes de concentration.

D'une manière générale, les femmes présentent plus de symptômes qui accompagnent la période de tristesse ou d'anhé-

donie, ce qui résulte chez elles en un nombre moyen de symptômes plus élevé que chez les hommes (respectivement 5,2 contre 4,7 ; $p < 0,001$).

Retentissement

Alors que les versions précédentes du DSM caractérisaient la pathologie uniquement sur une symptomatologie clinique, la notion de retentissement des symptômes sur les activités habituelles est devenu un critère nécessaire dans le DSM-IV.

Ce critère est plutôt subjectif car, même si, *a priori*, le risque de répercussions sur les activités habituelles augmente avec le nombre et l'intensité des symptômes, la vulnérabilité individuelle, ainsi que la capacité à les déclarer peuvent en effet être très variables d'une personne à l'autre.

Globalement, 76 % des épisodes de tristesse ou d'anhédonie s'accompagnent d'un retentissement.

La **figure 3** présente, chez les individus sélectionnés par la question filtre, la pertur-

TABEAU I

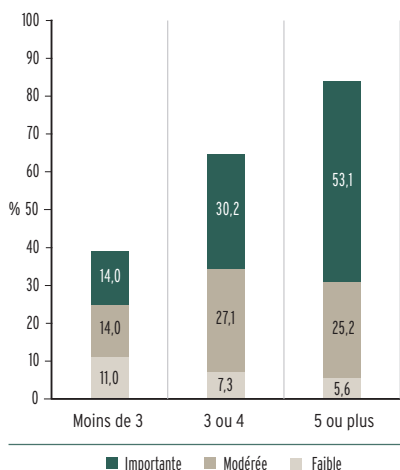
Distribution des symptômes chez les personnes ayant déclaré une humeur dépressive ou une anhédonie au cours de la vie selon le sexe

	Hommes n = 523		Femmes n = 1196		p	Total n = 1719	
	n	%	n	%		n	%
Perte d'intérêt	357	68,6	885	73,7	*	1 242	72,0
Prise ou perte de poids ≥ 5 kg	183	35,1	574	45,2	***	757	41,7
Sommeil difficile	373	72,2	911	75,6	ns	1 284	74,5
Épuisement, manque d'énergie	416	79,8	1 091	92,4	***	1 507	88,1
Problèmes de concentration	436	83,7	1 033	86,1	ns	1 469	85,3
Perte de confiance	342	65,2	847	71,2	*	1 189	69,1
Pensées de mort récurrentes	335	63,7	854	70,5	**	1 189	68,2
Nombre de symptômes secondaires						***	
Moins de 3 symptômes	60	10,8	53	4,1		113	6,4
3-4 symptômes	142	28,1	286	24,9		428	26,0
5 symptômes et plus	321	61,1	857	71,0		1 178	67,6

* : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$; ns : non significatif. Les pourcentages sont redressés sur la structure par sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle et grande région de la population française. Les effectifs ne sont pas redressés.

FIGURE 3

Retentissement selon le nombre de symptômes lors de périodes d'humeur triste ou d'anhédonie



Légende : nombre de symptômes supplémentaires en plus de la tristesse ou de l'anhédonie.

bation des activités déclarée selon le nombre de symptômes. Elle permet ainsi de confirmer que la perturbation des activités est d'autant plus importante que le nombre de symptômes est élevé. En effet, 39,0 % des épisodes qui s'accompagnent de moins de 3 symptômes engendrent une perturbation, contre 83,9 % pour ceux avec 5 symptômes. Par ailleurs, le degré de retentissement est d'autant plus important que le nombre de symptômes est élevé.

Prévalence de l'épisode dépressif majeur sur la vie

Dans l'échantillon étudié, 17,8 % [ICa : 16,9 ; 18,9] (n = 1 263) des individus auraient vécu au cours de leur vie un EDM tel que défini par le CIDI-SF, c'est-à-dire une période d'humeur triste ou de perte d'intérêt pratiquement toute la journée et presque chaque jour pendant au moins deux semaines (symptôme principal), s'accompagnant

d'au moins trois symptômes secondaires et d'un retentissement sur les activités de la vie quotidienne.

Ce type d'événement est déclaré deux fois plus souvent par les femmes que par les hommes (23,5 % [22,0 ; 25,1] contre 12,0 % [10,8 ; 13,3], $p < 0,001$).

Âge lors de la première occurrence des épisodes dépressifs majeurs

En moyenne, le premier EDM apparaît vers l'âge de 30 ans. La moitié de ces premiers épisodes se situent entre 19 et 38 ans. Il s'agit donc d'une pathologie qui, de manière générale, apparaît plutôt au début de l'âge adulte. En tenant compte de l'âge au moment de l'enquête, l'âge au premier épisode ne semble pas différent selon le sexe.

La **figure 4** nous permet d'observer que la prévalence sur la vie entière de l'EDM, et surtout des épisodes sévères, augmente avec l'âge jusqu'à 50-64 ans, puis diminue. Elle présente aussi, pour chaque classe d'âge, la distribution de l'âge au premier épisode. Pour étudier le lien entre la sévérité et l'âge du premier épisode, il est nécessaire de prendre en compte l'âge au moment de l'enquête. En tenant compte de l'âge et en effectuant les analyses par sous-groupes, les données dont nous disposons ne permettent pas de mettre en évidence d'association entre la sévérité des épisodes déclarés et l'âge à la première occurrence.

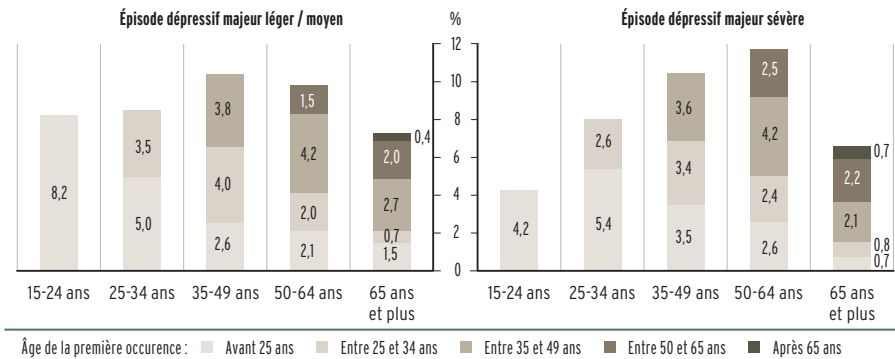
Récurrence : nombre d'épisodes dépressifs

La notion de récurrence fait référence à la survenue de plusieurs épisodes dépressifs distincts au cours de la vie.

Dans la grande majorité des cas (60 %), et plus particulièrement pour les hommes (69 %), l'épisode rencontré reste un événement isolé. Le **tableau II** permet d'observer

FIGURE 4

Prévalence de l'EDM au cours de la vie par classe d'âge et âge au premier épisode de dépression



Lecture : 10,5 % des 35-49 ans ont vécu un EDM sévère au cours de leur vie, le premier ayant eu lieu avant 25 ans pour 3,5 %, entre 25 et 34 ans pour 3,4 %, et entre 35 et 49 ans pour 3,6 %.

TABLEAU II

Nombre d'épisodes dépressifs au cours de la vie selon la sévérité des épisodes et le sexe

	Hommes (n = 372)				Femmes (n = 891)				Total (n = 1263)			
	Léger/moyen (n = 207)		Sévère (n = 165)		Léger/moyen (n = 415)		Sévère (n = 476)		Léger/moyen (n = 622)		Sévère (n = 641)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	138	68,3	112	70,3	250	57,6	219	54,1	362	61,6	362	58,6
2 à 4	46	22,5	41	23,9	163	31,0	129	31,8	204	27,8	204	29,6
5 et +	23	9,2	12	5,8	63	11,4	58	14,1	63	10,6	75	11,8

Les pourcentages sont redressés sur la structure par sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle et grande région de la population française. Les effectifs ne sont pas redressés.

la distribution du nombre d'épisodes parmi les hommes et les femmes selon la sévérité des troubles. Le nombre d'épisodes au cours de la vie n'est pas associé à la sévérité des troubles, quel que soit le sexe.

Les épisodes dits « récurrents » sont représentés par les situations où plus d'un épisode est survenu lors de deux périodes bien distinctes, et que l'individu n'a pas de tendance à la dépression chronique. Ils concernent environ 7 % des sujets, respectivement 10,4 % des femmes et 3,7 % des hommes ($p < 0,001$).

Le nombre d'EDM ne diffère pas selon l'âge au moment de l'enquête, mais semble surtout augmenter avec l'allongement de la période entre l'âge au premier épisode et l'âge au moment de l'enquête. Les sujets qui ont déclaré le plus grand nombre d'épisodes sont ceux qui avaient un EDM au moment de l'enquête et qui ont eu leur premier épisode avant 25 ans et ce, quel que soit l'âge au moment de l'enquête.

Les individus qui ont déclaré un seul épisode l'ont eu en moyenne à 32,8 ans tandis que ceux qui ont eu au moins 5 épisodes

avaient en moyenne 22,7 ans lors de leur premier épisode ($p < 0,001$), sans différence significative selon le sexe.

Pour chaque classe d'âge au moment de l'enquête, le nombre moyen d'épisodes a été étudié selon l'âge au premier épisode [tableau III].

À deux exceptions près, on observe ainsi, d'une part, que pour chaque classe d'âge, le nombre moyen d'EDM diminue lorsque l'âge au premier épisode augmente, et d'autre part, pour un âge au premier épisode donné, ce nombre augmente avec l'âge, jusqu'à 50-64 ans.

Prévalence au cours des douze derniers mois

Parmi les individus qui ont été repérés comme ayant eu un EDM au cours de leur vie (EDMv), 27,8 % ont déclaré avoir connu au moins un tel épisode au cours des 12 derniers mois. Ceci correspond à une prévalence des 12 derniers mois pour l'ensemble de l'échantillon de 5,0 % [4,4 ; 5,6].

Les femmes EDMv sont relativement plus nombreuses que les hommes à déclarer un tel événement dans l'année (30,5 % vs 22,2 %, $p < 0,01$). Comme pour l'EDM au cours de la vie, la prévalence chez les

femmes est plus du double de celle observée chez les hommes, respectivement 7,2 % [6,3 ; 8,2] et 2,7 % [2,1 ; 3,4] ; $p < 0,001$.

De plus, les troubles chez les femmes sont plus fréquemment sévères que chez les hommes ; en effet, 4,1 % et 3,0 % des femmes ont présenté respectivement un EDM sévère et un EDM léger ou moyen dans les 12 derniers mois tandis que 1 % et 1,7 % des hommes ont présenté respectivement un EDM sévère et un EDM léger ou moyen [tableau IV].

Le **tableau IV** présente les estimations de prévalence au cours de la vie et des 12 derniers mois pour différents types de troubles dépressifs. Les EDM peuvent être légers, modérés ou sévères selon l'intensité des symptômes et de leur retentissement sur les activités.

Ces EDM peuvent aussi être le signe d'un trouble dépressif récurrent lorsque plusieurs épisodes sont apparus au cours de la vie, ou chroniques lorsqu'ils durent de façon continue depuis plus de deux ans.

Durée des épisodes dépressifs majeurs

Seuls les individus ayant un EDM au cours des 12 derniers mois devaient en préciser sa durée [tableau V].

TABLEAU III

Nombre moyen d'épisodes dépressifs selon l'âge au 1^{er} épisode et l'âge au moment de l'enquête

Âge au moment de l'enquête	Âge au premier épisode					p
	15-24 ans	25-34 ans	35-49 ans	50-64 ans	65-75 ans	
15-24 ans	2,2					
25-34 ans	2,9	1,2				***
35-49 ans	4,8	2,3	1,9			***
50-64 ans	4,0	3,7	1,9	1,2		***
65-75 ans	2,8	3,0	2,3	2,0	1,8	***
p	**	**	*	*		

* : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$. Les moyennes sont redressées sur la structure par sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle et grande région de la population française.

TABEAU IV
Prévalence des troubles dépressifs au cours de la vie et dans les 12 derniers mois selon le sexe

	Hommes (n = 2 849)				Femmes (n = 3 649)				Total (n = 6 498)			
	Vie entière		12 derniers mois		Vie entière		12 derniers mois		Vie entière		12 derniers mois	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Épisode dépressif majeur	372	12,0	82	2,7	891	23,5	277	7,1	1 263	17,8	359	5,0
Léger/modéré	206	7,0	49	1,7	413	11,2	111	3,0	619	9,1	160	2,4
Sévère	165	5,0	32	1,0	476	12,3	165	4,1	641	8,7	197	2,6
Trouble dépressif récurrent	122	3,7	36	1,1	402	10,4	123	3,3	524	7,1	159	2,2
Trouble dépressif chronique	–	–	29	0,9	–	–	105	2,5	–	–	134	1,7

Les pourcentages sont redressés sur la structure par sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle et grande région de la population française. Les effectifs ne sont pas redressés.

TABEAU V
Durée de l'épisode dépressif majeur au cours des 12 derniers mois selon la présence actuelle

	Épisode dépressif majeur				Total	
	Léger/modéré n = 162		Sévère n = 197		n = 359	
	n	%	n	%	n	%
Épisode terminé	68		72		140	
Moins d'un mois	29	45,6	24	33,7	53	39,5
De 1 mois à 1 an	32	45,3	36	51,6	68	48,5
Plus d'un an	7	9,1	12	14,8	19	12,0
Épisode actuel	94		125		219	
Moins d'un mois	12	12,4	5	5,0	17	8,5
De 1 mois à 1 an	31	31,5	37	33,2	68	32,4
Plus d'un an	51	56,0	83	61,8	134	59,1

Les pourcentages sont redressés sur la structure par sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle et grande région de la population française. Les effectifs ne sont pas redressés.

La distribution de cette durée est bimodale. Il existe une nette distinction selon que l'épisode soit toujours en cours au moment de l'enquête ou non. En effet, la durée médiane des épisodes terminés au moment de l'enquête est de 4 mois, et de moins d'un an dans 88 % des cas. À l'inverse, pour les épisodes toujours en cours, la durée médiane est de 2 ans. Parmi ces dernières, il est probable que l'on retrouve une grande part de troubles chroniques.

CO-MORBIDITÉS

Anxiété généralisée

L'évaluation de l'anxiété généralisée fait partie de la version longue du questionnaire, pour laquelle 4 042 individus ont été interrogés (cf. « Méthodologie de l'enquête Anadep », page 19), avec une surreprésentation des individus à risque de présenter un EDM.

Le mécanisme de construction du diagnostic suit une démarche similaire à celle de l'EDM. Le **tableau VI** décrit la procédure de sélection après chacune des questions posées. Alors que la tendance à l'inquiétude peut concerner une importante partie de la population, il est bien moins fréquent que ces périodes se prolongent sur plusieurs mois. L'inquiétude centrée sur plusieurs objets, caractéristique essentielle du trouble permet quasiment d'aboutir au groupe final.

Le groupe à risque d'anxiété généralisée est défini par les individus ayant vécu une période d'inquiétude quasi permanente continue pendant au moins un mois ou ayant tendance à se faire plus de souci que les autres sans que ce soit justifié. Dans l'ensemble, en tenant compte de la surreprésentation des personnes à risque de dépression, 48,3 % des personnes sélectionnées (n = 2 320) ont vécu au moins une période de ce type. Cette période d'inquiétude ou de souci doit par ailleurs se prolonger pendant au moins six mois (n = 1 104) et elle doit concerner plusieurs objets d'inquiétude avec une difficulté pour le sujet de contrôler cette inquiétude (n = 353). De plus, pour arriver à un diagnostic d'anxiété généralisée, au

moins trois symptômes physiques doivent être présents au cours de cette période (n = 335). Ainsi, dans notre échantillon, la prévalence d'anxiété généralisée est de 5,1 %.

Comme pour l'EDM, ce trouble touche deux fois plus les femmes que les hommes, respectivement 6,8 % et 3,2 % (p<0,001).

Consommation
problématique d'alcool

L'évaluation de la consommation problématique d'alcool se fait à partir du questionnaire DETA. Il s'agit d'une vision subjective des problèmes d'alcool traduisant plus le rapport de l'individu à la boisson et ses conséquences que la consommation elle-même. D'autres mesures basées par exemple sur les quantités consommées pourraient ainsi aboutir à des conclusions assez différentes.

Comme l'anxiété généralisée, le questionnaire DETA était inclus dans la version longue du questionnaire (n=4 042, cf. « Méthodologie de l'enquête Anadep », page 19).

Dans cet échantillon, 10,3 % (n = 466) des individus présentent une consommation problématique d'alcool détectée par

TABLEAU VI

Prévalence au cours de la vie de l'anxiété généralisée et des différents critères selon le sexe

	Hommes (n = 1543)		Femmes (n = 2 499)		Total (n = 4 042)	
	n	%	n	%	n	%
Période d'inquiétude et de soucis	773	41,1	1 547	55,2	2 320	48,3
Période d'inquiétude et de soucis ≥ 6 mois	359	16,3	745	22,8	1 104	19,6
+ inquiétude/soucis excessifs sur plusieurs objets	105	3,5	255	7,3	360	5,5
+ difficultés à contrôler l'inquiétude/soucis	103	3,4	250	7,2	353	5,4
Anxiété généralisée : Période d'anxiété et de soucis qui dure au moins 6 mois sur plusieurs objets, avec des difficultés à contrôler cette inquiétude et accompagnée d'au moins 3 symptômes physiques.	94	3,2	241	6,8	335	5,1

Les pourcentages sont redressés sur la structure par sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle et grande région de la population française, et tiennent compte de la surreprésentation. Les effectifs ne sont pas redressés.

le questionnaire DETA. Cette situation est bien plus présente chez les hommes que chez les femmes (16,1 % vs 4,7 % ; $p < 0,001$). Ces chiffres apparaissent très proches de ceux obtenus dans le cadre du « Baromètre santé 2005 » (respectivement 13,8 % et 5,0 %) [22].

Co-morbidités EDMv-AG-DETA+

Cette étude n'a pas vocation à évaluer l'ensemble des troubles mentaux. Avant d'étudier le lien entre les trois troubles, il est important de montrer leur poids global : 27,3 % ($n = 1\,648$) des individus ont vécu au cours de leur vie au moins un EDM, une anxiété généralisée ou une consommation problématique d'alcool. La **figure 5** décrit la répartition des troubles parmi ces 1 648 personnes. Ainsi, 0,5 % de la population a présenté les trois troubles au cours de la vie et 5,9 % en ont présenté deux.

L'anxiété généralisée est le trouble le plus souvent associé des trois. Elle coexiste avec

les deux autres troubles dans 62,8 % des cas : sur 335 personnes ayant déclaré avoir eu une anxiété généralisée, 227 ont aussi eu un EDM et/ou une consommation problématique d'alcool. En ce qui concerne les usages problématiques d'alcool ou les épisodes dépressifs majeurs, la co-morbidité est respectivement de 30,0 % et 27,9 %.

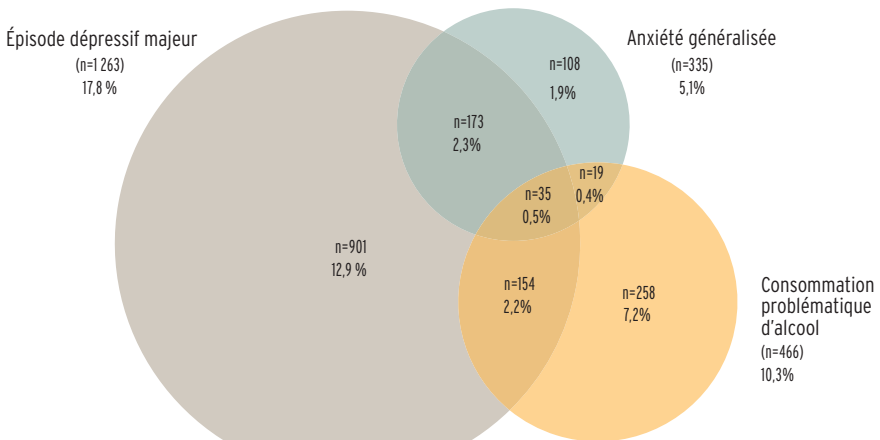
Les profils se distinguent fortement selon le sexe : chez les hommes, l'usage problématique d'alcool est prédominant, en association avec l'EDM en cas de co-morbidité. Chez les femmes, c'est surtout l'EDM qui est associé à une anxiété généralisée lors d'une co-morbidité.

Globalement, la prévalence de l'anxiété généralisée et de l'usage problématique d'alcool est plus élevée lorsqu'il existe un EDM et elle diffère selon la sévérité de l'EDM.

Parmi les sujets qui déclarent avoir un EDM léger/modéré, 10,8 % présentent aussi une anxiété généralisée contre 20,6 % lorsque l'EDM est sévère sans diffé-

FIGURE 5

Prévalence sur la vie des troubles isolés et co-morbides



Les pourcentages sont redressés sur la structure par sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle et grande région de la population française. Les effectifs ne sont pas redressés.

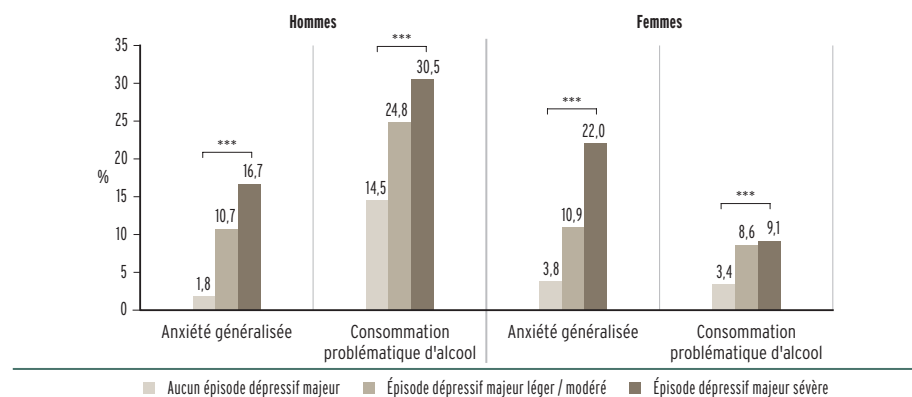
rence selon le sexe, alors que la prévalence de l'anxiété généralisée est globalement de 2,8 % chez les sujets indemnes d'EDM, respectivement 1,8 % chez les hommes et 3,8 % chez les femmes.

Parmi les sujets qui déclarent avoir un EDM léger/moyen, 14,7 % (24,8 % des hommes et 8,6 % des femmes, $p < 0,001$)

ont aussi eu un problème de consommation d'alcool et 15,2 % (30,5 % des hommes et 9,1 % des femmes, $p < 0,001$) lorsque l'EDM est sévère. La prévalence de la consommation problématique d'alcool est de 9,3 % chez les sujets indemnes de dépression, respectivement 14,5 % chez les hommes et 3,4 % chez les femmes [figure 6].

FIGURE 6

Prévalences de l'anxiété généralisée et de la consommation problématique d'alcool selon le niveau de dépression par sexe



*** : $p < 0,001$.

Les pourcentages sont redressés sur la structure par sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle et grande région de la population française.

DISCUSSION

LES PROBLÈMES DE LA QUANTIFICATION : LES PRÉVALENCES D'ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR

Les expériences internationales

Depuis une quinzaine d'années, des études épidémiologiques en population générale conduites dans différents pays ont mis en évidence une prévalence élevée de la morbidité psychiatrique en population générale, en particulier pour les troubles dépressifs

et anxieux [23-26]. Malgré l'utilisation de questionnaires structurés fondés sur les critères de la CIM-10 ou du DSM-IV, ces enquêtes apparaissent très hétérogènes dans leurs méthodologies, avec pour conséquence directe des données de prévalence peu comparables. 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 % [27]. Au-delà de la variété des instruments utilisés, il existe

des différences dans l'échantillonnage, les techniques de passation des questionnaires, le taux de réponse et la gestion des non-réponses.

Par ailleurs, en considérant comme référence qualitative le diagnostic clinique, plusieurs auteurs ont démontré que plus des deux tiers des répondants à une enquête ont une interprétation des questions différente de celle des chercheurs qui ont rédigé le questionnaire [28]. Cette différence élevée est due au fait que les termes employés dans les questionnaires sont parfois peu explicites. Par ailleurs, l'enquête ne connaît pas la personne à qui il parle (ce qui pourrait parfois être un atout) et n'ayant souvent qu'une vague notion du but de l'enquête, il ne peut pas appliquer, comme cela est requis dans les enquêtes quantitatives, les règles implicites d'une conversation standard ni celles d'un entretien clinique. De plus, l'enquêteur n'étant pas un professionnel de santé et n'ayant pas été impliqué dans la conception du questionnaire, il ne peut pas clarifier complètement toutes les incertitudes qui peuvent surgir au cours de l'entretien, en particulier lorsque celui-ci aborde des problèmes personnels et émotionnels complexes [28].

D'autres difficultés résident dans le fait qu'une enquête de santé mentale nécessite de la part des enquêtés un effort de mémoire et de rappel d'événements potentiellement douloureux ou embarrassants pour certains qui peuvent refuser de se prêter à cet exercice ou ne répondre que partiellement, d'autant plus si les instructions ou les objectifs de l'étude sont mal expliqués ou mal compris. Lorsque l'on s'intéresse à des troubles survenus au cours de la vie, la mémorisation peut être plus ou moins précise en fonction de différents paramètres, par exemple l'état de santé du sujet au moment de la passation du questionnaire, sa disponibilité, sa motivation pour participer à l'enquête. En outre, il peut y avoir un phénomène de réinterpréta-

tion d'un état passé, phénomène rencontré par exemple dans les déclarations de tentatives de suicide au cours de la vie, d'autant plus que certains symptômes de la dépression peuvent être liés à des problèmes de mémoire [29].

Les expériences françaises

En France, les premières études ont concerné des populations restreintes à une ville ou une région [30-32] et les enquêtes auprès d'échantillons nationaux ne remontent qu'à environ une dizaine d'années. Leurs résultats montrent une grande disparité dans la prévalence des troubles pour des raisons identiques à celles qui viennent d'être invoquées.

Dans l'étude *Depres (Depression Research in European Society)* menée en 1996 à partir d'un panel marketing comprenant plus de 78 000 personnes dans 6 pays Européens dont la France, la prévalence de la dépression au cours des 6 derniers mois mesurée par le MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*) était de 17 % [33]. Le MINI est un questionnaire structuré et court basé sur la classification diagnostique du DSM [34] qui ne prend pas en compte le retentissement des troubles sur les activités de la vie quotidienne. L'étude du Credes (actuel Irdes – *Institut de recherche et de documentation en économie de la santé*) menée au même moment auprès d'un échantillon d'assurés sociaux en utilisant le MINI a mis en évidence une prévalence de 12 % au cours du dernier mois [35] et l'enquête SMPG (*Santé mentale en population générale*) réalisée par le Centre collaborateur OMS pour la recherche et la formation en santé mentale, par quotas, auprès de personnes sollicitées dans la rue dans des secteurs volontaires avec le même instrument, a obtenu une prévalence de 11 % au cours des deux dernières semaines [36].

L'enquête ESEMeD (*European Study of Epidemiology of Mental Disorders*) réalisée

entre 2001 et 2003 a utilisé une version actualisée du CIDI, le WMH-CIDI (*World Mental Health-CIDI*) en face-à-face à domicile. Elle a mis en évidence une prévalence d'épisodes dépressifs majeurs de 21,4 % et de 6 % respectivement au cours de la vie et sur les 12 derniers mois [37].

En 2005, deux enquêtes menées en population générale ont utilisé le CIDI-SF par entretien téléphonique. Bien que ce mode de passation du questionnaire n'ait pas été formellement validé, il est utilisé de façon courante depuis plusieurs années dans les enquêtes en population générale au Canada [15] et en Finlande [38]. Une enquête sur les indicateurs de santé mentale menée en 2005 auprès de plus de 20 000 personnes dans quatre régions¹ via le CIDI-SF par entretien téléphonique a trouvé une prévalence d'EDM au cours des 12 derniers mois allant de 7,8 % en Haute-Normandie à 10,6 % en Ile-de-France [39]. Et, pour la première fois en 2005, les troubles dépressifs ont été abordés à l'aide du CIDI-SF dans le « Baromètre santé » en population générale de l'INPES (enquête multithématique auprès de 26 000 personnes) par entretien téléphonique. La prévalence au cours des 12 derniers mois était de 7,8 % sur l'ensemble du territoire [40].

Dans l'enquête présentée ici (Anadep 2005), la prévalence de la dépression retrouvée au cours de la vie est de 17,8 % et celle au cours des 12 derniers mois est de 5,0 %. Ces prévalences sont proches de celles de l'enquête ESEMeD qui est la référence au niveau européen, d'un point de vue méthodologique (respectivement 21,4 % et 6 %), mais la prévalence au cours des 12 derniers mois est inférieure à celle observée dans le « Baromètre santé 2005 » (7,8 %) qui a utilisé la même méthodologie et le même instrument environ un an plus tôt. Les différences concernent la période de temps considérée dans les questions d'ouverture et le contexte du questionnaire qui était très

différent (annonce du sujet de l'enquête et questions qui précédaient le CIDI-SF). Dans le CIDI-SF, la section diagnostique de la dépression commence par deux questions filtres afin de déterminer si l'enquêté répond ou non aux critères principaux du syndrome. Dans le « Baromètre santé 2005 », ces deux questions s'intéressaient aux troubles survenus au cours des 12 derniers mois tandis que l'enquête Anadep posait des questions sur les troubles survenus au cours de la vie. Une réponse négative à ces questions d'ouverture entraînait automatiquement la classification de l'enquêté comme indemne du syndrome étudié. A *contrario*, une réponse positive déclenchait une série de questions sur les symptômes supplémentaires et le retentissement de ceux-ci sur les activités habituelles. Dans le « Baromètre santé 2005 », une réponse positive à cette série de questions aboutissait au diagnostic d'EDM alors que dans Anadep, ce n'est qu'après avoir posé les questions sur les différents symptômes et leur retentissement sur les activités habituelles que l'on demandait au sujet : « Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de vivre une période durant laquelle vous avez eu les mêmes problèmes que vous venez d'évoquer, avec la même intensité et pendant au moins deux semaines consécutives ? ». En mettant l'accent sur une intensité des troubles similaire à l'épisode le plus sévère vécu dans le passé, il est fort probable qu'il y ait eu dans la présente étude une sélection des sujets avec des troubles sévères et de ceux avec des épisodes chroniques. En effet, la répartition des troubles selon leur sévérité montre que la différence dans les prévalences est plus importante pour les EDM légers (0,1 % en 2006 et 0,4 % en 2005) et moyens (2,2 % en 2006 et 4,2 % en 2005) que pour les EDM sévères (2,6 % en 2006 et 3,2 % en 2005).

1. Ile-de-France, Haute-Normandie, Lorraine, Rhône-Alpes.

Dans le « Baromètre santé 2005 », la proportion d'épisodes dépressifs chroniques représentait 15,4 % des épisodes dépressifs tandis que dans Anadep, ils en représentent 34,7 %.

Au final...

La prévalence estimée d'EDM se trouve être dans plusieurs études deux fois plus élevée chez la femme que chez l'homme ainsi que plus élevée chez les personnes de 50-54 ans [23, 35, 37, 40] alors que dans d'autres études, bien que la prévalence chez les femmes soit plus élevée que celle des hommes, elle n'atteint pas le double [25, 41]. Une revue de la littérature rapporte que quel que soit le pays considéré, la méthodologie utilisée et le schéma de diagnostic, la prévalence de la dépression est constamment plus élevée chez les femmes que chez les hommes, entre 1,5 et 3 fois, cette différence apparaissant dès l'adolescence. Les raisons de cette différence ne sont pas claires. Pour certains auteurs, pour des raisons de désirabilité sociale, les hommes seraient moins enclins que les femmes à admettre une dépression lors d'un entretien et elle présenterait pour eux une symptomatologie impliquant moins la tristesse et l'anhédonie, tandis que pour d'autres auteurs, le rôle social des femmes serait source de stress et dépression. Par ailleurs, parmi les hypothèses envisagées dans la littérature, les femmes seraient plus vulnérables que les hommes aux événements stressants et difficiles de la vie, ou encore les troubles dépressifs chez les femmes pourraient avoir une origine hormonale [42]. Cependant, comme nous l'avons aussi retrouvé, bien que les femmes aient une prévalence plus importante de troubles dépressifs, la durée de leurs troubles n'est pas différente de celles des hommes [43].

Nous avons rapporté que l'âge moyen de survenue du premier épisode dépressif est

d'environ 30 ans dans notre population, ce qui est proche des 31 ans retrouvés comme âge médian dans l'enquête en population générale allemande [24] alors que chez les américains, l'âge moyen de survenue des troubles dépressifs serait plus précoce, vers 24 ans [43]. Par ailleurs, l'âge au premier épisode dépressif semble lié à la récurrence des troubles, avec une différence de 10 ans entre ceux qui ont déclaré un seul épisode (survenue en moyenne vers 33 ans) et ceux qui ont eu au moins 5 épisodes de dépression au cours de la vie (premier épisode en moyenne vers 23 ans). Une revue récente de la littérature rapporte que dans plusieurs études, la survenue d'une dépression à un jeune âge semble associée au nombre d'EDM et à un risque accru de récurrence des troubles bien que cette relation n'ait pas été clairement démontrée en raison des biais et des variables de confusion [44].

Nous avons aussi étudié la durée des EDM selon qu'ils soient terminés ou non au moment de l'enquête et avons montré que la médiane des épisodes terminés est de 4 mois alors qu'elle est de 2 ans pour les épisodes toujours en cours. Cette bi-modalité dans la durée des EDM a été rapportée dans une enquête prospective aux Pays-Bas où la durée médiane des nouveaux épisodes était de 3 mois tandis que les sujets encore déprimés au moment de l'enquête avaient un trouble qui durait depuis 2 ans [45].

Enfin, dans la présente étude, 27,3 % des personnes interrogées ont déclaré avoir eu un ou plusieurs des troubles étudiés avec une coexistence importante entre les troubles dépressifs, les troubles anxieux et ceux liés à la consommation d'alcool. Cette co-morbidité a été décrite dans plusieurs études [24, 26, 37, 46] et bien que les troubles étudiés ne soient pas exactement les mêmes, d'après certains auteurs, environ 30 à 40 % des sujets avec des troubles anxieux présentent aussi des troubles dépressifs et inversement [27].

AMÉLIORER LE REPÉRAGE, LA RECONNAISSANCE SOCIALE ET LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHIQUES

Les tentatives de quantification à l'échelle de la population générale des phénomènes de dépression présentées précédemment, constituent des viatiques dans la mise en place d'actions nationales visant à améliorer le repérage, la reconnaissance sociale et la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques. Ces enquêtes quantitatives, en se proposant d'estimer le nombre de personnes concernées par ces troubles offrent de surcroît la possibilité d'identifier des caractéristiques (sociodémographiques, événements de vie, co-morbidité, etc.) statistiquement associées à la dépression. Elles ne définissent pas de portrait type ou de profil type du candidat à la dépression mais identifient des facteurs de risque ou de protection, au sens épidémiologique du terme, dont la validité vaut pour la population étudiée. La connaissance par les professionnels de santé de ces grandeurs statistiques pourrait participer à un meilleur repérage de l'EDM et de ses conséquences potentielles, et ainsi, de proposer un traitement adapté.

La recherche autour des facteurs de co-morbidité présente un intérêt à double titre. Un intérêt à l'égard du traitement de l'EDM (*traiter également les autres troubles*) et un intérêt en termes de repérage (*expressions différentes d'un même mal être*). Sur ce dernier point, notre étude montre que 40 % des personnes dont le test DETA est positif et 60 % des personnes ayant eu une anxiété généralisée au

cours de leur vie sont identifiées comme ayant connu un EDM au cours de leur vie. Le chapitre suivant, en explorant les facteurs sociodémographiques statistiquement associés à l'EDM va également dans ce sens.

Savoir par ailleurs dans un pays qu'environ 5 % de la population souffrirait d'une dépression permet aux pouvoirs publics d'allouer les ressources nécessaires à une meilleure prise en charge (plans nationaux, formation des professionnels de santé...). Ainsi, un plan « Psychiatrie et santé mentale 2005-2008 » a été mis en place par le ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports au sein duquel l'INPES avait en charge l'élaboration d'un dispositif d'information grand public pour favoriser une meilleure connaissance et améliorer la prise en charge de la dépression chez l'adulte. Ce dispositif grand public se composait de deux outils référents sur la dépression, ses symptômes et les différents traitements possibles :

- un guide complet sur la maladie, « La dépression, en savoir plus pour en sortir », qui a pour objectif d'améliorer le dialogue entre le patient et son médecin. Édité à 500 000 exemplaires, il a été diffusé à plus de 100 000 exemplaires *via* les professionnels de la santé et les réseaux de prévention (médecins généralistes et spécialistes, centres d'actions sociales, pharmaciens...);
- un site Internet (<http://www.info-depression.fr>). Dédié aussi bien au grand public qu'aux professionnels de santé, il a pour vocation de fournir des informations utiles pour reconnaître et comprendre les symptômes de la maladie et accompagner les proches. Des témoignages de patients et de proches illustrent cette démarche.

CONCLUSION

Ces données confirment l'ampleur des troubles dépressifs et anxieux dans la population générale française. L'extrapolation

des résultats de notre enquête conduit à conclure que près d'une personne de 15 à 75 ans sur 5 aurait souffert d'un EDM au

cours de leur vie, et environ une sur 20 au cours des 12 derniers mois.

Il semble important d'identifier les facteurs de risque du déclenchement de la dépression, mais aussi ceux de sa récurrence afin de pouvoir mettre en place des programmes de prévention adaptés aux groupes de population à risques élevés.

C'est l'objet du prochain chapitre, qui va tenter de mettre en évidence les facteurs sociodémographiques associés à l'EDM.

Par ailleurs, la mesure répétée d'indicateurs valides de ces troubles est indispensable pour pouvoir suivre leur évolution, et permettre l'évaluation indirecte des programmes de prévention.

Bibliographie

- [1] Kessler R.C. Psychiatric epidemiology : challenges and opportunities. *International review of psychiatry*, 2007 Oct, vol. 19, n° 5 : p. 509-521.
- [2] American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition revised. Washington DC : American Psychiatric Association, 2000, 943 p.
- [3] Organisation mondiale de la Santé. CIM-10/ICD-10. *Classification internationale des maladies*, 10^e révision, chapitre V (F : p. troubles mentaux et troubles du comportement. Critères diagnostiques pour la recherche). Genève : Masson, 1994, 226 p.
- [4] Wing J.K., Babor T., Brugha T., Burke J., Cooper J.E., Giel R., et al. SCAN. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Archives of general psychiatry*, 1990 Jun 1, vol. 47, n° 6 : p. 589-593.
- [5] Spitzer R.L., Williams J.B., Gibbon M., First M.B. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I : History, rationale, and description. *Archives of general psychiatry*, 1992 Aug, vol. 49, n° 8 : p. 624-629.
- [6] Williams J.B., Gibbon M., First M.B., Spitzer R.L., Davies M., Borus J., et al. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). II. Multisite test-retest reliability. *Archives of general psychiatry*, 1992 Aug, vol. 49, n° 8 : p. 630-636.
- [7] Robins L.N., Helzer J.E., Croughan J., Ratcliff K.S. National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. Its history, characteristics, and validity. *Archives of general psychiatry*, 1981 Apr, vol. 38, n° 4 : p. 381-389.
- [8] Kessler R.C., Ustun T.B. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International journal of methods in psychiatric research*, 2004, vol. 13, n° 2 : p. 93-121.
- [9] Kessler R.C., Wittchen H.U., Abelson J., McGonagle K.A., Schwarz N., Kendler K.S., et al. Methodological studies of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) in the US National Comorbidity Survey (NCS). *International journal of methods in psychiatric research*, 1998, vol. 7, n° 1 : p. 33-55.
- [10] Wittchen H.U. Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI) : A critical review. *Journal of Psychiatric Research*, 1994, vol. 28, n° 1 : p. 57-84.
- [11] Kessler R.C., Abelson J., Demler O., Escobar J.I., Gibbon M., Guyer M.E., 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). *International journal of methods in psychiatric research*, 2004, vol. 13, n° 2 : p. 122-139.
- [12] Walters E.E., Kessler R.C., Nelson C.B., Mroczek D. *Scoring the World Health Organization's Composite International Diagnostic Interview Short Form (CIDI-SF)*. En ligne : <http://www3.who.int/cidi/CIDISFScoringMemo12-03-02.pdf>, 2002.
- [13] Kessler R.C., Andrews G., Mroczek D., Ustun B., Wittchen H.U. The World Health Organization Composite International Diagnostic Interview short-form (CIDI-SF). *International journal of methods in psychiatric research*, 1998, vol. 7, n° 4 : p. 171-185.
- [14] Aalto-Setälä T., Haarasilta L., Marttunen M., Tuulio-Henriksson A., Poikolainen K., Aro H., et al. Major depressive episode among young adults : CIDI-SF versus SCAN consensus diagnoses. *Psychological medicine*, 2002 Oct, vol. 32, n° 7 : p. 1309-1314.
- [15] Patten S.B., Brandon-Christie J., Devji J., Sedmak B. Performance of the composite international diagnostic interview short form for major depression in a community sample. *Chronic diseases in Canada*, 2000, vol. 21, n° 2 : p. 68-72.
- [16] Patten S.B., Wang J.L., Beck C.A., Maxwell C.J. Measurement issues related to the evaluation and monitoring of major depression prevalence in Canada. *Chronic diseases in Canada*, 2005, vol. 26, n° 4 : p. 100-6.
- [17] Skates, European Commission. Minimum dataset of European mental health indicators. Proposed set of mental health indicators; definitions, description and source. En ligne : <http://www.stakes.fi/mentalhealth>
- [18] Rueff B., Crnac J., Darne B. Dépistage de malades alcooliques par l'autoquestionnaire systématique DETA. *Presse Médicale*, 1989 Oct 14, vol. 18, n° 33 : p. 1654-1656.

- [19] Mayfield D., McLeod G., Hall P. The CAGE questionnaire : validation of a new alcoholism screening instrument. *The American journal of psychiatry*, 1974 Oct, vol. 131, n° 10 : p. 1121-1123.
- [20] Bisson J., Nadeau L., Demers A. The validity of the CAGE scale to screen for heavy drinking and drinking problems in a general population survey. *Addiction*, 1999 May, vol. 94, n° 5 : p. 715-722.
- [21] Andrews G., Henderson S., Hall W. Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation : Overview of the Australian National Mental Health Survey. *The British journal of psychiatry*, 2001 Feb 1, vol. 178, n° 2 : p. 145-153.
- [22] Legleye S., Beck F. Alcool : une baisse sensible des niveaux de consommation. In : Beck F., Guilbert P., Gautier A. *Baromètre santé 2005 : Attitudes et comportements de santé*. Saint Denis : Inpes, 2008 : p. 112-154.
- [23] Bijl R.V., Ravelli A., van Z.G. Prevalence of psychiatric disorder in the general population : results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 1998 Dec, vol. 33, n° 12 : p. 587-595.
- [24] Jacobi F., Wittchen H.U., Holting C., Hofler M., Pfister H., Muller N., et al. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population : results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological medicine*, 2004 May, vol. 34, n° 4 : p. 597-611.
- [25] Jenkins R., Lewis G., Bebbington P., Brugha T., Farrell M., Gill B., et al. The National Psychiatric Morbidity surveys of Great Britain – initial findings from the household survey. *Psychological medicine*, 1997 Jul, vol. 27, n° 4 : p. 775-789.
- [26] Kessler R.C., Chiu W.T., Demler O., Merikangas K.R., Walters E.E. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 2005 Jun, vol. 62, n° 6 : p. 617-627.
- [27] Wittchen H. U., Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe--a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 2005 Aug, vol. 15, n° 4 : p. 357-376.
- [28] Kessler R.C., Wittchen H.U., Abelson J., Zhao S. Methodological issues in assessing psychiatric disorders with self-reports. In : Stone AA, Turrkan JS, Bachrach CA, Jobe JB, Kurtzman HS, Cain VS. *The science of self-report : Implications for research and practice*. Mahwah (New Jersey) : Lawrence Erlbaum Associates, 2000 : p. 229-255.
- [29] Archambault P. états dépressifs et suicidaires epndant la jeunesse. Résultats d'une enquête sociodémographique chez les 25-34 ans. *Population*, 1998, vol. 53, n° 3 : p. 477-515.
- [30] Kovess-Masfety V., Lecoutour X., Delavelle S. Mood disorders and urban/rural settings : comparisons between two French regions. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 2005 Aug, vol. 40, n° 8 : p. 613-618.
- [31] Kovess V., Gysens S., Chanoit P.F. Une enquête de santé mentale : l'enquête de santé des Franciliens. *Annales Médico Psychologiques*, 1993 ; n° 151 : p. 624-628.
- [32] Lepine J.P., Lellouche J. Étude épidémiologique des troubles dépressifs et anxieux dans une population générale. *Annales Médico Psychologiques*, 1993 ; n° 151 : p. 618-23.
- [33] Lepine J.P., Gastpar M., Mendlewicz J., Tylee A. Depression in the community : the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *International clinical psychopharmacology*, 1997 Jan, vol. 12, n° 1 : p. 19-29.
- [34] Sheehan D.V., Lecrubier Y., Sheehan K.H., Janavs J., Weiller E., Keskiner A., et al. The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *European Psychiatry*, 1997, vol. 12, n° 5 : p. 232-41.
- [35] Le Pape A., Lecomte T. *Prévalence et prise en charge médicale de la dépression*, France 1996-1997. Paris : CREDES, 1999 : 108 p.
En ligne : <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports1999/rapl277.pdf>
- [36] Bellamy V. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale. *Études et Résultats*, 2004 Oct ; n° 347 : 1-12.
En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er347.pdf>
- [37] Lepine J.P., Gasquet I., Kovess V., Arbabzadeh-Bouchez S., Negre-Pages L., Nachbaur G., et al. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMed/MHEDEA 2000/(ESEMed). *L'Encéphale*, 2005 Mar, vol. 31, n° 2 : p. 182-194.
- [38] Isometsa E., Aro S., Aro H. Depression in Finland : a computer assisted telephone interview study. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 1997 Aug, vol. 96, n° 2 : p. 122-128.
- [39] 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, Ile de France, Lorraine et Rhône Alpes*. Rapport remis à la Direction Générale de la Santé, 2007 : 160 p.
- [40] 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 Epidemiol Santé Publique*, 2007 Mar, vol. 55, n° 3 : p. 222-227.
- [41] Kessler R.C., Berglund P., Demler O., Jin R., Koretz D., Merikangas K.R., et al. The epidemiology of major depressive disorder : results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, 2003 Jun 18, vol. 289, n° 23 : p. 3095-3105.
- [42] Kessler R.C. Epidemiology of women and depression. *Journal of affective disorders*, 2003 Mar, vol. 74, n° 1 : p. 5-13.

- [43] Kessler R.C., McGonagle K.A., Swartz M., Blazer D.G., Nelson C.B. Sex and depression in the National Comorbidity Survey. I : Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *Journal of affective disorders*, 1993 Oct, vol. 29, n° 2-3 : p. 85-96.
- [44] Burcusa S.L., Iacono W.G. Risk for recurrence in depression. *Clinical Psychology Review*, 2007 Dec 3, vol. 27, n° 8 : p. 959-85.
- [45] Spijker J., de G.R., Bijl R.V., Beekman A.T., Ormel J., Nolen W.A. Determinants of persistence of major depressive episodes in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Journal of affective disorders*, 2004 Sep, vol. 81, n° 3 : p. 231-240.
- [46] Swendsen J.D., Merikangas K.R., Canino G.J., Kessler R.C., Rubio-Stipec M., Angst J. The comorbidity of alcoholism with anxiety and depressive disorders in four geographic communities. *Comprehensive Psychiatry*, 1998, vol. 39, n° 4 : p. 176-184.
- 

L'essentiel

Dans le domaine de la santé mentale, les interactions entre les caractéristiques individuelles et celles qui peuvent être attribuables aux conditions socio-environnementales sont multiples et interdépendantes. Les relations entre les facteurs socio-démographiques, socioéconomiques et la prévalence de l'épisode dépressif majeur (EDM) au cours des 12 derniers mois ne sont que l'expression d'associations statistiques. En effet, dans une telle étude transversale, elles ne peuvent pas préjuger de la direction du lien ni d'une relation de cause à effet.

La prévalence de l'EDM dans les 12 derniers mois apparaît deux à trois fois plus importante chez les femmes (7,1 %) que chez les hommes (2,7 %). Selon l'âge, la prévalence est fluctuante ; elle est à son niveau le plus bas (3,1 %) chez les 20-24 ans, augmente progressivement jusqu'à 6,1 % chez les 45-54 ans, puis diminue pour atteindre 4,6 % dans la classe d'âge des 65-75 ans.

Le célibat, le divorce, le veuvage, ainsi que le fait de vivre seul sont des situations familiales qui présentent une association forte avec la survenue d'un EDM. Lorsqu'on prend en compte l'âge et le sexe, chez les hommes de 55-75 ans, le fait de vivre seul ou d'être célibataire multiplie par 3 à 4 le risque d'avoir un EDM par rapport à ceux qui sont mariés et qui vivent en couple. Chez les femmes de la même classe d'âge, le divorce et le veuvage apparaissent davantage

comme des facteurs associés à la dépression.

La prévalence de l'EDM varie en proportion inverse aux revenus du foyer, en particulier chez les femmes. Par exemple, elle est de 12,4 % chez celles avec un revenu mensuel inférieur à 450 euros par unité de consommation et de 5,6 % chez celles dont le revenu excède 2 500 euros/mois/UC.

L'analyse de la prévalence de l'EDM par profession et catégorie socio-professionnelle (PCS) montre que les agriculteurs ont globalement un niveau de prévalence faible (1 %). Les hommes cadres sont moins touchés (1,6 %) que les autres catégories, alors que les femmes cadres ont une des prévalences les plus élevées (10,0 %).

Plus que la PCS, c'est surtout le fait d'être sans activité professionnelle ou d'être au chômage qui est fortement associé à un EDM (respectivement 7,1 % et 12,3 %). De plus, la prévalence est deux fois plus élevée lorsque le chômage est supérieur à 2 ans par rapport à ceux qui sont au chômage depuis moins longtemps.

La précarité approchée par la notion de perception d'une aide sociale apparaît très liée à l'EDM : la prévalence de l'EDM est de 8,3 % chez les bénéficiaires d'une allocation logement contre 4,8 % chez les non bénéficiaires ($p<0,01$) ; 10,3 % chez les personnes tributaires des Assedic, du RMI ou de l'allocation solidarité spécifique contre 4,7 %

chez ceux qui ne perçoivent pas ces aides ($p<0,001$) ; 21,5 % parmi les personnes déclarant recevoir une allocation pour handicap ou invalidité vs 4,7 % chez les non-allocataires ($p<0,001$) et 19,7 % parmi les personnes de 40 ans ou plus recevant une allocation veuvage ou une allocation de solidarité aux personnes âgées contre 5,2 % chez les autres personnes des mêmes tranches d'âge ($p<0,01$).

Des analyses multivariées par groupe d'âge montrent qu'avant 25 ans, le sexe féminin et la situation professionnelle précaire (chômage et alternance travail-chômage) sont les deux variables associés à la survenue d'un EDM. Entre 25 et 54 ans, en plus du sexe féminin dont l'effet est systématiquement retrouvé dans toutes les études, les principaux facteurs associés à l'EDM sont le statut matrimonial (célibat et divorce), le fait d'avoir plusieurs enfants (5 enfants et plus) et une situation professionnelle instable (chômage et congés de longue durée).

Après 55 ans, chez les hommes, le fait de vivre seul apparaît comme le principal facteur associé à la dépression alors que le fait d'avoir des enfants semble être un facteur protecteur. Chez les femmes, en plus du divorce et du veuvage, c'est le fait d'avoir beaucoup d'enfants et un bas revenu mensuel qui sont associés à la survenue d'un EDM au cours des 12 derniers mois.

Facteurs sociodémographiques associés à l'épisode dépressif majeur

CHRISTINE CHAN CHEE
DAVID SAPINHO
PHILIPPE GUILBERT

INTRODUCTION

L'estimation de la prévalence de la dépression et de ses caractéristiques dans le précédent chapitre a permis de mettre en évidence qu'approximativement une personne sur cinq en France (17,8 %) a été affectée par un épisode dépressif majeur (EDM) au cours de sa vie et environ 5 % au cours des 12 derniers mois.

L'objectif du présent chapitre est de comparer les profils des personnes ayant été repérées comme présentant un EDM par l'instrument utilisé (CIDI-SF) et celles ne présentant pas d'EDM en termes sociodémographiques, environnementaux et économiques.

Selon le rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur la santé dans le monde en 2001 qui se fondait sur une synthèse des recherches les plus récentes sur la santé mentale, les troubles dépressifs, au même titre que la plupart des troubles mentaux et du comportement (addictions...) « sont le résultat d'une interaction

complexe de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux » [1], mais les connaissances sur le poids respectif de chacun de ces facteurs restent à ce jour très lacunaires. Les recherches en génétique et en neurosciences du comportement sur les facteurs individuels de vulnérabilité ont permis de mettre en évidence que ces derniers s'articulent avec le contexte social, environnemental et développemental [2]. Ce contexte joue un rôle important dans le développement et l'évolution des troubles, ainsi que dans leur prise en charge. Ainsi, sans préjuger des mécanismes impliqués, on observe de manière systématique au niveau des populations que les situations de précarité et de faible niveau de vie sont associées à une prévalence élevée de troubles mentaux et notamment de troubles dépressifs [3]. Dans les déterminants de ces troubles, il est particulièrement difficile de distinguer ce qui relève des caractéristiques individuelles de

ce qui est attribuable aux conditions socio-environnementales, ce d'autant que les interactions sont multiples : dans quelles mesures les conditions sociales défavorables sont-elles à l'origine des troubles mentaux et dans quelle mesure l'existence préalable d'un trouble mental a-t-il entraîné des conditions de vie désavantageuses ? [4]

La situation sociale peut en effet favoriser le développement des troubles mentaux et ces troubles peuvent avoir une évolution moins favorable du fait, entre autres, d'un accès plus difficile aux soins. Par ailleurs, ceux qui souffrent de troubles peuvent, du fait de leur maladie, être exposés à des handicaps sociaux tels que des stigmatisations, des difficultés dans le déroulement de la scolarité ou encore une difficulté d'insertion professionnelle, qui peuvent entraîner le chômage, voire une inaptitude au travail.

Pour arriver à distinguer la contribution et le poids de chacun de ces différents facteurs, la constitution d'une cohorte permettant des mesures répétées dans le temps de l'état de santé mentale des personnes serait la meilleure méthode pour l'étude des facteurs de risque et de leurs intrications. Toutefois, en l'absence d'une étude d'une telle envergure en France et bien que les données soient actuellement collectées au moyen d'enquêtes transversales, l'éventuelle convergence des résultats à partir de différentes enquêtes constitue un faisceau d'arguments permettant de mettre en évidence l'association de certains facteurs avec les troubles mentaux. L'objectif de ce chapitre est de contribuer à cette analyse, en tentant de mettre en évidence des facteurs statistiquement associés à la survenue d'un EDM dans la population.

Cette étude couvre une population très large du point de vue de l'âge qui s'étend de 15 à 75 ans. Comme souligné précédemment, bien qu'il existe vraisemblablement une vulnérabilité biologique, la dépression est un phénomène dont la composante

psychosociale est forte. L'hétérogénéité de la répartition de ces facteurs sur l'ensemble de la population pourrait représenter une limite à la mise en évidence de relations. Par ailleurs, certaines situations peuvent ne pas avoir le même impact à différents âges, comme par exemple, le fait de travailler, ou encore d'avoir une famille à charge. Le **tableau I** permet d'observer les différences dans la répartition des variables sociodémographiques à trois périodes de la vie.

Alors que les 55 ans et plus sont en majorité retraités (71,3 %), vivent en couple (74,6 %) et sans leurs enfants (84,0 %), les moins de 25 ans sont pour la plupart étudiants (56,8 %) et vivent le plus souvent avec un ou les deux parents (77,6 %). Dans la classe d'âge intermédiaire (25-54 ans), se trouvent surtout des individus qui travaillent (83,2 %), et vivent maritalement (80,9 %) souvent avec des enfants (61,7 %). Le nombre d'enfants augmente avec l'âge : les moins de 25 ans sont très peu nombreux à avoir un enfant (3,2 %) tandis que 90,9 % des 55 ans et plus ont déclaré avoir un ou plusieurs enfants, parmi lesquels 6,0 % d'entre eux en ont plus de cinq.

La distribution du niveau de diplôme montre un niveau globalement plus élevé pour la classe des 25-54 ans, en particulier par rapport à ceux de la classe d'âge la plus élevée. Cependant, ces données sont difficilement comparables avec celles des plus jeunes inclus dans l'étude car ces derniers n'ont pas tous terminé leur cursus et obtenu de diplôme.

Le même type de constat peut être fait pour le niveau de revenus dans la mesure où il est représentatif du niveau de vie des adultes ayant répondu à l'enquête, tandis que pour les plus jeunes, en particulier pour ceux qui ne travaillent pas, c'est plutôt celui de leurs parents qui est pris en compte. On constate d'ailleurs qu'une part importante de ces jeunes (37,0 %) ne veulent ou ne peuvent pas répondre à cette question.

TABLEAU I

Distribution des variables sociodémographiques selon la classe d'âge

	Classe d'âge			Total
	15-24 ans n = 800	25-54 ans n = 3 683	55-75 ans n = 2 015	n = 6 498
Statut matrimonial				
Vie maritale (marié, PACS, concubinage)	14,7	80,9	74,6	67,9
Célibataire	85,1	10,9	4,7	22,2
Divorcé(e)	0,2	7,4	9,7	6,7
Veuf (ve)	0,0	0,8	11,0	3,2
Situation familiale				
Vit seul	5,0	8,8	19,5	10,8
Vit avec conjoint	10,3	17,1	62,9	27,6
Vit avec conjoint et enfants	2,7	61,7	12,6	39,0
Vit avec enfants sans conjoint	0,3	6,3	2,9	4,4
Vit avec 2 parents, sans conjoint ni enfants	64,0	2,9	0,0	12,7
Vit avec 1 parent, sans conjoint ni enfants	13,6	1,8	0,9	3,6
Vit avec d'autres personnes (frères/sœurs, grands-parents, autre famille, colocataire, amis)	4,0	1,3	0,7	1,6
Nombre d'enfants				
Aucun	96,8	23,4	9,1	32,5
1 ou 2	2,9	55,6	55,0	46,3
3 ou 4	0,3	19,8	29,9	19,0
5 et plus	0,0	1,2	6,0	2,2
Niveau de diplôme				
Aucun diplôme/CEP/BEPC	38,6	15,0	43,3	26,3
CAP/BEP	15,9	28,2	24,3	25,1
Baccalauréat	27,3	17,1	13,1	17,9
Bac + 2 (DEUG/IUT/BTS)	14,6	22,9	9,5	18,0
Bac + 4 (Licence/Maîtrise)	3,6	13,2	6,8	9,9
Bac + 5 et plus	0,0	3,6	3,1	2,8
Situation professionnelle				
Travail exclusif	19,4	76,4	17,5	51,5
Travail avec études/formation	10,8	3,6	0,3	4,0
Travail avec périodes de chômage	2,0	2,5	0,5	1,9
Études	56,8	1,8	0,7	11,0
Chômage/en recherche d'emploi	9,0	5,7	2,4	5,5
Retraite	0,0	0,7	71,3	18,6
Au foyer/congé parental	1,2	6,8	5,1	5,4
Invalidité/congé longue durée	0,3	2,1	2,0	1,8
Revenu du ménage par unité de consommation				
Moins de 450€/mois/UC	11,8	4,6	5,3	17,5
450-700 €/mois/UC	13,2	10,8	9,8	11,0
700-1200 €/mois/UC	16,6	29,5	22,5	25,1
1200-1800 €/mois/UC	14,5	22,5	23,9	22,1
1800-2 500 €/mois/UC	4,2	14,4	6,8	9,9
> 2 500 €/mois/UC	2,8	8,1	13,1	8,4
Refus de répondre/ne sait pas	37,0	10,2	18,6	17,0

Les pourcentages sont calculés à partir de l'échantillon redressé par sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle et grande région de la population française. Les effectifs ne sont pas redressés.

Lecture : l'échantillon de la classe d'âge des 15-24 ans comprend 800 sujets. Dans cette classe d'âge, la répartition du statut matrimonial est la suivante : 14,7 % ont déclaré mener une vie maritale, 85,1 % ont déclaré être célibataires et 0,2 % être divorcé.

Dans cette enquête, l'EDM, qui représente la variable d'intérêt principale de notre étude, a été évalué de façon rétrospective selon deux périodes de temps : au cours de la vie et au cours des 12 mois précédant l'enquête. Comme cela a été mentionné dans le chapitre précédent, cette approche est celle utilisée dans la plupart des enquêtes internationales réalisées en population générale.

D'une manière générale, les données recueillies sur la vie n'ont pas une fiabilité très élevée [5]. En effet, la description symptomatique de l'EDM sur la vie est moins précise et exposée à des biais de mémorisation plus importants que lorsque le sujet est interrogé sur les événements survenus au cours des 12 derniers mois. De plus, dans le cas de l'EDM mesuré sur la vie entière, l'épisode dépressif est souvent antérieur à la situation sociale actuelle sur laquelle les sujets sont interrogés ; par conséquent, son utilisation dans la définition des profils amènerait à mesurer dans de nombreux cas une association entre un épisode dépressif *passé* et une situation *actuelle*, considérant ainsi implicitement une maladie passée comme étant à l'origine de la situation familiale, sociale et professionnelle actuelle, alors même que la relation entre pathologie dépressive et conditions de vie est complexe et interdépendante. C'est la raison pour laquelle le choix a été fait dans ce chapitre de ne s'intéresser qu'à l'EDM mesuré sur les 12 mois précédant l'enquête.

Dans un premier temps, les prévalences de l'EDM au cours des 12 derniers mois sont

calculées en fonction de différents facteurs sociodémographiques, socioéconomiques et environnementaux pour lesquels une association avec l'EDM est recherchée. Ces différents facteurs sont des indicateurs qui traduisent plus ou moins bien des situations de vie qui ont un lien avec l'EDM. Par exemple, l'item « chômeurs » de la variable « situation professionnelle » contient *potentiellement* diverses composantes plus ou moins associées à l'EDM : perte de l'estime de soi, isolement social, précarité financière, etc. Ainsi, sous une étiquette statistique unique se cachent des vécus propres à chaque individu.

Ensuite, la caractérisation des profils est effectuée en répartissant la population en 3 groupes selon l'âge, pour lesquels les facteurs semblent plus homogènes :

- les adolescents et jeunes adultes (15-24 ans) ;
- les adultes en période d'activité (25-54 ans) ;
- les personnes plus âgées (55-75 ans).

Pour chaque groupe d'âge, les variables d'intérêt dont la répartition est présentée dans le **tableau I** sont prises en compte de la façon qui semble la plus pertinente. La méthode d'analyse choisie pour caractériser les profils des populations ayant vécu un épisode dépressif majeur est la régression logistique. Cette méthode permet d'estimer des rapports de cote (odds-ratio) qui illustrent le risque (de présenter un EDM) associé à une catégorie de population par rapport à une catégorie choisie comme étant celle de référence.

RÉSULTATS

ÉTUDE DES FACTEURS ASSOCIÉS

Sexe et âge

La prévalence de l'EDM dans les 12 derniers mois est deux fois plus importante chez les

femmes que chez les hommes, respectivement 7,1 % et 2,7 % ; $p < 0,001$.

Entre 20 et 54 ans, la prévalence augmente progressivement, passant de 3,1 % à 6,1 %, puis diminue pour atteindre 4,6 % dans la classe d'âge des 65-75 ans. Cependant,

aucune des différences observées n'est significative [figure 1].

Notons un taux élevé (9,0 %) chez les filles de la classe des 15-19 ans ayant été repérées comme présentant un EDM selon le CIDI-SF alors que la prévalence la plus basse chez les femmes se trouve dans la classe d'âge des 20-24 ans (4,7 %). L'examen des intervalles de confiance montre que ces différences ne sont pas significatives.

Lieu de résidence

Les données de l'enquête ne mettent pas en évidence de différences significatives dans les prévalences de l'EDM au cours des 12 derniers mois selon la région d'habitation ni selon la taille de la commune de résidence [tableau II].

Situation familiale et socioculturelle

L'environnement familial dans lequel évolue la personne interrogée a été approché selon deux perspectives : d'une part le statut matrimonial légal c'est-à-dire le fait d'être

marié, divorcé, veuf, ou célibataire ; d'autre part la composition de la cellule familiale afin de prendre en compte plus précisément les situations familiales à risque selon les données de la littérature (être célibataire ne représente pas la même situation selon que l'on vive chez ses parents ou que l'on soit parent isolé).

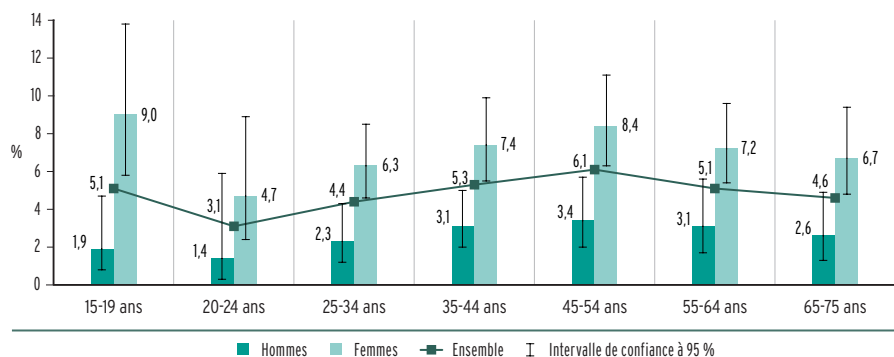
Quel que soit leur sexe, les personnes divorcées ou veuves ont une prévalence d'EDM plus élevée que celles qui sont mariées ou qui vivent maritalement [tableau III].

Les EDM sévères semblent également plus nombreux parmi les divorcés qu'au sein des autres populations, et ce tout particulièrement chez les femmes. En effet, 77 % des épisodes déclarés par les femmes divorcées peuvent être qualifiés de sévères contre environ 55 % pour les autres catégories ($p < 0,01$).

L'étude de la composition familiale montre que le fait de vivre seul avec ou sans enfant, ou encore, pour les femmes, le fait de vivre avec des personnes autres que la famille, présente une association forte avec l'occurrence d'un EDM.

FIGURE 1

Prévalence de l'épisode dépressif majeur au cours des 12 derniers mois selon l'âge et le sexe



Lecture : dans la classe d'âge des 15-19 ans, la prévalence de l'EDM au cours des 12 derniers mois est de 5,1 %. Elle est de 1,9 % chez les hommes et de 9,0 % chez les femmes.

TABLEAU II

Prévalence de l'épisode dépressif majeur au cours des 12 derniers mois selon le lieu de résidence, par sexe

	Hommes (n = 2 849)		Femmes (n = 3 649)		Total (n = 6 498)	
	n	%	n	%	n	%
Région de résidence						
Région parisienne	872	2,7	1 155	7,3	2 027	5,1
Nord	200	3,0	214	4,9	414	3,9
Ouest	449	1,7	586	6,9	1 035	4,4
Est	301	2,5	360	5,4	661	3,9
Sud-Ouest	342	2,6	428	8,5	770	5,6
Centre Est	355	3,6	510	8,7	865	6,4
Méditerranée	318	2,8	374	6,8	692	4,7
Différence		ns		ns		ns
Taille de la commune d'habitation						
Communes rurales	887	2,8	1 030	6,7	1 917	4,7
2 000 à 19 999 habitants	487	3,4	653	8,7	1 140	6,1
20 000 à 99 999 habitants	335	2,7	481	8,1	816	5,6
100 000 habitants et plus	791	2,8	965	6,7	1 756	4,7
Agglomération parisienne	337	1,7	498	6,4	835	4,2
Différence		ns		ns		ns

Les prévalences sont calculées à partir de l'échantillon redressé par sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle et grande région de la population française. Les effectifs présentés sont les effectifs non redressés.

Lecture : dans la région parisienne, la prévalence de l'EDM au cours des 12 derniers mois est de 5,1 % (calculée sur la base des 2 027 personnes déclarant résider en région parisienne). Elle est de 2,7 % chez les hommes et de 7,3 % chez les femmes.

TABLEAU III

Prévalence de l'épisode dépressif majeur au cours des 12 derniers mois selon la situation familiale et socioculturelle, par sexe

	Hommes (n = 2 849)		Femmes (n = 3 649)		Total (n = 6 498)	
	n	%	n	%	n	%
Statut matrimonial						
Vie maritale (mariage/PACS/concubinage)	1 845	2,2	2 262	5,9	4 107	4,1
Célibataire	694	3,3	677	9,6	1 371	6,2
Veuf	64	4,8	301	9,9	365	8,9
Divorcé	245	4,7	400	10,4	645	8,0
Différence		ns		**		***
Composition familiale						
Vit seul	545	5,4	780	11,1	1 325	8,5
Vit avec conjoint	853	1,5	989	6,4	1 842	3,8
Vit avec conjoint et enfants	959	3,0	1 205	5,8	2 164	4,4
Vit avec enfants sans conjoint	63	4,2	285	8,3	348	7,5
Vit avec 2 parents, sans conjoint ni enfants	268	1,8	244	8,1	512	4,5
Vit avec 1 parent, sans conjoint ni enfants	111	4,2	97	7,5	208	5,7
Vit avec autres (frères/sœurs, grands-parents, autre famille, colocataires, amis)	43	3,0	42	16,7	85	8,9
Différence		ns		*		***

TABLEAU III (SUITE)

	Hommes (n = 2 849)		Femmes (n = 3 649)		Total (n = 6 498)	
	n	%	n	%	n	%
Nombre d'enfants						
0	992	3,0	976	7,4	1 968	5,0
1 ou 2	1 300	2,6	1 853	6,4	3 153	4,7
3 ou 4	507	1,9	709	7,2	1 216	4,6
5 et plus	45	5,6	105	17,2	150	13,2
Différence		ns		**		**
Pays de naissance						
France	2 615	2,7	3 366	7,4	5 981	5,1
Europe	94	0,9	122	5,5	216	3,2
Autre pays	136	3,5	156	5,1	292	4,3
Différence		ns		ns		ns
Pratique de la religion						
Pas de religion déclarée	1 184	2,7	1 268	7,1	2 452	4,8
Non pratiquant	833	3,6	1 001	7,5	1 834	5,5
Occasionnelle	619	1,7	995	6,8	1 614	4,5
Régulière	184	2,4	353	8,1	537	5,8
Différence		ns		ns		ns

Les prévalences sont calculées à partir de l'échantillon redressé par sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle et grande région de la population française. Les effectifs présentés sont les effectifs non redressés.

Lecture : chez les personnes déclarant mener une vie maritale, la prévalence de l'EDM au cours des 12 derniers mois est de 4,1 % (calculée sur la base des 4 107 personnes déclarant ce statut marital). Elle est de 2,2 % chez les hommes et de 5,9 % chez les femmes.

Ces résultats doivent être considérés selon les classes d'âge, pour lesquelles la répartition de la composition familiale est très différente.

Les 15-24 ans vivent à 78 % avec leurs parents dont 14 % avec un seul parent, 13 % vivent en couple et environ 5 % seuls. La prévalence d'EDM est moins élevée (1,8 %) chez ceux qui vivent avec un conjoint sans enfant que dans le reste de cette tranche d'âge (4,4 %). À cet âge, le fait de vivre dans une famille monoparentale ou avec les deux parents ne semble pas avoir de relation avec la prévalence d'EDM, respectivement 4,3 % et 4,5 %.

Les 25-54 ans sont à 79 % des personnes vivant en couple. Ces derniers ont une prévalence d'EDM significativement moins élevée (4,5 %) que ceux qui vivent seuls, avec leurs parents ou qui élèvent seuls des enfants (environ 8,0 % ; $p < 0,01$).

Enfin pour les 55 ans et plus, on constate qu'ils vivent en grande majorité avec leur conjoint (75 %), mais il y a également plus de personnes vivant seules (19,5 %) que dans les classes d'âge plus jeunes. Pour cette population, ceux vivant sans conjoint (45 % veufs et 33 % divorcés) avec ou sans enfants, sont plus de 2 fois plus nombreux à avoir vécu un EDM dans l'année que ceux vivant avec un conjoint (respectivement 9,1 % et 3,6 % ; $p < 0,001$).

Les personnes ayant au moins 5 enfants ont une prévalence d'EDM plus élevée que les autres, en particulier parmi les femmes.

Par ailleurs, le fait de ne pas avoir d'enfant n'a pas le même impact sur l'EDM selon le sexe et l'âge. Alors que pour les femmes qui n'ont pas d'enfant, l'âge n'est pas associé à la prévalence de l'EDM, les hommes de plus de 50 ans qui n'ont pas eu d'enfants présentent une prévalence plus élevée que

la moyenne (11,4 %). Notons également une prévalence particulièrement faible pour les hommes de cette classe d'âge qui ont trois ou quatre enfants (1,3 %).

Enfin, le pays de naissance ou la pratique religieuse quelle que soit la religion, ne sont pas liées à l'occurrence d'un EDM au cours des 12 derniers mois.

Situation socioéconomique

Le **tableau IV** présente les principaux indicateurs disponibles dans l'enquête du niveau et du mode de vie associés à la prévalence de l'épisode dépressif majeur, tels que la profession et la catégorie socioprofessionnelle (PCS), le niveau d'études, le revenu du ménage par unité de consommation, ou encore le statut professionnel pour ceux qui ont déclaré travailler.

La prévalence de l'EDM semble varier en proportion inverse aux revenus du foyer passant de 12,4 % chez les femmes avec

un revenu inférieur à 450 euros par mois et par unité de consommation à 5,6 % chez celles dont le revenu excède 2 500 euros par mois et par unité de consommation. Une tendance similaire se dessine chez les hommes bien que les différences soient non significatives (respectivement 3,9 % et 1,5 %). De plus, la proportion d'épisodes de dépression sévères chez les hommes est deux fois plus élevée lorsque le revenu est inférieur à 1 800 euros que chez les autres (64 % *vs* 32 %; *p* = 0,02).

En France, la question du revenu est assez sensible et le taux de non-réponse pour ce type de questions est souvent important. Cela se confirme ici, avec un taux de non-réponse (refus de répondre et « ne sait pas ») de 17 % à cette question. Cette catégorie ne semble pas se distinguer par une prévalence particulièrement élevée. Elle représente une classe assez hétérogène regroupant notamment des étudiants et des retraités.

TABLEAU IV

Prévalence de l'épisode dépressif au cours des 12 derniers mois selon la situation socioprofessionnelle, par sexe

	Hommes (n = 2 849)		Femmes (n = 3 649)		Total (n = 6 498)	
	n	%	n	%	N	%
Revenu du ménage par unité de consommation						
Moins de 450 €/mois/UC	146	3,9	243	12,4	389	8,7
450-700 €/mois/UC	238	3,0	386	9,2	624	6,5
700-1200 €/mois/UC	751	3,4	996	8,7	1 747	6,1
1200-1800 €/mois/UC	664	2,4	777	6,2	1 441	4,2
1800-2 500 €/mois/UC	380	1,7	384	5,0	764	3,2
> 2 500 €/mois/UC	291	1,5	266	5,6	557	3,3
Refus de répondre/ne sait pas	379	2,8	597	4,6	976	3,8
Différence		ns		***		***
Niveau de diplôme						
Aucun diplôme/CEP/BEPC	704	2,9	1 067	9,0	1 771	6,1
CAP/BEP	811	3,9	835	6,3	1 646	5,0
Baccalauréat	444	2,1	638	6,6	1 082	4,5
Bac + 2 (DEUG/IUT/BTS)	481	1,6	690	6,5	1 171	4,2
Bac + 4 (Licence/Maîtrise)	294	2,5	340	7,5	634	5,0
Bac + 5 et plus	109	0,4	62	3,2	171	1,3
Différence		ns		ns		ns

TABLEAU IV (SUITE)

	Hommes (n = 2 849)		Femmes (n = 3 649)		Total (n = 6 498)	
	n	%	n	%	N	%
Profession et catégorie socioprofessionnelle						
Agriculteurs exploitants	70	1,4	36	0,0	106	1,0
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	170	3,6	93	7,4	263	4,9
Cadres et professions intellectuelles supérieures	393	1,6	332	10,0	725	4,7
Professions intermédiaires	470	3,3	705	4,9	1 175	4,2
Employés	291	2,5	1 035	6,5	1 326	5,4
Ouvriers	537	3,4	218	7,0	755	4,3
Retraités	621	2,4	793	7,0	1 414	4,6
Autres personnes sans activité professionnelle	294	2,2	432	11,0	726	7,1
Différence		ns		**		ns
Niveau d'activité						
Travail exclusif	1 625	2,1	1 736	5,2	3 361	3,5
Travail avec études/formation	96	1,2	112	8,1	208	4,4
Travail avec périodes de chômage	68	4,6	96	7,6	164	6,2
Études	239	1,5	301	7,1	540	4,4
Chômage/en recherche d'emploi	121	9,3	182	14,7	303	12,3
Retraite	615	2,5	788	6,9	1 403	4,6
Au foyer/congé parental	11	12,4	339	6,9	350	7,0
Invalité/congé longue durée	58	13,6	82	36,7	140	26,6
Différence		***		***		***
Type de contrat^a						
CDI	1 329	1,9	1 492	5,7	2 821	3,7
Travailleur indépendant	195	1,0	118	5,7	313	2,6
Précaire (CDD, intérim, vacation)	162	4,2	235	4,8	397	4,5
Différence		ns		ns		ns
Temps de travail^a						
Temps plein	1 648	2,0	1 432	5,4	3 080	3,4
Temps partiel	127	3,3	506	6,2	633	5,5
Différence		ns		ns		*

Les prévalences sont calculées à partir de l'échantillon redressé par sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle et grande région de la population française. Les effectifs présentés sont les effectifs non redressés.

a. Parmi ceux qui ont déclaré avoir une activité professionnelle.

Lecture : Chez les personnes déclarant un revenu inférieur à 450€ mensuels par unité de consommation, la prévalence de l'EDM au cours des 12 derniers mois est de 8,7 % (calculée sur la base des 389 personnes déclarant ce niveau de revenus). Elle est de 3,9 % chez les hommes et de 12,4 % chez les femmes.

Par ailleurs, la prévalence de l'EDM semble plus faible lorsque le niveau de diplôme est très élevé avec plus de quatre années d'études après le baccalauréat, mais les différences ne sont pas significatives ($p = 0,06$). Parmi ceux qui ont eu un EDM au cours des 12 derniers mois, la sévérité des épisodes n'est pas liée au niveau de diplôme.

La PCS peut refléter un niveau de vie, mais aussi un mode de vie et des caractéristiques culturelles. Les agriculteurs, hommes et femmes, ont un niveau de prévalence d'EDM faible. En ce qui concerne les hommes, les cadres sont moins touchés que les autres catégories ; en revanche, les femmes cadres ont une des prévalences les plus élevées (10,0 %).

Enfin, quel que soit le sexe, les personnes les plus touchées par la dépression sont les personnes sans activité professionnelle (7,1 %) et les chômeurs (12,3 %). Dans la catégorie qui regroupe les personnes invalides ou en congé longue durée, l'EDM a concerné plus d'une personne sur quatre au cours des 12 derniers mois. Par ailleurs, c'est dans cette catégorie que l'on retrouve plus d'EDM sévères (78 % d'épisodes sévères contre 49 % en moyenne pour les autres catégories).

Lorsque l'on étudie la population des chômeurs et des demandeurs d'emploi, qui présente un taux particulièrement élevé d'EDM, on constate que la durée de chômage semble être le principal facteur associé à la prévalence ; elle est deux fois plus élevée chez les chômeurs de longue durée (supérieure à 2 ans) que chez ceux qui sont au chômage depuis moins longtemps (17,8 % vs 8,0 % ; $p = 0,006$). Cette différence est plus marquée chez les hommes (respectivement 19,1 % et 6,3 % ; $p = 0,03$) que chez les femmes (respectivement 16,8 et 9,4 ; ns).

Enfin, dans la population des personnes en activité professionnelle, les hommes qui ont un statut d'emploi précaire (CDD, intérim ou vacataires) ont une prévalence d'EDM plus élevée (4,2 %) que ceux qui ont un emploi à durée indéterminée (1,9 %) ou qui travaillent pour leur propre compte (1,0 %) mais cette différence n'est pas significative, en raison probablement de l'effectif restreint de ce sous-échantillon. Le travail à temps partiel semble lui aussi associé à une prévalence plus élevée que le travail à temps plein, en particulier pour les hommes.

Protection sociale et aides sociales

La protection sociale est garantie à tous ceux qui résident en France, soit par l'intermédiaire de l'assurance maladie (cotisa-

tion professionnelle, ayant droit d'un autre assuré social), soit par la couverture maladie universelle (CMU) pour les personnes n'ayant pas droit à l'assurance maladie à un autre titre. De plus, la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) accordée sous conditions de ressources permet d'avoir une complémentaire santé gratuite. L'Aide médicale de l'État (AME) vise à permettre l'accès aux soins des personnes étrangères résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois, mais qui sont en situation irrégulière. L'AME est aussi accordée sous conditions de ressources.

L'affiliation à une mutuelle complémentaire n'est pas obligatoire, 8 % ($n = 530$) de l'échantillon ont déclaré ne pas avoir de mutuelle.

Les personnes protégées par la CMU/CMUC ou l'AME sont celles qui connaissent les situations sociales les plus précaires et qui ont une prévalence élevée d'EDM [tableau V].

Les aides sociales s'adressent à des personnes se trouvant dans différentes situations. Certaines aides concernant la famille, notamment les allocations familiales ou les aides pour les gardes d'enfants (à domicile ou par une assistante maternelle) peuvent être perçues par toutes les catégories sociales indépendamment des revenus tandis que d'autres allocations (parent isolé, complément familial...) sont soumises à des conditions de ressources.

Les aides au logement (APL, ALS...) s'adressent à des personnes qui ont des bas revenus et sont attribuées proportionnellement au niveau de revenus.

Les autres types d'aides sont plus spécifiques des populations précaires ou en difficulté. L'allocation chômage/réinsertion concerne les différentes aides allouées aux personnes au chômage et/ou en insertion (ex. les Assédic, le RMI, l'allocation solidarité spécifique). Les allocations handicap/

invalidité regroupent ici les allocations qui peuvent être perçues par la personne elle-même (ex. allocation adulte handicapé) ou pour un enfant handicapé (ex. allocation d'éducation spéciale). Les allocations de solidarité aux personnes âgées sont versées à des populations aux revenus les plus faibles afin de leur garantir un revenu minimum (environ 600 euros/mois).

Ainsi, la notion de perception d'une aide (logement, chômage, invalidité...) reflète des situations particulièrement difficiles pour les

personnes tributaires de ces aides (précarité financière, accès aux soins, isolement...).

Les regroupements des différentes allocations sont présentés dans le **tableau VI**. Certaines allocations ne sont pas exclusives, aussi les 5 types d'allocations ont été étudiés séparément.

L'analyse a été effectuée en comparant la prévalence d'EDM chez les personnes recevant un certain type d'allocation avec celle du reste de l'échantillon qui ne perçoit pas l'aide concernée.

TABEAU V

Prévalence de l'épisode dépressif majeur au cours des 12 derniers mois selon le type de protection sociale, par sexe

	Hommes (n = 2 849)		Femmes (n = 3 649)		Total (n = 6 498)	
	n	%	n	%	n	%
Sécurité sociale et mutuelle	2 386	2,6	3 187	7,1	5 573	4,9
Sécurité sociale seule	270	2,0	260	3,7	530	2,8
CMU, CMUC, AME	129	5,9	133	16,7	262	10,7
Différence		ns		***		***

Les prévalences sont calculées à partir de l'échantillon redressé par sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle et grande région de la population française. Les effectifs présentés sont les effectifs non redressés.

Lecture : chez les personnes déclarant avoir la sécurité sociale et une mutuelle, la prévalence de l'EDM au cours des 12 derniers mois est de 4,9 % (calculée sur la base des 5 573 personnes déclarant ce niveau de protection sociale). Elle est de 2,6 % chez les hommes et de 7,1 % chez les femmes.

TABEAU VI

Prévalence de l'épisode dépressif majeur au cours des 12 derniers mois selon les allocations perçues^a, par sexe

	Hommes		Femmes		Total	
	n	%	n	%	n	%
Familiales	310	1,5	682	6,7	992	4,8
Logement	110	4,7	224	10,3	334	8,3**
Chômage/insertion	151	10,8***	208	9,8	359	10,3***
Handicap/invalidité	46	5,1	45	40,1***	91	21,5***
Vieillesse/veuvage	13	14,4*	14	27,2*	27	19,7**

Les prévalences sont calculées à partir de l'échantillon redressé par sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle et grande région de la population française. Les effectifs présentés sont les effectifs non redressés.

a. Catégories non exclusives, analyse pour chaque type d'aide (perçue vs non perçue).

Lecture : les personnes déclarant recevoir des allocations familiales sont au nombre de 992 (310 hommes et 682 femmes). Parmi les 992 personnes recevant des allocations familiales, la prévalence de l'EDM au cours des 12 derniers mois est de 4,8 %.

On ne constate pas d'association entre le fait d'avoir une allocation familiale et de présenter un EDM.

En revanche, la prévalence de l'EDM semble plus élevée chez les bénéficiaires d'une allocation logement que chez les non-bénéficiaires (8,3 % vs 4,8 % ; $p < 0,01$).

Les personnes au chômage ou en insertion tributaires des Assedic, du RMI ou de l'allocation solidarité spécifique (témoignant ainsi d'une précarité plus aiguë) ont une prévalence d'EDM de 10,3 % contre 4,7 % chez ceux qui ne perçoivent pas ces aides ; $p < 0,001$.

Les personnes ayant un handicap et/ou en situation d'invalidité déclarant recevoir une allocation ont une prévalence d'EDM très élevée, en particulier en ce qui concerne les femmes (40,1 % vs 6,8 % ; $p < 0,001$).

Enfin, peu de personnes reçoivent une allocation de solidarité aux personnes âgées ou une allocation veuvage mais chez celles-ci, la prévalence d'EDM est plus importante (19,7 %) que chez les autres personnes de la même tranche d'âge (5,2 %) ; $p < 0,01$.

ÉTUDE DES FACTEURS ASSOCIÉS À L'ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR DANS LES SOUS-GROUPES DE POPULATION

L'analyse descriptive effectuée sur l'ensemble de la population a permis de mettre en évidence des facteurs potentiellement associés à l'épisode dépressif majeur. Nous allons maintenant tenter d'en déduire des profils de populations vulnérables. Les variables sociodémographiques étudiées représentent pour la plupart des indicateurs indirects de conditions plus ou moins favorables. Même si elles permettent d'observer certains écarts entre les différents groupes de populations quant à leur probabilité d'être touché par un tel problème de santé, il n'est en aucun cas envisageable de déduire un lien de cause à effet dans ce type d'étude. Par ailleurs, la liste des facteurs pris

en compte n'est pas exhaustive, et certaines associations pourraient être dues à des facteurs de confusion non mesurés dans l'étude.

Pour effectuer l'étude des profils, nous avons choisi de distinguer trois sous-groupes de populations selon leur classe d'âge, représentant trois groupes socio-économiques aux comportements et caractéristiques différents. S'agissant de modélisation, et malgré la différence constante de prévalence selon le sexe, ces analyses n'ont été stratifiées selon cette variable que si elle semblait justifiée, c'est-à-dire, si la nature de l'association observée était très différente selon le sexe. Dans le cas contraire, l'analyse était effectuée sur l'ensemble du sous-groupe pour assurer une puissance statistique plus importante à l'étude.

L'épisode dépressif majeur chez les adultes de 25-54 ans

La population des 25-54 ans ($n = 3\,683$) mène majoritairement une vie de famille avec des enfants (62 %) et vit en couple dans environ huit cas sur dix [tableau I]. Il s'agit de personnes qui, pour la plupart, exercent une activité professionnelle (82 %). La proportion de chômeurs/chercheurs d'emploi dans cette population est de 6 % et cette situation est durable (durée supérieure à 2 ans) dans 27 % des cas.

Les adultes de 25 à 54 ans représentent le sous-groupe de population le plus touché par les épisodes dépressifs majeurs. Au cours de la vie, l'EDM a concerné 19,9 % [IC à 95 % : 18,5 %-21,4 %] des répondants de cette tranche d'âge et 5,3 % [4,5 %-6,1 %] au cours des 12 derniers mois.

La recherche des facteurs associés à la survenue d'un EDM dans cette classe d'âge au cours des 12 derniers mois a été effectuée en deux temps.

Dans un premier temps, le lien statistique entre chacune des variables sociodémogra-

phiques et la survenue d'un EDM au cours des 12 derniers mois a été recherché par une analyse univariée. La prévalence de l'EDM dans chacun de ces sous-échantillons ainsi que les odds ratio mesurant le degré de l'association entre chacune des variables et l'EDM sont présentés dans le **tableau VII**. Les variables étudiées sont les suivantes :

- le sexe ;
- l'âge (25-44 ans, 45-54 ans) ;
- le statut matrimonial (vie maritale, célibataire, veuf, divorcé) ;
- la situation familiale (vivre avec conjoint, vivre seul, vivre avec les parents ou avec d'autres adultes, vivre avec enfants sans conjoint) ;
- avoir 5 enfants ou plus ;
- le niveau de diplôme (aucun diplôme, CAP/BEP, de Bac à Bac + 4, Bac + 5 et plus) ;

- le niveau de revenus par mois et par unité de consommation (moins de 450 euros, 450 à 700 euros, 700 à 1 200 euros, 1 200 à 1 800 euros, 1 800 à 2 500 euros, supérieur à 2 500 euros et « refus de répondre ») ;
- la situation professionnelle (activité professionnelle ou études, chômage, personnes au foyer ou retraite¹, invalidité)².

Dans un deuxième temps, l'ensemble des variables a été intégré dans un modèle de régression multivariée. Une procédure de sélection pas à pas descendante a permis de ne conserver que celles dont l'association

1. Bien que les situations ne soient pas similaires, nous avons choisi de regrouper les personnes au foyer et les retraités, car ces derniers étaient peu nombreux dans cette classe d'âge (n = 27).

2. La profession et catégorie socioprofessionnelle n'est pas présentée dans le tableau, car, dans cette analyse, elle n'apporte pas plus d'information que la situation professionnelle.

TABLEAU VII

Facteurs associés à l'épisode dépressif majeur des 12 derniers mois chez les 25-54 ans (n = 3 683)

	n	Prévalence EDM « 12 mois » %	Odds ratios bruts (analyse univariée)		Odds ratios ajustés (analyse multivariée)	
			OR	IC 95 %	ORa	IC 95 %
Sexe						
Hommes (référence)	1 612	2,9	1		1	
Femmes	2 071	7,4	2,6	1,8 ; 3,8	2,6	1,8 ; 3,5
Classes d'âge						
25-44 ans (référence)	2 482	4,8	1			
45-54 ans	1 201	6,1	1,3	0,9 ; 1,8	–	
Statut matrimonial						
Vie maritale (référence)	4 260	4,3	1		1	
Célibataire	1 218	9,8	2,4	1,6 ; 3,5	2,4	1,7 ; 3,4
Divorcé(e)	365	8,4	2,0	1,3 ; 3,2	2,3	1,5 ; 3,4
Veuf (ve)	645	7,4	1,8	0,6 ; 5,5	1,5	0,5 ; 4,3
Situation familiale						
Vit avec conjoint (référence)	2 612	4,5	1			
Vit seul	606	9,0	2,1	1,5 ; 3,0	–	
Vit avec enfants sans conjoint	276	8,3	1,6	1,0 ; 2,7	–	
Vit avec personnes autres que conjoint ou enfant	182	6,8	1,8	0,9 ; 3,5	–	
Avoir 5 enfants ou plus						
Non (référence)	3 645	5,0	1		1	
Oui	30	23,0	5,6	2,0 ; 16,1	3,3	1,1 ; 8,1

TABLEAU VII (SUITE)

		Prévalence EDM « 12 mois »	Odds ratios bruts (analyse univariée)		Odds ratios ajustés (analyse multivariée)	
	n	%	OR	IC 95 %	ORa	IC 95 %
Situation professionnelle						
Actif (Travail/études) (référence)	2 990	3,6	1		1	
Alternance travail/chômage	118	7,4	2,2	1,1 ; 4,5	1,8	0,8 ; 3,9
Chômage/en recherche d'emploi	204	13,5	4,4	2,7 ; 7,2	3,1	1,9 ; 5,1
Retraite/au foyer/congé parental	267	7,8	2,3	1,3 ; 4,0	1,7	1,0 ; 2,9
Invalidité/congé longue durée	86	32,5	12,9	7,2 ; 23,3	8,7	5,2 ; 14,6
Durée du chômage*						
Moins de 2 ans (référence)	222	9,2	1		1	
Plus de 2 ans	90	21,6	2,7	1,3 ; 5,8	1,9	0,9 ; 3,9
Niveau de diplôme						
Aucun diplôme/CEP/BEPC (référence)	560	7,9	1			
CAP/BEP	1 035	5,2	0,6	0,4 ; 1,0	–	
Bac à Bac + 4	1 698	4,9	0,6	0,4 ; 0,9	–	
Bac + 5 et plus	382	3,1	0,3	0,2 ; 0,8	–	
Revenus par unité de consommation						
Moins de 450€/mois/UC	170	13,6	3,8	2,2 ; 6,5	–	
450-700 €/mois/UC	355	6,3	1,6	1,0 ; 2,8		
700-1200 €/mois/UC	1 116	6,8	1,5	1,0 ; 2,2	–	
1200-1800 €/mois/UC (référence)	842	3,8	1		–	
1800-2 500 €/mois/UC	566	2,6	0,8	0,5 ; 1,4	–	
> 2 500 €/mois/UC	288	3,1	0,7	0,3 ; 1,4		
Refus de répondre/ne sait pas	346	4,4	1,0	0,5 ; 1,8	–	

Les prévalences sont calculées à partir de l'échantillon redressé par sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle et grande région de la population française. Les effectifs présentés sont les effectifs non redressés.

* L'Odds ratio associé à une longue durée de chômage représente l'augmentation du risque chez les chômeurs/chercheurs d'emploi et personnes en alternance travail/chômage. Il s'agit d'un effet embôité, c'est-à-dire qu'il est estimé par une multiplication moyenne du risque pour tous les chômeurs, puis parmi eux, un risque additionnel pour ceux dont la durée de chômage est supérieure à 2 ans.

Lecture : chez les hommes, la prévalence de l'EDM au cours des 12 derniers mois est de 2,9 % et elle est de 7,4 % chez les femmes avec un Odds ratio brut de 2,6 ; après ajustement sur les autres variables du tableau, l'OR ajusté est de 2,6 (toutes choses égales par ailleurs, le risque de survenue d'un EDM chez les femmes est 2,6 fois plus important que chez les hommes).

avec l'EDM reste significative, en contrôlant l'effet de toutes les autres variables. Les odds ratios ajustés (ORa) sont présentés dans le **tableau VII**. Ils représentent le lien statistique qui existe entre chacune des variables et la survenue de l'EDM au cours des 12 derniers mois, indépendamment des autres variables étudiées.

L'analyse univariée des principaux facteurs associés à la survenue de l'EDM au cours des 12 derniers mois montre que le fait de vivre sans conjoint, que ce soit vivre seul ou avec des enfants, est associé à un risque

plus important d'EDM par rapport au fait de vivre avec un conjoint. D'autre part, être célibataire ou divorcé quand on a entre 25 et 54 ans multiplie par 2 le risque de présenter un EDM par rapport au fait d'être marié ou d'avoir une vie maritale.

Les femmes ont un risque statistique supérieur d'avoir déclaré un EDM au cours des 12 derniers mois. En revanche, aucune différence significative dans la prévalence n'a été retrouvée entre les 25-44 ans et les 45-54 ans. Le fait d'avoir un nombre élevé d'enfant (plus de 5) augmente statistique-

ment le risque d'avoir un EDM au cours des 12 derniers mois.

La situation professionnelle est un élément important pour la santé mentale. Un gradient ascendant semble exister dans la prévalence de l'EDM des populations ayant une activité professionnelle, à celles ayant des périodes d'alternance de travail et de chômage, celles étant à la retraite ou au foyer, celles au chômage, jusqu'à celles inactives pour cause d'invalidité. Le chômage est un facteur majeur, associé à 4 fois le risque d'avoir un EDM. De la même manière, les autres modalités de cessation d'activité professionnelle, et particulièrement l'invalidité et les arrêts de longue durée (souvent dus à des maladies chroniques dont des maladies psychiatriques) sont aussi associées à une prévalence fortement augmentée. Le fait d'être au foyer est associé à un risque accru d'EDM par rapport au fait d'être actif. L'alternance emploi/chômage semble être aussi un facteur de risque.

Chez les chômeurs, il semble que la durée de la période de chômage soit associée à un risque plus élevé, avec une prévalence 2 fois plus importante lorsque cette durée dépasse 2 ans.

Enfin, le niveau de diplômes et le niveau des ressources financières du foyer sont associés en analyse univariée à l'épisode dépressif majeur. Plus le niveau de diplômes ou de revenu par unité de consommation est élevé, plus faible est la prévalence.

Dans l'analyse multivariée, l'association entre la survenue d'un EDM et la majorité des variables introduites dans le modèle est maintenue sauf pour la situation familiale, le niveau de diplômes et le revenu par unité de consommation. On peut penser que l'effet observé initialement pour ces variables était dû à un facteur de confusion, c'est-à-dire que cet effet existait par l'intermédiaire d'une autre variable du modèle.

Le statut matrimonial et la situation familiale sont en fait fortement liées

entre elles (Test du χ^2 : $p < 0,0001$) et leur association avec l'EDM semble être de même nature, ce qui peut expliquer la disparition de la situation familiale après ajustement sur le statut matrimonial. De la même façon, l'association entre niveau de diplômes, situation professionnelle et niveau de revenu est très forte, ce qui peut expliquer en partie la disparition de l'effet du niveau de diplôme et niveau de revenu après ajustement sur la situation professionnelle.

Le niveau de revenu du ménage par unité de consommation n'est plus associé à l'EDM. On peut penser que les personnes à très faible niveau de revenu sont aussi plus souvent dans une situation précaire ; de fait, plus de la moitié de ces personnes ont déclaré être au chômage ou en invalidité contre environ 8 % dans le reste de la population. La disparition de l'effet « niveau de revenu » pourrait être en partie due à l'ajustement sur le niveau d'activité.

Au total, en plus du sexe dont l'effet est bien connu et documenté, les principaux facteurs qui semblent associés de façon indépendante à la dépression sont le statut matrimonial, le fait d'avoir de nombreux enfants et la situation professionnelle.

Les principaux items statistiquement associés à l'EDM au cours des 12 derniers mois sont dans notre étude, les femmes, les célibataires ou divorcées, les personnes vivant seules ou avec leurs enfants, celles qui ont une activité professionnelle plutôt instable, en particulier celles qui sont au chômage.

L'épisode dépressif majeur chez les 15-24 ans

Le sous-échantillon des 15-24 ans est différent de celui des adultes puisqu'il s'agit ici surtout d'étudiants (68 %) dont 11 % ont aussi une activité professionnelle parallèle, des personnes vivant majoritairement chez leurs parents (78 %), des célibataires (83 %),

et des personnes n'ayant que très rarement des enfants [tableau I].

Dans ce sous-échantillon de 800 individus représentant 17 % de la population enquêtée, la prévalence de l'EDM³ est estimée à 12,5 % [10,2 % ; 15,2 %], et celle des 12 derniers mois à 4,1 % [2,9 % ; 5,8 %], c'est-à-dire une prévalence légèrement moins élevée que dans les classes d'âge supérieures mais sans différence significative.

Nous avons procédé selon la même démarche pour tenter de mettre en évidence les facteurs associés à la présence d'un EDM au cours des 12 derniers mois. Toutefois, les variables retenues sont différentes, car elles dépendent du contexte spécifique de cette population.

Les variables étudiées ici sont :

- le sexe ;
- l'âge (plus ou moins 20 ans) ;
- le statut matrimonial (célibataire ou vie maritale)³ ;
- la situation familiale (vit chez les parents, vit seul ou avec d'autres, vit en couple) ;
- avoir ou non des enfants ;
- la situation professionnelle (études, travail ou inactivité).

Le niveau du diplôme et le niveau de revenu n'ont pas été utilisés dans cette analyse, car la majorité des jeunes de cette classe d'âge sont en cours d'études et n'ont pas encore obtenu leur diplôme définitif. De même, pour cette tranche d'âge, le niveau de revenus correspond vraisemblablement à celui des parents, ce qui pose un problème de fiabilité dans la réponse. De plus, le taux de non-réponses pour cette variable atteint 37 %.

La prévalence de l'EDM au cours des 12 derniers mois ainsi que les odds ratios mesurant l'association entre variables sociodémographiques et épisode dépressif majeur au cours des 12 derniers mois chez les 15-24 ans sont présentés dans le **tableau VIII**.

Parmi les variables étudiées, seuls le sexe et la situation professionnelle ont été

retrouvés associés à la survenue d'un EDM dans cette tranche d'âge.

Les femmes ont 4 fois plus de risque d'avoir eu un EDM dans l'année.

La situation professionnelle est aussi un facteur qui semble avoir un poids important pour caractériser les personnes ayant déclaré présenter un EDM au cours des 12 derniers mois. Dans l'analyse univariée, les inactifs (regroupant essentiellement les chômeurs et les jeunes alternant travail et chômage) et les étudiants (incluant ceux qui travaillent en plus de leurs études) semblent plus à risque que ceux qui ont un travail stable.

La classe d'âge peut représenter un important facteur de confusion dans la mesure où la situation professionnelle en dépend fortement, avec 91,3 % des 15-19 ans qui font encore des études contre seulement 42,3 % des 20-24 ans. Malgré tout, l'effet de la situation professionnelle reste important dans l'analyse multivariée, c'est-à-dire en ajustant sur l'âge mais aussi le sexe.

Dans cet échantillon, la classe d'âge, le statut matrimonial, le fait d'avoir des enfants et la situation familiale ne semblent pas être associés de façon significative à la survenue d'EDM.

Pour cette classe d'âge, les associations mesurées sont statistiquement fragiles et il est donc difficile de caractériser un profil particulier. Outre le manque de puissance statistique du fait d'observations basées sur un nombre de cas assez réduit, on peut penser que dans cette tranche d'âge, il existe une plus grande hétérogénéité allant du collégien de 15 ans à la personne de 24 ans en activité professionnelle, ce qui conduit à rendre plus difficile la mise en évidence d'associations. Néanmoins, comme pour la tranche d'âge des 25-54 ans, la survenue d'un EDM au cours des 12 derniers mois semble être statistiquement liée de façon

3. Dans l'échantillon de cette classe d'âge, il n'y a qu'un seul sujet ayant déclaré être divorcé et il n'y a pas de veuf.

TABLEAU VIII

Facteurs associés à l'épisode dépressif majeur des 12 derniers mois chez les 15-24 ans (n = 800)

		Prévalence EDM « 12 mois »	Odds ratios bruts (analyse univariée)		Odds ratios ajustés (analyse multivariée)	
	n	%	OR	IC 95 %	ORa	IC 95 %
Sexe						
Hommes (référence)	378	1,7	1		1	
Femmes	422	6,8	4,2	1,8 ; 9,7	4,3	1,8 ; 9,7
Classes d'âge						
15-19 ans (référence)	440	5,1	1		1	
20-24 ans	360	3,1	0,6	0,3 ; 1,1	0,6	0,3 ; 1,3
Statut matrimonial						
Vie maritale (référence)	283	2,5	1		–	
Célibataire	517	4,4	1,7	0,6 ; 4,8		
Situation familiale						
Vit avec conjoint (référence)	203	2,1	1		–	
Vit avec parents	570	4,3	2,1	0,6 ; 6,9		
Vit seul/avec autres (amis, colocataires)	27	5,9	1,7	0,4 ; 7,5		
Enfants						
Non (référence)	769	4,2	1		–	
Oui	31	2,7	0,7	0,1 ; 5,0		
Situation professionnelle						
Travail (référence)	163	0,8	1		1	
Études	545	4,6	4,5	1,1 ; 19,2	3,1	0,7 ; 14,4
Inactivité	87	6,8	7,0	1,4 ; 34,7	6,1	1,2 ; 30,3

Les prévalences sont calculées à partir de l'échantillon redressé par sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle et grande région de la population française. Les effectifs présentés sont les effectifs non redressés.

Lecture : chez les hommes, la prévalence de l'EDM au cours des 12 derniers mois est de 1,7 % et elle est de 6,8 % chez les femmes avec un odds ratio brut de 4,2 ; après ajustement sur les autres variables du tableau, l'OR ajusté est de 4,3 (à caractéristiques sociodémographiques comparables, le risque de survenue d'un EDM chez les femmes est 4,3 fois plus important que chez les hommes).

importante et indépendante à une absence d'activité professionnelle sans pouvoir en déduire le sens de l'éventuel lien de cause à effet.

L'épisode dépressif majeur chez les 55-75 ans

Nous nous intéressons maintenant au problème de la dépression chez les plus âgés, souvent retraités ou en fin de carrière professionnelle. L'étude de la situation professionnelle est faite séparément pour les 55-64 ans et les 65-75 ans, le chômage est plus rare que chez les plus jeunes (respectivement 2,4 %

contre 9 % chez les moins de 25 ans et 5,7 % chez les 25-54 ans). Dans environ un cas sur cinq, les personnes déclarent vivre seules. Dans 90 % des cas, elles ont des enfants mais seulement environ 15 % déclarent encore vivre avec leurs enfants. Les revenus pour cette tranche d'âge sont légèrement moins élevés que ceux des 25-54 ans et on en compte 5,3 % ayant un revenu inférieur à 450 euros par mois et par unité de consommation. La question du diplôme revêt aussi un caractère différent puisque 43,3 % n'ont aucun diplôme ou ont pour seul diplôme le Certificat d'études primaires ou le Brevet des collèges [tableau I].

Dans cette population de 2 015 individus de 55 ans et plus représentant 31 % de l'échantillon total, la prévalence d'un épisode dépressif majeur au cours de la vie est estimée à 16,8 % [15,2 %-18,7 %] et celle au cours des 12 derniers mois à 4,9 % [4,0 %-6,0 %].

Les variables étudiées en lien avec l'épisode dépressif majeur au cours des 12 derniers mois sont :

- le sexe ;
- l'âge (55-64 ans, 65-75 ans) ;
- le statut matrimonial (vie maritale, célibataire, veuf, divorcé) ;
- la situation familiale (vit seul ou avec d'autres, vit en couple) ;
- avoir ou non des enfants ;
- le niveau d'études ;
- la situation professionnelle (études, travail, inactivité) ;
- le niveau de revenus par unité de consommation (moins de 450 euros, 450 à 700 euros, 700 à 1 800 euros, plus de 1 800 euros et « refus de répondre »).

Les odds-ratios sont estimés, toujours selon la même méthode, par régression logistique, d'abord les variables une à une, puis regroupées dans une analyse multivariée où ne sont finalement conservées que celles qui restent significatives après une procédure de sélection pas à pas descendante. Les résultats de l'analyse multivariée ne sont pas présentés ici car ils n'apportent pas d'informations supplémentaires à l'analyse univariée.

Cette analyse effectuée d'abord sur l'ensemble de la population montre que les facteurs associés à l'épisode dépressif majeur au cours des 12 derniers mois chez les plus de 55 ans sont principalement le sexe et le fait de vivre seul. Cependant, une étude plus approfondie montre qu'il existe des niveaux d'association différents selon le sexe, ce qui a conduit à réaliser une analyse par sexe [tableau IX]. En effet, en analyse univariée, le fait d'être céliba-

taire pour un homme de cette classe d'âge semble être plus souvent associé à un EDM alors que pour la femme c'est plutôt le fait d'être divorcée ou veuve qui est associé à un risque accru de connaître un EDM au cours des 12 derniers mois. Le fait de ne pas avoir d'enfant pour un homme est lié à la survenue d'un EDM alors que pour la femme, celle-ci est associée au fait d'avoir 5 enfants ou plus.

Chez les hommes de cette classe d'âge, la prévalence de l'EDM au cours des 12 derniers mois est de 2,8 %. Le fait de vivre seul apparaît comme le principal facteur associé à la dépression. En effet, les hommes qui vivent avec un conjoint ont 3 fois moins de risque d'avoir un épisode dépressif majeur que ceux qui vivent sans conjoint. Les célibataires sont aussi ceux qui présentent le plus souvent un EDM. Le fait d'avoir des enfants est, pour eux, un facteur protecteur, en comparaison à ceux qui n'en ont pas. Le niveau d'études, la situation professionnelle et le niveau de revenus ne sont, en revanche, pas des facteurs entrant en ligne de compte dans l'EDM.

Chez les femmes, la prévalence de l'EDM au cours des 12 derniers mois est de 7 %. Le schéma semble différent et des facteurs autres que le fait de vivre sans conjoint peuvent être impliqués. Le divorce et le veuvage sont associés à une augmentation de la prévalence, mais pas le célibat, contrairement à ce qui est observé chez les hommes. Par ailleurs, le fait d'avoir des enfants est globalement un facteur de risque ; plus particulièrement le fait d'en avoir plusieurs (au moins cinq dans cette étude) est associé à un risque trois fois plus important d'EDM, par rapport aux femmes n'ayant pas eu d'enfants. Enfin, il existe une différence de risque entre les femmes déclarant moins de 450 euros mensuels par UC et les plus aisées (>1 800 euros/UC) alors qu'aucun lien avec le revenu n'a pu être mis en évidence chez les hommes.

TABLEAU IX

Facteurs associés à l'épisode dépressif majeur des 12 derniers mois chez les 55 ans et plus (n = 2 015)

	Hommes (n = 859)			Femmes (n = 1156)		
	Prévalence EDM « 12 mois » (%)	OR bruts	IC 95 %	Prévalence EDM « 12 mois » (%)	OR bruts	IC 95 %
Classes d'âge						
55-64 ans (référence)	3,1	1		7,2	1	
65-75 ans	2,6	1,0	0,4 ; 2,3	6,7	0,9	0,6 ; 1,4
Statut matrimonial						
Vie maritale (référence)	2,2	1		5,5	1	
Célibataire	10,9	4,5	1,5 ; 13,3	6,6	1,3	0,5 ; 3,0
Divorcé(e)	5,3	2,1	0,8 ; 10,3	10,1	1,7	1,0 ; 2,9
Veuf (ve)	3,6	2,0	0,6 ; 6,2	10,5	1,9	1,1 ; 3,4
Situation familiale						
Avec conjoint (référence)	2,2	1		5,4	1	
Sans conjoint	6,2	2,9	1,3 ; 6,7	10,1	1,8	1,2 ; 2,8
Enfants						
Aucun (référence)	10,1	1		3,6	1	
1-4	2,2	0,3	0,1 ; 0,7	6,7	1,6	0,7 ; 3,7
5 et plus	0,0			13,8	3,2	1,1 ; 8,8
Niveau d'études						
< Bac (référence)	2,5	1		7,2	1	
≥ Bac	3,3	1,4	0,6 ; 3,1	6,9	1,1	0,7 ; 1,7
Activité						
Retraite (référence)	2,4	1		7,2	1	
Travail	4,1	1,3	0,6 ; 3,2	5,5	0,9	0,5 ; 1,5
Autre inactivité	3,3	–		7,8	1,4	0,7 ; 2,6
Niveau de revenus par unité de consommation						
Moins de 450€/mois/UC	1,2	1		13,2	1	
450-700 €/mois/UC	6,2	1,8	0,2 ; 17,6	6,4	0,3	0,1 ; 1,0
700-1800 €/mois/UC	1,5	0,9	0,1 ; 7,4	8,8	0,6	0,3 ; 1,2
> 1800 €/mois/UC	1,8	1,0	0,1 ; 8,9	4,9	0,4	0,2 ; 0,9
NSP/Refus	2,5	1,7	0,2 ; 14,7	3,3	0,3	0,1 ; 0,6

Les prévalences sont calculées à partir de l'échantillon redressé par sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle et grande région de la population française. Les effectifs présentés sont les effectifs non redressés.

Lecture : chez les hommes de 55 à 64 ans, la prévalence de l'EDM au cours des 12 derniers mois est de 3,1 % et elle est de 2,6 % chez ceux de 65 à 75 ans avec un odds ratio brut de 1,0.

Lorsque ces variables sont intégrées dans une régression logistique multivariée, les résultats obtenus sont peu significatifs. Chez les hommes, il existe une forte interaction entre le fait de vivre seul et d'avoir des enfants. Ces facteurs sont de plus liés entre eux. Aussi, dans le modèle qui prend en compte ces deux variables, les résultats ne sont pas significatifs, bien que les deux

variables semblent rester liées à l'épisode dépressif majeur au cours des 12 derniers mois. Chez les femmes, les trois facteurs associés restent significatifs : les femmes vivant seules, celles ayant plus de 5 enfants et celles ayant des revenus inférieurs à 450 euros mensuels par UC semblent plus à risque d'avoir eu un épisode dépressif majeur au cours des 12 derniers mois.

Ici encore, les résultats de l'analyse sont plutôt fragiles, et ne permettent pas de caractériser un « profil-type ». Il semble cependant que l'entourage proche (conjoint

et enfants avec des associations qui diffèrent selon le sexe des personnes) soit le facteur le plus déterminant dans cette population.

DISCUSSION

SEXE

D'une manière générale, toutes les enquêtes concernant des troubles dépressifs (épisode dépressif, dysthymie) montrent que leur prévalence est une fois et demi à deux fois plus élevée chez les femmes [6-15]. Les données dont nous disposons confirment ce résultat pour l'EDM au cours des 12 derniers mois (7,2 % chez les femmes contre 2,7 % chez les hommes). On peut supposer que cette différence importante et plutôt stable quelle que soit l'approche par laquelle le syndrome est mesuré et quel que soit le pays, traduit une réelle différence bien que les mécanismes ne soient pas complètement élucidés. Plusieurs hypothèses ont été émises telles que la propension masculine à présenter plutôt des comportements d'externalisation (troubles de comportement, alcoolisation...) tandis que chez la femme ce sont les troubles internalisés qui seraient plus souvent présentés, une différence dans les modalités de faire face aux événements de vie, ainsi que des hypothèses biologiques et hormonales. Selon d'autres auteurs, les femmes seraient exposées à plus de stress (multiples rôles sociaux) et d'agressions, qui pourraient intervenir dans le déclenchement d'une dépression. Enfin on ne peut exclure totalement que l'expression des symptômes dépressifs par les femmes cadrerait mieux avec les questions utilisées dans le CIDI-SF et qu'elles reconnaîtraient plus volontiers ces symptômes lors d'une enquête que les hommes. En définitive, les raisons de cette différence sont multiples et il existe une intrication

de différents mécanismes psychologiques, socio-environnementaux et bio-hormonaux.

ÂGE

Bien qu'elles ne soient pas significatives, des fluctuations dans les prévalences selon les classes d'âge (3 % chez les 20-24 ans, 6 % chez les 45-54 ans et 4,6 % chez les plus de 65 ans) sont mises en évidence dans notre échantillon. Cette décroissance aux âges élevés est retrouvée dans la plupart des enquêtes réalisées dans des populations adultes qui montrent de façon constante une prévalence plus basse à partir de 60/65 ans [6-8, 11-17], sauf pour l'enquête GHS-MHS (*German National Health Interview and Examination Survey – Mental Health Supplement*) en Allemagne [10].

Dans les autres tranches d'âge, certaines études montrent une décroissance constante de la prévalence avec l'âge [6, 11, 15] tandis que d'autres montrent des fluctuations de prévalence selon la classe d'âge avec des pics de prévalence dans les âges intermédiaires entre 35-50 ans [8, 12, 16, 18]. Par ailleurs, l'analyse de la partie française d'ESEMeD (*European Study of Epidemiology of Mental Disorders*) trouve la même allure de la courbe que dans notre étude, à savoir une prévalence élevée chez les plus jeunes suivie d'une diminution de la prévalence et un nouveau pic à 50-64 ans avant une baisse chez les 65 ans et plus [13], mais les données dont nous disposons pour cette enquête ne nous permettent pas de vérifier si la prévalence élevée chez les plus jeunes est attribuable à une prévalence parti-

culièrement élevée chez les filles de cet âge comme ce que nous avons retrouvé dans notre étude. Si ces données sont confirmées, des études complémentaires devront être faites pour analyser et comprendre les raisons de la survenue de la dépression chez les jeunes filles.

Il est à noter que dans le cadre de ce chapitre, seul l'effet « âge » a été étudié sans prendre en compte l'effet « génération » et l'effet « période ».

LIEU DE RÉSIDENCE

Alors que certaines études en Europe (NEMESIS (*Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study*) [8], le *National Psychiatric Morbidity Surveys of Great Britain* [19], ainsi qu'aux États-Unis [11] et au Canada [15] ont pu mettre en évidence une prévalence de la dépression d'environ un tiers moins élevée en milieu rural qu'en milieu urbain, ces résultats n'ont pas été confirmés en Australie [7] et en Finlande [4]. L'étude ESEMeD [6] montre qu'après ajustement sur le statut marital et l'âge, aucune différence dans les prévalences de troubles dépressifs n'est retrouvée selon la taille de la commune de résidence (dichotomisée en plus ou moins 10 000 habitants) [20]. L'étude ODIN (*European Outcome of Depression International Network*) menée dans plusieurs pays d'Europe afin de comparer les prévalences urbaines et rurales a obtenu des résultats variables selon les pays. En Angleterre et en Irlande, les prévalences urbaines étaient deux à trois fois supérieures aux prévalences rurales tandis qu'en Norvège et en Finlande, elles n'étaient pas différentes selon le milieu. De plus, les prévalences dans les sites ruraux de l'enquête étaient relativement homogènes (entre 6,5 % et 9,3 %) alors que celles en milieu urbain s'étendaient de 2,6 % à 17,1 %, faisant dire aux auteurs que cette distribution uniforme des troubles dépressifs en

milieu rural était peut-être simplement le reflet d'une distribution similaire des facteurs socioéconomiques [21].

Les données dont nous disposons ne permettent pas de conclure quant à l'association entre l'EDM et la taille de la commune de résidence, puisque la prévalence des individus résidant dans des communes rurales ne semble pas différente de celle des personnes vivant dans des agglomérations plus importantes ou plus urbaines. On notera cependant que les prévalences les plus élevées étaient retrouvées chez des personnes vivant dans des communes de taille moyenne (jusqu'à 100 000 habitants). Ces résultats sont confortés par l'analyse de la partie Française d'ESEMeD qui a aussi retrouvé que la prévalence la plus élevée était celle des personnes habitant des communes de 10 000 à 100 000 habitants [13, 20].

ENVIRONNEMENT FAMILIAL

Dans notre étude, les personnes veuves ou divorcées/séparées sont celles qui présentent la prévalence la plus élevée d'EDM au cours des 12 derniers mois (respectivement 8,9 % et 8,0 % contre 6,2 % parmi les célibataires et 4,1 % parmi les personnes en couple) avec des différences plus marquées chez les femmes que chez les hommes. Lorsqu'on prend en compte l'âge et le sexe, on constate que chez les moins de 25 ans, le statut matrimonial n'est pas un facteur déterminant pour la survenue de l'EDM alors que chez les 25-54 ans, les divorcés et les célibataires présentent deux fois plus de risque de présenter un EDM que ceux qui mènent une vie maritale. Ce sur-risque chez les célibataires persiste chez les hommes plus âgés alors que chez les femmes de 55 ans et plus, c'est le divorce et le veuvage qui sont liés à la survenue de l'EDM.

Des résultats similaires sont observés dans la plupart des études internationales : les personnes divorcées ou veuves

ont une prévalence d'EDM d'environ deux fois plus élevée que celles vivant maritalement et le risque de survenue d'EDM chez les célibataires est environ une fois et demi celui des personnes vivant en couple [6, 7, 9, 10, 15, 16]. Dans les autres études françaises, les résultats sont plus complexes : l'enquête SMPG (Santé mentale en population générale), l'enquête EDS (Décennale Santé 2002-2003) [14] et le « Baromètre santé 2005 » retrouvent les mêmes tendances, mais dans cette dernière enquête les personnes remariées (après un divorce ou un veuvage) avaient un risque plus élevé d'EDM que les « mariés pour la première fois » et les célibataires [12] tandis que dans ESPS 1996-1997 (Enquête Santé et Protection Sociale) de l'Irdes, seules les femmes séparées ou divorcées avaient un risque de dépression plus importante que celles qui étaient mariées ou menaient une vie maritale, alors que pour les hommes, les prévalences n'étaient pas significativement différentes selon le statut marital [22]. Enfin, l'analyse des données françaises d'ESEMeD a retrouvé une prévalence plus élevée chez les célibataires que chez les divorcés/veufs et les personnes mariées [13].

Parallèlement au statut matrimonial, la composition de la cellule familiale a été analysée en détails. Cela nous a permis d'observer que le fait de vivre seul, ou avec des enfants sans conjoint, ou encore en dehors de la cellule familiale est associé à une prévalence plus importante d'EDM. Les quelques études qui ont intégré cette dimension dans leurs analyses ont aussi mis en évidence que le risque de présenter un EDM est le plus élevé pour les personnes élevant leurs enfants seules et celles qui vivent seules [4, 8, 16, 19, 22].

L'analyse concernant le nombre d'enfants est intéressante. À notre connaissance, ce point n'est pas souvent abordé dans les autres études. Nous avons trouvé que les femmes de 55 ans et plus ayant beaucoup

d'enfants (plus de 5 dans cette étude) avaient une prévalence plus élevée que les autres, probablement en raison des fortes contraintes et des difficultés persistantes liées à ce nombre important d'enfants. Pour les hommes, le schéma est différent, car après 55 ans, c'est le fait de ne pas avoir d'enfant qui est associé à une prévalence plus importante d'EDM, renvoyant ici au risque accru lié à la solitude. Dans la population des 30-64 ans en Finlande, Joutsenniemi n'a pas mis en évidence de lien entre les troubles dépressifs et le fait ou non d'avoir au moins un enfant ; cependant la détresse psychologique était plus importante parmi les hommes sans enfant [4].

STATUT SOCIOÉCONOMIQUE

Le statut socioéconomique est un concept reposant dans cette enquête sur trois dimensions qui sont souvent liées entre elles : la profession, le niveau de scolarité et le revenu. La profession est souvent considérée comme un indicateur de la position sociale d'un individu dans les sociétés industrielles, mais en ce qui concerne les mesures dans les enquêtes de santé, cette variable est utilement complétée par le niveau d'études qui est un reflet d'un certain niveau d'acquisition des connaissances et par le revenu qui est un déterminant important de l'accès aux soins. Bien qu'elles soient liées entre elles, ces trois dimensions présentent aussi des relations indépendantes avec la mortalité et la morbidité [23].

Notre analyse selon la situation professionnelle montre que les personnes au chômage et celles sans activité professionnelle présentent les prévalences les plus élevées tandis qu'au sein des différentes professions, bien qu'il existe des fluctuations dans les prévalences, celles-ci sont moins importantes. De même, le statut d'emploi (durée de contrat, salarié ou indépendant) et le temps de travail (temps plein ou temps partiel) montrent une

prévalence légèrement plus élevée chez ceux qui sont en situation précaire. Par ailleurs, les étudiants et les retraités ne semblent pas avoir un risque plus élevé d'EDM que les personnes qui exercent une activité professionnelle.

En accord avec ces résultats, toutes les études montrent que le chômage et l'inactivité professionnelle sont associés à un risque deux à trois fois plus élevé de dépression [6-8, 10-12, 14, 15, 22]. En ce qui concerne les personnes sans activité professionnelle alors qu'elles sont en âge de travailler, une partie d'entre elles sont dans cette situation à cause de maladies ou de handicaps, parfois d'origine psychiatrique.

Les résultats concernant les étudiants et les retraités sont moins homogènes. Dans certaines études, le risque d'EDM est plus élevé pour les retraités que pour ceux qui travaillent [8, 10] tandis que pour d'autres, les retraités ne semblent pas présenter plus de dépressions [6, 11]. En ce qui concerne les étudiants, la prévalence de dépression semble plus importante dans l'étude NCS-R et dans ESEMeD [6, 11] tandis qu'elle n'est pas significativement différente dans d'autres études [8, 10, 14].

Les deux études françaises qui ont étudié les professions donnent des résultats divergents : alors que ESPS n'a pas retrouvé de différence selon la PCS hormis les femmes cadres qui avaient une prévalence moins élevée de dépression que les autres [22], l'enquête *Santé Mentale en Population Générale* met en évidence des différences allant, chez les hommes de 3 % chez les agriculteurs à 9,5 % chez les employés et, chez les femmes, de 8 % chez les cadres à 14 % chez les ouvrières [24]. Ces deux résultats sont, de plus, contradictoires avec les nôtres qui montrent que les femmes cadres sont celles qui ont déclaré le plus souvent un EDM au cours de 12 derniers mois. L'interprétation de ces différences dans les résultats n'est pas aisée,

car elles ne peuvent pas être simplement mises sur le compte de la différence méthodologique entre ces 3 enquêtes. Une explication plausible serait que les femmes cadres répondant à un questionnaire par téléphone dans la présente enquête auraient des caractéristiques différentes de celles des autres enquêtes (volontaires dans SMPG et assurées sociales dans ESPS).

L'analyse univariée a mis en évidence un risque moins élevé d'EDM chez les individus ayant au moins le Baccalauréat par rapport à ceux qui n'ont aucun diplôme ou un diplôme inférieur au baccalauréat, mais l'effet du niveau de diplôme disparaît après ajustement sur les autres variables. Des résultats similaires ont été retrouvés aux États-Unis, en Australie et aux Pays-Bas où le fait d'avoir une scolarité d'au moins 12 ans était un facteur de protection de la dépression [7, 8, 11]. Encore une fois, les résultats des autres études françaises sont discordants : ESPS ne retrouve pas d'association entre le niveau d'étude et la dépression [22] tandis que le « Baromètre santé 2005 », SMPG et EDS mettent en évidence un risque de dépression plus important chez les personnes sans diplôme ou avec un niveau d'études primaires et un moindre risque chez celles ayant fait des études universitaires [12, 14].

Le niveau de revenu est une information délicate à recueillir avec 17 % de personnes qui ont refusé, n'ont pas su ou pas pu donner cette information. Après ajustement sur la situation professionnelle et le diplôme, les données ne permettent pas de conclure à l'existence d'un lien statistique avec l'EDM. Le recueil et le traitement de cette information sont différents dans les études mais elles s'accordent pour dire qu'un niveau de revenus important est associé à une plus faible prévalence d'EDM [9-11, 15, 25].

Une méta-analyse portant sur 56 études a montré que comparés à la classe socioéconomique la plus élevée, les individus issus des groupes socioéconomiques défavo-

risés avaient un odds-ratio de 1,8 pour une dépression. De plus, les études d'incidence ont montré que les groupes socioéconomiques défavorisés avaient 1,2 fois plus de risque d'avoir de nouveaux épisodes de dépression et qu'ils avaient aussi 2 fois plus de risque d'avoir une chronicisation de leur dépression [26].

LIMITES

Les résultats de cette enquête quantitative ne permettent pas de déterminer si les associations avec la prévalence de l'EDM sont dues aux effets de l'environnement sur les troubles mentaux, aux effets des troubles mentaux sur le statut social, s'il existe des causes biologiques non mesurées, ou encore une combinaison de tous ces facteurs. Par ailleurs, ni les maladies somatiques, ni les événements de vie et les modalités pour y faire face n'ont été considérés dans cette analyse, et ceux-ci pourraient s'avérer être

des facteurs statistiques confondants. De surcroît, le caractère hétérogène des événements associés à une EDM (conflit intra-familial ou interpersonnel, deuil, maladie, situation socioprofessionnelle défavorable, violences subies, etc.), l'importance que ces événements prennent à certains moments et pour certaines personnes se révèle difficilement lisible à travers le seul recueil de données sociodémographiques/économiques objectives telles qu'utilisées dans ce chapitre. Les associations statistiques présentées sont non moins délicates à interpréter en l'absence d'éléments anamnestiques, cliniques et psychopathologiques. Enfin, la nature transversale des données dont nous disposons ne permet pas d'examiner l'évolution des troubles dépressifs et des situations au cours du temps, mais seulement de préciser la force de l'association entre les facteurs sociaux, les facteurs de précarité et les troubles dépressifs à un moment donné.

CONCLUSION

Globalement, nos résultats sont en accord avec les études internationales et françaises précédemment conduites sur la dépression, dans le sens où les prévalences les plus élevées se retrouvent dans des populations socialement désavantagées, quels que soient les indicateurs utilisés et bien que le poids de certains indicateurs soit plus

important dans certaines études que dans d'autres. Il est intéressant aussi de noter que bien que les prévalences observées puissent être très différentes dans les différentes enquêtes selon la méthodologie et le questionnaire utilisé, les résultats sur les relations entre dépression et facteurs sociodémographiques sont homogènes.

Bibliographie

- [1] Organisation mondiale de la Santé. *La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs. Rapport sur la santé dans le monde 2001*. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2001.
En ligne : <http://www.who.int/whr/2001/fr/>
- [2] Plomin R., DeFries J.C., McClearn G.E., Rutter M. *Des gènes au comportement. Introduction à la génétique comportementale*. De Boeck Université, 1998 : 496 p.
- [3] Skapinakis P., Weich S., Lewis G., Singleton N., Araya R. Socio-economic position and common mental disorders : Longitudinal study in the general population in the UK. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 2006, vol. 189 : p. 109-17.
- [4] Joutsenniemi K., Martelin T., Martikainen P., Pirkola S., Koskinen S. Living arrangements and mental health in Finland. *Journal of epidemiology and community health*, 2006, vol. 60 : p. 468-75.

- [5] Fryers T., Brugha T., Morgan Z., Smith J., Hill T., Carta M., *et al.* Prevalence of psychiatric disorder in Europe : the potential and reality of meta-analysis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 2004, vol. 39, n° 11 : p. 899-905.
- [6] Alonso J., Angermeyer M.C., Bernert S., Bruffaerts R., Brugha T.S., Bryson H., *et al.* Prevalence of mental disorders in Europe : results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 2004, n° 420 : p. 21-7.
- [7] Andrews G., Henderson S., Hall W. Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation : Overview of the Australian National Mental Health Survey. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 2001, vol. 178 : p. 145-53.
- [8] Bijl R.V., Ravelli A., van Z.G. Prevalence of psychiatric disorder in the general population : results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 1998, vol. 33, n° 12 : p. 587-95.
- [9] Blazer D.G., Kessler R.C., McGonagle K.A., Swartz M.S. The prevalence and distribution of major depression in a national community sample : the National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, 1994, vol. 151, n° 7 : p. 979-86.
- [10] Jacobi F., Wittchen H.U., Holting C., Hofler M., Pfister H., Muller N., *et al.* Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population : results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological medicine*, 2004, vol. 34, n° 4 : p. 597-611.
- [11] Kessler R.C., Berglund P., Demler O., Jin R., Koretz D., Merikangas K.R., *et al.* The epidemiology of major depressive disorder : results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *The journal of the American Medical Association*, 2003, vol. 289, n° 23 : p. 3095-105.
- [12] Lamboy B., Leon C., Guilbert P. Troubles dépressifs et recours aux soins dans la population française à partir des données du Baromètre santé 2005. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 2007, vol. 55, n° 3 : p. 222-7.
- [13] Lepine J.P., Gasquet I., Kovess V., Arbabzadeh-Bouchez S., Negre-Pages L., Nachbaur G., *et al.* Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/(ESEMeD). *L'Encéphale*, 2005, vol. 31, n° 2 : p. 182-94.
- [14] Leroux I., Morin T. Facteurs de risque des épisodes dépressifs en population générale. *Études et Résultats*, 2006, n° 545 : p. 1-7.
- [15] Patten S.B., Wang J.L., Beck C.A., Maxwell C.J. Measurement issues related to the evaluation and monitoring of major depression prevalence in Canada. *Chronic diseases in Canada*, 2005, vol. 26, n° 4 : p. 100-6.
- [16] Singleton N., Bumpstead R., O'Brien M., Lee A., Meltzer H. *Psychiatric morbidity among adults living in private households*, 2000. London : The Stationery Office, 2001 : 154 p.
En ligne : http://www.statistics.gov.uk/downloads/theme_health/psychmorb.pdf
- [17] Kessler R.C., McGonagle K.A., Swartz M., Blazer D.G., Nelson C.B. Sex and depression in the National Comorbidity Survey. I : Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *Journal of affective disorders*, 1993, vol. 29, n° 2-3 : p. 85-96.
- [18] Wilhelm K., Mitchell P., Slade T., Brownhill S., Andrews G. Prevalence and correlates of DSM-IV major depression in an Australian national survey. *Journal of affective disorders*, 2003, vol. 75, n° 2 : p. 155-62.
- [19] Jenkins R., Lewis G., Bebbington P., Brugha T., Farrell M., Gill B., *et al.* The National Psychiatric Morbidity surveys of Great Britain-initial findings from the household survey. *Psychological medicine*, 1997, vol. 27, n° 4 : p. 775-89.
- [20] Kovess-Masfety V., Alonso J., de G.R., Demyttenaere K. A European approach to rural-urban differences in mental health : the ESEMeD 2000 comparative study. *Canadian journal of psychiatry*, 2005, vol. 50, n° 14 : p. 926-36.
- [21] Ayuso-Mateos J.L., Vazquez-Barquero J.L., Dowrick C., Lehtinen V., Dalgard O.S., Casey P., *et al.* Depressive disorders in Europe : prevalence figures from the ODIN study. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 2001, vol. 79 : p. 308-16.
- [22] Le Pape A., Lecomte T. *Prévalence et prise en charge médicale de la dépression, France 1996-1997*. Paris : CREDES, 1999 : 106 p.
- [23] Lewis G., Bebbington P., Brugha T., Farrell M., Gill B., Jenkins R., *et al.* Socioeconomic status, standard of living, and neurotic disorder. *Lancet*, 1998, vol. 352, n° 9128 : p. 605-9.
- [24] Cohidon C. *Prévalence des troubles de santé mentale et conséquences sur l'activité professionnelle en France dans l'enquête « Santé mentale en population générale : images et réalités »*. Saint Maurice : Institut de Veille Sanitaire, coll. « Santé travail », 2007 : 6 p.
En ligne : <http://www.invs.sante.fr/publications/Santé et travail>
- [25] Bijl R.V., de G.R., Hiripi E., Kessler R.C., Kohn R., Offord D.R., *et al.* The prevalence of treated and untreated mental disorders in five countries. *Health affairs (Millwood)*, 2003, vol. 22, n° 3 : p. 122-33.
- [26] Lorant V., Deliege D., Eaton W., Robert A., Philippot P., Ansseau M. Socioeconomic inequalities in depression : a meta-analysis. *American journal of epidemiology*, 2003, 157, n° 2 : p. 98-112.

L'essentiel

D'après l'OMS, en Europe, les problèmes de santé mentale seraient à l'origine de 35 à 45 % de l'absentéisme au travail et la dépression représenterait la troisième charge de morbidité. En raison notamment des difficultés de dépistage et de perception de ces problèmes qui restent très stigmatisés, les personnes qui en souffrent sont encore trop peu fréquemment dirigées vers le système de soins.

Il est donc capital de comprendre les modalités du recours aux soins pour raisons de santé mentale. Dans le cadre d'une enquête par sondage en population générale, les recours suivants ont été évalués par auto-déclaration :

- à un professionnel pour « problèmes émotifs, nerveux, psychologiques ou des problèmes de comportement » ;
- à un traitement médicamenteux « pour les nerfs ou pour dormir (antidépresseurs, tranquillisants, somnifères) » ;
- à une psychothérapie.

Au cours de leur vie, 28 % des individus déclarent avoir eu recours à un professionnel. Le recours est lié au fait d'avoir vécu un épisode dépressif majeur, toutefois, 32 % des personnes ayant présenté un épisode dépressif sévère déclarent n'en avoir jamais eu. Le médecin généraliste est le principal professionnel impliqué : il est présent dans 67 % des parcours de soins, et dans près de la moitié des cas, il est consulté exclusivement. Les psychiatres et les psychologues sont les deux autres catégories de professionnels fortement impliquées (respecti-

vement 32 % et 25 %), mais le plus fréquemment en association avec un recours au généraliste.

En cas d'épisode dépressif majeur sévère, la consultation exclusive d'un généraliste reste importante (24 %) et 23 % des personnes ont consulté à la fois un généraliste et un psychiatre, contre 5 % lorsqu'il n'y a pas d'EDM.

Les deux modalités de prise en charge les plus fréquemment proposées sont les médicaments psychotropes et le soutien psychologique. Dans une moindre mesure, et dans l'ordre décroissant de fréquence, on trouve l'exercice physique, les médecines douces, l'information sur la maladie, la psychothérapie, les exercices de relaxation et les conseils nutritionnels ou d'hygiène de vie. Avoir vécu un épisode dépressif majeur au cours de sa vie est associé à la consommation de médicaments psychotropes, au soutien psychologique et à la psychothérapie. Alors que cette dernière, selon les recommandations, devrait représenter le traitement de base - particulièrement pour les dépressions peu sévères - elle semble moins fréquemment proposée que les médicaments psychotropes. La place des médecins généralistes dans cette répartition des traitements apparaît importante puisqu'ils prescrivent une part importante des médicaments, et peu de psychothérapies.

La consommation de médicaments concerne 38 % des individus. Sur la foi de leurs déclarations, une consommation d'antidépresseurs a été identifiée dans 20 % des cas, une consommation d'anxiolytiques/

tranquillisants dans 15 % des cas et une consommation d'hypnotiques et autres dans 15 % des cas.

La durée de consommation a été estimée à partir des consommations sur l'année. Elle est de plus de 3 ans pour 36 % des consommations d'antidépresseurs et 43 % des consommations d'anxiolytiques, avec des différences importantes selon que les consommations soient actuelles (70 % des antidépresseurs et 62 % des anxiolytiques) ou non.

À partir des noms de médicaments fournis, et malgré des difficultés d'identification qui ont généré une importante perte d'information, un classement a été établi en se basant sur les nomenclatures officielles. Les traitements les plus prescrits sont deux benzodiazépines de la classe des tranquillisants - le bromazépam et l'alprazolam - particulièrement cités sous la forme des identifiants commerciaux Lexomil® et Xanax®, les antidépresseurs n'arrivant qu'en seconde position. Ce qui montre que beaucoup de ces médicaments sont pris pour un usage qui ne correspond pas à la classe thérapeutique à laquelle ils appartiennent.

Le recours à la psychothérapie est bien plus faible avec seulement 8,0 % des individus qui en déclarent au cours de leur vie. Les deux types de psychothérapies les plus souvent citées sont la psychanalyse et la thérapie cognitivo-comportementale, qui sont les deux plus connues. On peut toutefois s'interroger sur le degré de fiabilité et de précision des noms de méthodes de psychothérapie fournis par les enquêtés.

Recours aux soins pour raisons de santé mentale

DAVID SAPINHO

CHRISTINE CHAN CHEE

INTRODUCTION

La prévalence élevée des épisodes dépressifs majeurs (EDM) que nous avons rapportée dans les chapitres précédents à partir du CIDI-SF montre l'enjeu de santé publique que cette pathologie constitue dans notre pays. Le récent rapport de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS indique qu'en Europe, la dépression est la troisième charge de morbidité en termes d'années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI)¹ et que les problèmes de santé mentale sont responsables de 35 à 45 % de l'absentéisme au travail, insistant sur la nécessité de développer les soins de proximité en santé mentale, dans le but d'avoir un impact positif sur la qualité de vie et le niveau de satisfaction des patients et de leur famille [1]. Dans le même temps, plusieurs études menées dans les pays européens et en Amérique-du-Nord ont montré que le recours aux soins concerne 50 à 70 % des individus déclarant présenter des troubles mentaux [2-4]. Ainsi, bien que des traitements efficaces et bien

tolérés soient actuellement disponibles, le recours aux soins pour troubles mentaux est souvent considéré comme insuffisant en regard de la prévalence [5]. Les raisons avancées pour cette faiblesse du recours sont de plusieurs ordres : organisationnel (disponibilité des ressources, système d'organisation des soins, répartition entre soins de santé primaire et soins spécialisés, modalité de référence au spécialiste, coût des soins), mais aussi socioculturel (perception individuelle des troubles et de la nécessité de soins, niveau de stigmatisation ou de tolérance des troubles par la société).

Mais avant de conclure qu'il existe une véritable insuffisance de recours aux soins et qu'elle représente un problème majeur en santé publique, il est tout d'abord nécessaire d'étudier l'adéquation entre les troubles tels qu'ils sont mesurés dans des enquêtes

1. Il s'agit de l'ensemble des années perdues à cause des problèmes de santé et à la suite d'un décès prématuré.

et la demande de soins. En effet, outre les problèmes méthodologiques déjà soulevés dans les précédents chapitres quant à la mesure des troubles mentaux dans des enquêtes épidémiologiques (tous les troubles mentaux ne sont pas pris en compte, présence de faux négatifs ou de faux positifs, les personnes sous traitement ne remplissent parfois plus les critères diagnostiques du fait même de leur traitement), la mesure d'un trouble n'implique pas forcément un besoin de traitement [6]. Des troubles légers peuvent ne pas nécessiter de traitement et se résoudre spontanément. *A contrario*, un besoin de soins n'est pas forcément motivé par la présence de tous les critères diagnostiques de la pathologie.

Les objectifs de ce chapitre sont d'étudier les caractéristiques de la dépression qui

sont associées à la décision de recourir aux soins et de décrire les modalités de prises en charge selon le degré de sévérité des troubles dépressifs déclarés.

Dans cette étude, un sous-échantillon de personnes sélectionnées de façon à sur-représenter les EDM ($n = 4\,042$) étaient invitées à détailler les ressources dont elles avaient fait usage en raison de « problèmes émotifs, nerveux, psychologiques ou des problèmes de comportement » déclarés. Les différents recours possibles se distinguaient en trois grandes catégories : la consultation de professionnels, la consommation de médicaments psychotropes et le recours à une psychothérapie. Nous abordons successivement ces différents recours, sachant qu'ils sont intriqués et souvent dépendants les uns des autres.

LE RECOURS AUX PROFESSIONNELS

Nous étudierons tout d'abord les caractéristiques des personnes qui déclarent avoir eu recours à un professionnel pour des « problèmes émotifs, nerveux, psychologiques ou des problèmes de comportement » – que nous résumerons par la suite par « raisons de santé mentale », en les comparant à celles qui ne déclarent pas ce type de recours. Nous prendrons plus particulièrement en compte la présence ou l'absence de symptômes dépressifs tels que décrits dans les chapitres précédents. Ensuite seront étudiés plus spécifiquement les types de professionnels auprès desquels les recours ont été exercés, ainsi que les divers traitements proposés lors de ces recours.

Bien que le questionnaire ne permette qu'une vision d'ensemble de ces recours et des traitements associés, nous proposons une analyse du parcours de soins en présentant les associations entre les consultations des différents professionnels. De la même manière, nous tenterons, indirecte-

ment, de montrer une éventuelle association entre ces professionnels et les traitements proposés.

La dernière étape de cette analyse sera l'étude de l'efficacité perçue par les individus ayant déclaré un recours aux soins. Cette notion se rapproche plus de la satisfaction que d'une efficacité évaluée par des critères standardisés.

Les recours réalisés dans l'année auraient pu apporter une vision plus précise, notamment des associations entre professionnels consultés et traitements proposés. Toutefois, en raison de contraintes méthodologiques liées à la faiblesse de certains effectifs, nous détaillerons les données déclarées au cours de la vie et présenterons celles déclarées au cours de la dernière année de façon plus succincte en nous limitant aux points qui se différencient de ceux déclarés au cours de la vie.

Au cours de leur vie, 27,7 % des personnes interrogées ($n = 1\,608$) ont consulté un

professionnel pour des « raisons de santé mentale ». Ces professionnels incluaient les médecins généralistes ou spécialistes parmi lesquels les psychiatres étaient individualisés, les psychologues, les autres professionnels de santé (infirmier, thérapeute...) et d'autres professionnels en dehors du système de soins (assistante sociale, religieux...).

Les femmes ont plus souvent déclaré avoir eu recours à des soins ou à des aides que les hommes (respectivement 34,4 % contre 20,8 %, $p < 0,001$). Les personnes plus jeunes et les plus âgées ont été moins nombreuses à avoir consulté que les personnes d'âge moyen (25,6 % parmi les 15-24 ans et 17,7 % parmi les 65-75 ans contre 30 % parmi les 25-64 ans, $p < 0,001$).

Afin de mesurer le taux de recours aux professionnels en fonction de la présence ou non d'épisodes dépressifs majeurs (EDM) au cours de la vie tels que mesurés par le CIDI-SF, l'échantillon a été réparti en quatre groupes selon le degré d'intensité des troubles :

- aucune période de tristesse ou de perte d'intérêt déclarée au cours de la vie ($n = 935$) ;
- une période dépressive subsyndromique – moins de 4 symptômes mesurés par le CIDI-SF – ($n = 1\,844$) ;
- EDM léger ou modéré ($n = 622$) ;
- EDM sévère ($n = 641$).

Alors que 12,7 % des personnes ne déclarant aucune période de tristesse ni de perte d'intérêt ont eu recours aux soins « pour raison de santé mentale » ($n = 124$), le taux de recours passe de 38,4 % pour une période de tristesse ou de perte d'intérêt avec peu de symptômes ($n = 729$) à 48,1 % ($n = 309$) dans le cas d'un probable EDM léger ou modéré et à 67,6 % ($n = 446$) lors d'EDM sévère. Le recours aux professionnels « pour raison de santé mentale » apparaît donc fortement lié à la présence d'un EDM au cours de la vie, même si ce n'est pas une condition nécessaire.

Dans les cas où un EDM est mesuré, les femmes ont eu plus souvent recours aux professionnels que les hommes (respectivement 61,8 % contre 49,2 %, $p < 0,001$) mais aucune différence significative n'apparaît concernant le type de professionnels consultés par les hommes ou par les femmes. L'âge est aussi un facteur associé au recours aux professionnels, les plus jeunes et les plus âgés ayant moins souvent consulté : 47,3 % des 15-24 ans (EDMv) et 38,7 % des 65-75 ans ont déclaré un recours contre 62 % des 25-64 ans ($p < 0,001$).

Par ailleurs, le nombre de types différents de professionnels consultés augmente avec le nombre de symptômes : dans le cas d'un EDM sévère, 62 % des recours incluent plusieurs types de professionnels contre 31 % lorsqu'il n'y a pas eu de période de tristesse ou de perte d'intérêt [figure 1].

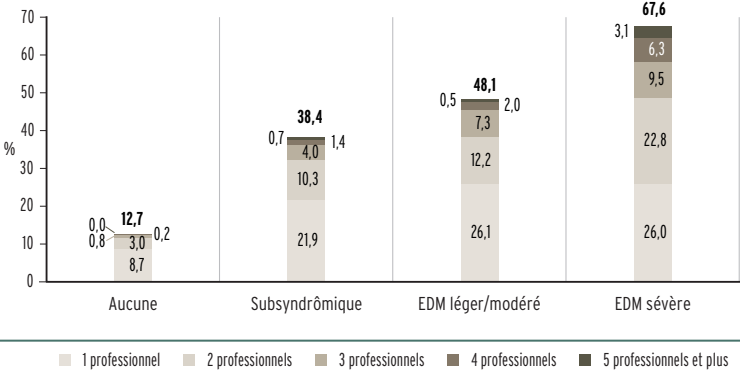
Les caractéristiques de l'EDM liées au recours à un professionnel ont pu être étudiées grâce à un modèle de régression logistique estimé sur la base des individus ayant fait un EDM. Les différentes caractéristiques de l'EDM ont été intégrées dans l'analyse, telles que l'âge au premier épisode, le nombre d'épisodes, le nombre de symptômes, le degré du retentissement des troubles sur les activités, le fait d'arrêter de travailler à cause des troubles et la survenue des troubles moins de 2 mois après le décès d'un être cher [tableau I]. Le modèle n'incluait que ces variables.

Pour les hommes comme pour les femmes, la probabilité d'avoir déjà eu recours aux professionnels pour raisons de santé mentale est associée à la fois, et de façon indépendante, à la présence d'un EDM présentant au moins cinq symptômes et à celle d'un EDM ayant entraîné un arrêt de travail.

De plus, en ce qui concerne les femmes, le recours aux professionnels est aussi plus important dès que le retentissement

FIGURE 1

Taux de recours aux professionnels et nombre de types de professionnels au cours de la vie selon la sévérité des troubles dépressifs



Les pourcentages sont calculés à partir de l'échantillon redressé par sexe, âge, taille d'agglomération et grande région de la population française.
Lecture : parmi les personnes qui ont déclaré un EDM sévère, 67,6 % ont eu recours à un ou plusieurs types de professionnels pour raison de santé mentale (26,0 % à un seul type de professionnel, 22,8 % à 2 types, 9,5 % à 3 types, 6,3 % à 4 types et 3,1 % à au moins 5 différents types de professionnels).

TABLEAU I

Caractéristiques de l'EDM associé au recours à un professionnel au cours de la vie, par sexe

	Hommes (n = 1543)		Femmes (n = 2 499)		Total (n = 4 042)	
	ORa	IC à 95 %	ORa	IC à 95 %	ORa	IC à 95 %
Présence d'épisode dépressif majeur						
Non (référence)	1		1		1	
Oui	2,0	1,0 ; 3,8	2,2	1,4 ; 3,6	2,1	1,4 ; 3,0
Nombre de symptômes						
≤ 3 (référence)	1		1		1	
3 ou 4	1,2	0,8 ; 1,9	1,0	0,7 ; 1,3	1,1	0,8 ; 1,4
5 et plus	1,8	1,3 ; 2,6	1,7	1,3 ; 2,2	1,8	1,5 ; 2,3
Retentissement des troubles sur les activités						
Aucun (référence)	1		1		1	
Faible	1,0	0,6 ; 1,8	1,0	0,6 ; 1,4	1,0	0,7 ; 1,3
Modéré	1,2	0,8 ; 1,7	1,3	1,0 ; 1,8	1,2	1,0 ; 1,5
Important	1,4	0,9 ; 2,2	1,6	1,2 ; 2,1	1,5	1,2 ; 1,9
Nombre d'EDM au cours de la vie						
1 (référence)	1		1		1	
2 ou 3	1,2	0,8 ; 1,8	1,2	0,9 ; 1,5	1,2	1,0 ; 1,5
4 et plus	1,5	0,9 ; 2,8	1,8	1,3 ; 2,7	1,8	1,3 ; 2,5
Âge au premier épisode						
< 25 ans	1,4	0,8 ; 2,4	1,9	1,4 ; 2,8	1,8	1,3 ; 2,4
≥ 25 ans (référence)	1		1		1	

TABLEAU I (SUITE)

	Hommes (n = 1543)		Femmes (n = 2 499)		Total (n = 4 042)	
	ORa	IC à 95 %	ORa	IC à 95 %	ORa	IC à 95 %
Survenue des troubles suite au décès d'un être cher						
Non (référence)	1		1		1	
Oui	0,6	0,4; 0,8	0,5	0,4; 0,7	0,6	0,5; 0,7
Arrêt de travail lié aux troubles						
Non (référence)	1		1		1	
Oui	1,9	1,3; 2,8	2,0	1,5; 2,6	2,0	1,6; 2,4

de l'EDM sur les activités courantes est au moins modéré, lorsque les EDM sont récurrents au cours de la vie et lorsque l'âge au premier épisode est précoce.

À l'inverse, les épisodes consécutifs à un deuil s'accompagnent moins souvent de recours à un professionnel.

Au cours des 12 derniers mois, 7,9 % des individus (n = 504) ont déclaré avoir consulté un professionnel pour « raisons de santé mentale ». Le recours aux professionnels augmente avec la présence et la sévérité des troubles dépressifs : 5,3 % des personnes (n = 271) ne déclarant aucune période de tristesse ni de perte d'intérêt ont eu recours à des consultations pour problèmes de santé mentale au cours des 12 derniers mois, alors qu'elles sont 25,4 % (n = 87) parmi celles qui ont eu une période de tristesse ou de perte d'intérêt avec peu de symptômes, 28,7 % (n = 48) parmi les personnes qui ont eu un EDM léger ou modéré et 45,6 % (n = 98) parmi celles qui ont eu un EDM sévère. Au regard de ces taux de recours et en prenant en compte le fait que la prévalence des EDM au cours des 12 derniers mois est de 5,0 % dans cette enquête, on note que plus de la moitié des personnes ayant consulté un professionnel pour raisons de santé mentale dans les 12 derniers mois semblent ne pas ou ne plus avoir de symptômes dépressifs tels que définis par le CIDI-SF au moment de l'enquête.

TYPES DE PROFESSIONNELS CONSULTÉS

Dans notre échantillon, 1 608 personnes ont déclaré avoir eu recours à un professionnel pour « raisons de santé mentale au cours de leur vie ». Le **tableau II** permet d'observer la répartition des consultations par type de professionnels. Les médecins généralistes (MG) sont de loin les plus sollicités. En effet, 67,2 % des individus qui ont vu un professionnel ont, au moins consulté un MG, et parmi ceux-là, environ une personne sur deux (46,1 %) a consulté un MG de façon exclusive. Autrement dit, 31 % de ceux qui ont eu recours à un professionnel pour « raisons de santé mentale » ont donc consulté uniquement un MG.

Le recours aux psychiatres arrive en second, suivi du recours aux psychologues (respectivement 32,0 % et 24,8 % des personnes ayant déclaré avoir eu recours à un professionnel). Le recours à ces professionnels se fait moins souvent de façon exclusive (respectivement 27,1 % et 22,6 %) ; 8,7 % et 5,6 % de la population ayant eu recours à un professionnel ont donc respectivement consulté exclusivement un psychiatre ou un psychologue. Les consultations de psychiatres et de psychologues sont accompagnées de consultations de MG dans respectivement 58,0 % et 55,1 % des cas. Les autres médecins spécialistes ou autres professionnels ont chacun été cités dans 9,0 à 15,3 % des cas, s'accompagnant

TABLEAU II

Répartition des types de professionnels consultés au cours de la vie par les répondants qui ont eu recours aux professionnels, par sexe

	Hommes (n = 470)	Femmes (n = 1138)	Ensemble (n = 1608)
Médecin généraliste/médecin de famille	63,9	69,2	67,2
dont exclusivement ^a	45,0	46,7	46,1
Psychiatre	29,1	33,8	32,0
dont exclusivement ^a	27,2	27,1	27,1
dont accompagnées de consultations de généralistes ^a	58,0	58,0	58,0
Psychologue	23,6	25,4	24,8
dont exclusivement ^a	19,7	24,1	22,6
dont accompagnées de consultations de généralistes ^a	57,6	53,8	55,1
Autre médecin spécialiste	17,6	14,0	15,3
« Psy » (ne sait pas si psychiatre ou psychologue)	10,1	8,2	8,9
Autre professionnel de santé	12,8	12,3	12,5
Autre professionnel	8,5	9,3	9,0

Les pourcentages sont calculés à partir de l'échantillon redressé par sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle et grande région de la population française. Les effectifs sont non pondérés. La psychanalyse n'apparaît pas dans les modalités présentées dans la mesure où c'est une méthode applicable par n'importe lequel des types de professionnels.

a. Pourcentage rapporté au nombre d'individus déclarant consulter le type de professionnel concerné.

Lecture : parmi les 1608 personnes ayant eu recours à un professionnel pour raison de santé mentale, 67,2 % ont consulté un médecin généraliste. Parmi ceux-là, 46,1 % ont consulté exclusivement un MG.

le plus souvent de la consultation d'un des 3 professionnels cités précédemment.

Ainsi, les médecins généralistes, les psychiatres et les psychologues sont amenés à intervenir dans le parcours de soins de santé mentale de 89,5 % des personnes qui ont déclaré avoir consulté pour un problème de santé mentale, et plus particulièrement, pour plus de 98 % de celles qui consultent plus d'un type de professionnel.

D'une manière générale, le profil de consultation de professionnels est le même chez les hommes et chez les femmes.

Les consultations des **12 derniers mois** se distinguent par un recours moindre à plusieurs types de professionnels : 27,4 % des personnes ont eu recours à au moins deux types de professionnels durant la dernière année contre 45,1 % lorsqu'il s'agit des consultations au cours de la vie.

D'une manière générale, les professionnels auxquels les personnes ont le plus

souvent recours sont les MG (54,6 %), les psychiatres (30,6 %) et les psychologues (18,4 %). La proportion de consultations exclusives auprès des professionnels de santé mentale est très importante lorsqu'on compare aux données sur la vie. Parmi les personnes qui ont consulté des psychiatres, 55,3 % ont déclaré les avoir exclusivement consultés, soit 17 % des personnes qui ont eu recours à un professionnel pour raison de santé mentale au cours des 12 derniers mois. De même, parmi les personnes qui ont consulté des psychologues, 60,5 % l'ont fait de manière exclusive, soit 11 % des personnes ayant eu recours à un professionnel. Enfin, 27 % des personnes ayant eu recours à un professionnel pour raison de santé mentale au cours des 12 derniers mois ont consulté exclusivement un MG.

Les consultations sur l'année peuvent être plus précises et permettre ainsi plus aisément l'attribution d'une modalité de

traitement à un professionnel donné, ou encore la mise en correspondance entre l'offre et la demande de soins. Toutefois, elles n'apportent qu'une information partielle de l'ensemble des recours, et il est impossible de dire si ce sont réellement des recours exclusifs, ou s'ils font suite à d'autres consultations ayant eu lieu dans le passé, notamment de généralistes.

PARCOURS DE SOINS

Au cours de la vie, lorsque les personnes ont eu recours à un seul type de professionnel (54,9 % des individus ayant déjà consulté un professionnel pour raison de santé mentale), 31 % ont consulté un MG, 8,7 % un psychiatre et 5,6 % un psychologue.

Par ailleurs, 18,5 % des personnes ont consulté un médecin généraliste ainsi qu'un psychiatre et/ou un psychologue. Dans 20 à 25 % des cas, les individus ont recours au psychiatre et/ou au psychologue sans passer par le médecin généraliste. Enfin,

seulement 6 % des personnes ont déclaré avoir eu recours à d'autres professionnels qui exercent ou non dans le domaine de la santé. À partir des réponses fournies, une typologie des modes de consultation peut être établie. La répartition selon cette typologie est décrite dans le **tableau III**.

Le **tableau IV** présente la typologie de recours aux professionnels au cours de la vie selon le niveau de sévérité des troubles dépressifs. Il semble que le recours exclusif au MG « pour raison de santé mentale » ne soit pas associé à la présence de troubles dépressifs (33,2 % des personnes ne déclarant pas de troubles ont consulté exclusivement un MG contre 30,3 % des individus lors d'un EDM quelle qu'en soit la gravité). Bien que la part des individus qui consultent plusieurs professionnels incluant un psychiatre augmente en cas d'EDM sévère, la consultation du seul MG reste l'unique recours pour 24,4 % de ces individus. Lors d'EDM sévères, 76 % des individus ont un parcours de soins comportant un MG et ce

TABEAU III

Répartition de la typologie de recours aux professionnels au cours de la vie selon le sexe des répondants (%)

	Hommes (n = 470)	Femmes (n = 1138)	Total (n = 1608)
Médecin généraliste (MG) seul	28,8	32,3	31,0
MG et psychiatre (sans psychologue)	9,9	13,3	12,0
MG et psychologue (sans psychiatre)	6,6	7,4	7,1
MG et psychiatre et psychologue	7,0	6,3	6,5
MG et autre professionnel non psychiatre non psychologue	11,6	9,9	10,5
Psychiatre sans MG ni psychologue	9,8	11,1	10,6
Psychologue sans MG ni psychiatre	7,6	8,7	8,3
Psychiatre et psychologue (sans MG)	2,5	3,1	2,9
Autre médecin spécialiste seul	3,4	1,2	2,0
Psy (ne sait pas si psychiatre ou psychologue)	4,9	2,2	3,2
Autre professionnel sans MG ni psychiatre ni psychologue	8,0	4,6	5,9
Total	100,0	100,0	100,0

Les pourcentages sont calculés à partir de l'échantillon redressé par sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle et grande région de la population française. Les effectifs sont non pondérés.

Lecture : parmi les 1608 personnes qui ont eu recours à des professionnels pour raison de santé mentale, 31,0 % ont eu exclusivement recours au médecin généraliste ; 12,0 % ont eu recours au MG et au psychiatre sans psychologue.

TABLEAU IV

Répartition de la typologie de recours aux professionnels selon la sévérité des troubles dépressifs (%)

	Aucune période de tristesse ou de perte d'intérêt (n = 124)	Période subsyndromique (n = 729)	EDM léger ou modéré (n = 309)	EDM sévère (n = 446)	Total (n = 1608)
Médecin généraliste (MG) seul	33,2	33,2	31,1	24,4	31,0
MG et psychiatre (sans psychologue)	4,8	9,8	14,0	23,1	12,0
MG et psychologue (sans psychiatre)	5,8	9,0	6,3	6,0	7,1
MG et psychiatre et psychologue	2,3	5,9	6,8	12,5	6,5
MG et autre professionnel non psychiatre non psychologue	12,0	9,3	11,9	9,9	10,5
Psychiatre sans MG ni psychologue	9,3	11,0	14,0	8,9	10,6
Psychologue sans MG ni psychiatre	10,3	9,3	7,1	4,8	8,3
Psychiatre et psychologue (sans MG)	1,8	2,4	1,9	5,7	2,9
Autre médecin spécialiste seul	3,9	1,8	0,9	1,1	2,0
Psy (ne sait pas si psychiatre ou psychologue)	5,2	3,4	2,6	0,9	3,2
Autre professionnel sans MG ni psychiatre ni psychologue	11,4	4,9	3,3	2,8	5,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Les pourcentages sont calculés à partir de l'échantillon redressé par sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle et grande région de la population française. Les effectifs sont non pondérés.

Lecture : parmi les 1608 personnes qui ont eu recours à des professionnels pour raison de santé mentale, 31,0 % ont eu exclusivement recours au médecin généraliste ; 12,0 % ont eu recours au MG et au psychiatre.

dernier se trouve également consulté pour des « raisons de santé mentale » par 58 % de ceux ayant déclaré n'avoir connu aucune période de tristesse et de perte d'intérêt. Les modalités de recours au MG pour problèmes de santé mentale ne sont pas différentes selon qu'on soit un homme ou une femme.

L'association observée entre symptomatologie dépressive et recours aux soins est particulièrement marquée en cas de consultation de psychiatres. En effet, le taux de recours à ce type de professionnels est de 50 % en cas d'EDM sévère, alors qu'il n'est que de 18 % si aucune période de tristesse ni de perte d'intérêt n'a été déclarée (au cours de la vie).

Cette tendance montre toutefois quelques particularités lorsque l'analyse prend en compte le sexe. Chez les hommes, il y a une forte augmentation de recours aux psychiatres pour les EDM quel que soit leur niveau de sévérité : 47 % contre 17 % lorsqu'il

n'y a aucune période de tristesse et de perte d'intérêt. Chez les femmes, il y a une distinction selon la sévérité de l'EDM (31,5 % des femmes consultent un psychiatre lors d'EDM légers ou modérés, 51 % lors d'EDM sévère et 19 % lorsqu'il n'y a aucune période de tristesse et de perte d'intérêt).

Le recours au psychologue concerne environ 25 % des personnes qu'il existe ou non des symptômes dépressifs et quelle que soit leur sévérité. Enfin, les autres professionnels non spécialisés en santé mentale qu'ils soient médecins ou professionnels n'exerçant pas dans le domaine de la santé sont plus souvent consultés lorsqu'il n'y a pas de trouble que lors d'EDM.

Le poids relatif de chaque type de professionnel consulté peut aussi être estimé par sa contribution à l'ensemble des professionnels déclarés dans une liste proposée à l'interviewé [tableau V]. Le rôle important joué

par les médecins généralistes est confirmé. Ils réalisent ainsi 39,6 % de l'ensemble des consultations déclarées pour « raison de santé mentale ». De plus, lorsqu'un seul type de professionnel est consulté, le médecin généraliste est celui à qui l'on a recours dans 56,5 % des cas, les consultations exclusives chez le psychiatre et chez le psychologue en constituent respectivement 15,9 % et 10,2 %. Lorsque plusieurs professionnels ont été consultés, les MG représentent 31,5 % de l'ensemble des professionnels déclarés, les psychiatres 20,3 % et les psychologues 16,7 %. La répartition des types de professionnels consultés ne semble pas différente que le patient soit un homme ou une femme.

Au cours des douze derniers mois. L'analyse du poids relatif de chaque type de professionnel consulté au cours des douze derniers mois montre que la contribution des principaux types de professionnels est relativement homogène : les professionnels auxquels les personnes ont déclaré avoir eu recours pour raison de santé mentale au cours de la dernière année étaient des MG dans 37,3 %

des cas, des psychiatres pour 24 % d'entre eux et des psychologues pour 13,4 %. Le poids relatif des psychiatres est plus important, mais celui des psychologues est proche de ce qui est observé dans les analyses au cours de la vie [tableau V]. En revanche, dans le cas où un seul type de professionnel a été consulté par les hommes au cours des 12 derniers mois, les psychologues représentaient 27 % de l'ensemble des professionnels consultés.

Concernant le nombre de consultations effectuées chez chaque professionnel au cours des 12 derniers mois, les recours les plus fréquents sont ceux effectués chez le psychiatre avec en moyenne 16 visites sur un an, suivies des visites chez le psychologue (~ 12) et chez le généraliste (~ 8).

TRAITEMENT OU AIDE REÇUS DE LA PART DES PROFESSIONNELS

Le recours à des professionnels pour « raisons de santé mentale » peut amener de la part du professionnel consulté une proposition d'un

TABEAU V

Répartition de chaque type de professionnel au sein de l'ensemble des professionnels déclarés, selon le nombre de professionnels, par sexe (%)

	Hommes (n = 470)			Femmes (n = 1138)			Ensemble (n = 1608)		
	1	>1	Total	1	>1	Total	1	>1	Total
Médecin généraliste	51,3	32,1	38,6	59,7	31,3	40,2	56,5	31,5	39,6
Psychiatre	14,1	19,3	17,6	16,9	20,9	19,6	15,9	20,3	18,9
Psychologue	8,3	17,3	14,3	11,3	16,4	14,8	10,2	16,7	14,6
Autre médecin spécialiste	6,0	13,1	10,7	2,3	10,8	8,1	3,7	11,6	9,0
« Psy » (ne sait pas si psychiatre ou psychologue)	8,8	4,7	6,1	4,1	5,1	4,8	5,8	5,0	5,3
Autre professionnel de santé	6,4	8,4	7,7	2,4	9,3	7,1	3,9	9,0	7,3
Autre professionnel	5,2	5,1	5,2	3,3	6,3	5,4	4,1	5,9	5,3
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Les pourcentages sont calculés à partir de l'échantillon redressé par sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle et grande région de la population française. Les effectifs sont non pondérés.

Lecture : parmi les professionnels auxquels les 1608 personnes ont eu recours pour raison de santé mentale, 39,6 % étaient médecins généralistes, 18,9 % étaient psychiatres, 14,6 % psychologues.

ou de plusieurs traitements ; ces traitements seront suivis, totalement, partiellement ou pas du tout par le patient. Le **tableau VI** présente les différentes aides proposées dans le cadre de ces recours au cours de la vie. Ces aides sont multiples et non exclusives, allant des thérapies classiques de type traitement médicamenteux, psychothérapies ou encore sismothérapie, à d'autres pratiques se situant en dehors du champ médical ou psychothérapeutique telles que les pratiques ésotériques, traditionnelles ou religieuses.

Au cours de la vie, parmi les individus ayant eu recours à un professionnel, les

différents types d'aides proposées sont de 2,8 en moyenne, plus élevées chez les femmes que chez les hommes (3,1 vs 2,6 ; $p < 0,001$). Cinquante personnes (3,1 %) ont déclaré ne pas avoir reçu d'aide auprès du professionnel consulté.

Avec environ une personne sur deux concernée, le traitement pharmacologique est l'aide la plus fréquemment prescrite. Ensuite viennent les aides basées sur la parole et l'échange telles que le soutien psychologique, la psychothérapie, les informations et conseils sur la maladie et les traitements, mais aussi sur l'hygiène de vie et la nutri-

TABLEAU VI

Fréquence des types d'aides proposées parmi une liste par les professionnels consultés au cours de la vie selon le sexe du répondant (%)

	Hommes (n = 470)	Femmes (n = 1138)	p	Ensemble (n = 1608)
Médicaments pour les nerfs	46,0	54,9	*	51,6
Soutien psychologique	37,5	47,8	**	44,0
Exercice physique	32,1	33,0	ns	32,7
Médecines douces, plantes, homéopathie, acupuncture	21,0	32,2	**	28,1
Informations ou conseils sur la maladie, les traitements	24,7	27,5	ns	26,5
Psychothérapie	20,8	29,2	**	26,1
Conseils nutritionnels, d'hygiène de vie	24,4	23,6	ns	23,9
Exercices de relaxation, de méditation	13,5	17,0	ns	15,7
Autre type de traitement ou d'aide	13,1	11,9	ns	12,4
Massages, manipulations corporelles	8,2	9,8	ns	9,2
Lecture d'ouvrages spécialisés	4,1	5,9	ns	5,2
Millepertuis	2,8	5,8	ns	4,7
Prise en charge socio-éducative	4,2	2,4	ns	3,1
Pratiques ésotériques (voyance, astrologie, travail sur les énergies, etc.)	2,2	2,1	ns	2,1
Sismothérapie, électrochocs	1,8	0,9	ns	1,3
Photothérapie ou traitement par la lumière	0,7	1,6	ns	1,3
Pratiques traditionnelles (rituels, guérisseur, rebouteux, magnétiseur, marabout, griot, exorciste, etc.)	1,8	1,4	ns	1,5
Pratiques religieuses (prières, célébrations, etc.)	0,7	1,6	ns	1,3

Les pourcentages sont calculés à partir de l'échantillon redressé par sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle et grande région de la population française. Les effectifs sont non pondérés. Les types d'aide sont issus d'une liste fermée où le choix a été fait d'utiliser un vocabulaire courant.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; ns : non significatif.

Lecture : parmi les 1608 personnes qui ont eu recours à des professionnels pour raison de santé mentale, 51,6 % ont reçu des médicaments pour les nerfs, 26,1 % ont suivi une psychothérapie.

tion. La psychothérapie a concerné environ une personne sur quatre. L'exercice physique est aussi très fréquemment proposée (un patient sur trois rapporte ce type d'aide) et dans une moindre mesure les exercices de relaxation et les manipulations corporelles. Les médecines douces ont été proposées à plus d'une personne sur quatre, et le millepertuis par près de 5 % des personnes.

Les autres types d'aides (ésotériques, traditionnelles ou encore religieuses) ont été citées par environ 5 % des personnes.

Les femmes sont plus concernées que les hommes par les médicaments psychotropes, la psychothérapie, le soutien psychologique et la médecine douce tandis que les autres aides en particulier celles concernant les conseils, l'hygiène de vie et les soins corporels ne diffèrent pas selon le sexe du patient.

L'analyse des différents types d'aides reçus selon la sévérité des troubles dépressifs permet d'étudier le type de traitements proposés par les professionnels dans le cas d'EDM avéré [tableau VII]. Les médicaments

TABLEAU VII

Fréquence des types d'aides proposées par les professionnels selon la sévérité des troubles dépressifs

	Aucune période de tristesse ou de perte d'intérêt (n = 124)	Période sub-syndromique (n = 729)	EDM léger ou modéré (n = 309)	EDM sévère (n = 446)	p	Ensemble (n = 1608)
Médicaments pour les nerfs	27,7	50,7	62,4	73,4	***	51,6
Soutien psychologique	35,9	42,7	44,2	55,6	**	44,0
Psychothérapie	11,6	29,1	27,2	37,1	***	26,1
Informations ou conseils sur la maladie, les traitements	27,1	24,7	23,1	31,4	ns	26,5
Conseils nutritionnels, d'hygiène de vie	22,9	21,0	24,3	30,0	ns	23,9
Exercice physique	29,6	32,3	33,4	36,4	ns	32,7
Exercices de relaxation, de méditation	9,2	16,9	16,4	20,7	*	15,7
Massages, manipulations corporelles	6,5	9,8	6,6	13,2	ns	9,2
Médecines douces, plantes, homéopathie, acupuncture	27,2	28,8	26,1	29,3	ns	28,1
Millepertuis	3,9	3,1	6,6	7,0	ns	4,7
Sismothérapie, électrochocs	0,9	1,3	1,2	1,7	ns	1,3
Photothérapie	0,0	2,0	0,8	1,8	ns	1,3
Lecture d'ouvrages spécialisés	3,6	6,4	4,2	6,0	ns	5,2
Prise en charge socio-éducative	2,0	3,7	2,0	3,9	ns	3,1
Pratiques ésotériques	0,8	2,4	1,1	3,9	*	2,1
Pratiques traditionnelles	1,8	1,4	0,6	2,2	ns	1,5
Pratiques religieuses	1,3	1,3	1,3	1,1	ns	1,3
Autre type de traitement, d'aide	12,8	12,7	10,3	12,7	ns	12,4

Les pourcentages sont calculés à partir de l'échantillon redressé par sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle et grande région de la population française. Les effectifs sont non pondérés.

* p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001

Lecture : parmi les 1608 personnes qui ont eu recours à des professionnels pour raison de santé mentale, 51,6 % ont reçu des médicaments pour les nerfs, 26,1 % ont suivi une psychothérapie.

pour les nerfs, le soutien psychologique, la psychothérapie ainsi que les exercices de relaxation et de méditation semblent être les traitements les plus spécifiquement utilisés en cas de dépression caractérisée.

La fréquence de consommation de médicaments psychotropes augmente avec la présence et la sévérité des troubles, allant de 27,7 % des personnes qui n'ont eu aucune période de troubles dépressifs à 50,7 % des individus qui ont eu quelques symptômes, 62,4 % lors d'EDM léger ou modéré et 73,4 % lorsque l'EDM est sévère.

La pratique du soutien psychologique, de la psychothérapie et des exercices de relaxation et de méditation augmente aussi avec la présence des troubles dépressifs, par exemple lorsqu'il existe des symptômes ; 29 % des individus ont recours à une psychothérapie contre 12 % lorsqu'il n'y a aucune période de tristesse ou de perte d'intérêt. Cependant, les fréquences d'utilisation de ces aides semblent comparables lorsque les symptômes et leur retentissement sur les activités habituelles ne correspondent pas à un EDM sévère (29 % des personnes ont recours à une psychothérapie lorsqu'il existe moins de 4 symptômes et 27 % lors d'EDM léger ou modéré, contre 37 % lors d'EDM sévère).

Comme pour les consultations de professionnels, la contribution de chaque type d'aide permet d'avoir une idée de son impact et d'étudier la hiérarchie entre les différents traitements [tableau VIII]. Par ailleurs, ce tableau permet aussi de distinguer les aides proposées plus souvent de façon exclusive des autres. Parmi les premières, on retrouve les deux types de soins les plus fréquents (médicaments « pour les nerfs » et soutien psychologique qui sont utilisés seuls dans respectivement plus d'un tiers et environ un quart des cas). Tous les autres types de traitement sont utilisés de façon exclusive dans moins de 10 % des situations, hormis pour les femmes, les médecines douces qui sont le troisième type de traitement qu'elles

déclarent, qui représentent 12,4 % des traitements auxquels elles ont recours.

Les psychothérapies sont plus souvent présentes lorsque plusieurs traitements sont associés, tout comme les informations et autres diverses formes de conseils (exercice, alimentation). Ce qui signifie donc qu'elle est plus fréquemment proposée avec d'autres traitements que de façon exclusive. Certains accompagnements informels ésotériques, religieux et socio-éducatifs sont toujours dans un schéma réunissant plusieurs types d'aides.

Ces contributions peuvent être distinguées selon le sexe. Ainsi la prise de médicaments, plus fréquente chez les femmes, contribue de façon identique à l'ensemble des aides proposées quel que soit le sexe. À l'inverse, les exercices physiques et les conseils nutritionnels, qui n'étaient pas plus fréquents, contribuent de façon plus marquée chez les hommes.

Au cours des douze derniers mois. Les personnes ayant eu recours aux soins ont eu en moyenne deux types de soins, avec une prépondérance des médicaments psychotropes (40 % des personnes ont déclaré avoir pris des médicaments au cours de la dernière année). Le soutien psychologique a été déclaré par 34 %, la psychothérapie par 22 % et le recours aux médecines douces par 21 % des personnes.

PRATIQUES DE PRESCRIPTION DES DIFFÉRENTS INTERVENANTS

Dans le questionnaire, la possibilité d'attribuer une modalité de prise en charge donnée à un professionnel particulier n'était pas possible en cas de consultations de divers types de professionnels. Elle n'était possible que lorsqu'un seul type de professionnel a été consulté.

Bien que l'attribution du traitement ne puisse se faire directement dans le cas de consultations multiples, des tendances

TABLEAU VIII

Répartition de chaque type de soin, selon le nombre de types de soins, par sexe (%)

	Hommes (n = 470)			Femmes (n = 1138)			Ensemble (n = 1608)		
	1	> 1	Total	1	> 1	Total	1	> 1	Total
Médicaments pour les nerfs	37,6	14,7	17,7	36,3	15,9	17,8	36,9	15,5	17,8
Soutien psychologique	24,6	12,9	14,5	24,4	14,6	15,5	24,5	14,0	15,1
Psychothérapie	5,2	8,5	8,0	7,7	9,6	9,5	6,7	9,3	9,0
Informations ou conseils sur la maladie, les traitements	2,0	10,7	9,5	1,7	9,7	8,9	1,8	10,0	9,1
Conseils nutritionnels, d'hygiène de vie	0,0	10,9	9,4	0,5	8,4	7,7	0,3	9,2	8,2
Exercice physique	1,3	14,1	12,4	2,4	11,5	10,7	2,0	12,4	11,3
Exercices de relaxation, de méditation	4,8	5,3	5,2	0,9	6,0	5,5	2,5	5,8	5,4
Massages, manipulations corporelles	0,4	3,6	3,1	0,0	3,5	3,2	0,2	3,5	3,2
Médecines douces, plantes, homéopathie, acupuncture	6,1	8,4	8,1	12,4	10,2	10,5	9,8	9,7	9,7
Millepertuis	0,0	1,2	1,1	0,0	2,1	1,9	0,0	1,8	1,6
Sismothérapie, électrochocs	0,0	0,8	0,7	0,0	0,3	0,3	0,0	0,5	0,4
Photothérapie	0,0	0,3	0,3	0,0	0,6	0,5	0,0	0,5	0,4
Lecture d'ouvrages spécialisés	2,1	1,5	1,6	0,2	2,1	1,9	1,0	1,9	1,8
Prise en charge socio-éducative	0,0	1,9	1,6	0,0	0,9	0,8	0,0	1,2	1,1
Pratiques ésotériques	0,0	1,0	0,8	0,0	0,8	0,7	0,0	0,8	0,7
Pratiques traditionnelles	0,0	0,8	0,7	1,5	0,4	0,5	0,9	0,5	0,5
Pratiques religieuses	0,4	0,2	0,3	0,0	0,6	0,5	0,2	0,5	0,4
Autre type de traitement, d'aide	15,6	3,4	5,1	11,9	3,0	3,9	13,5	3,2	4,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Les pourcentages sont calculés à partir de l'échantillon redressé par sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle et grande région de la population française. Les effectifs sont non pondérés.

Lecture : parmi les traitements auxquels 1608 personnes ont eu recours, 17,8 % étaient des médicaments pour les nerfs, 15,1 % étaient un soutien psychologique, 9 % étaient une psychothérapie.

sur les types de traitements plus ou moins associés aux différents professionnels peuvent être dégagées. La diversité des types de professionnels nous conduit à privilégier la description de certains groupes particuliers. De même, nous ne nous intéressons qu'aux prises en charge les plus fréquemment déclarées, et pour certaines d'entre elles, un regroupement préalable a été opéré.

Les résultats précédents ont permis d'observer le rôle important joué par le médecin généraliste dans le parcours de soins. En effet, près d'un tiers des personnes ayant déclaré un recours pour raisons de santé mentale, et plus particulièrement près d'un quart des individus ayant vécu au cours

de leur vie un EDM sévère, avaient consulté exclusivement un MG [tableau IV].

Les psychiatres et les psychologues sont les deux catégories de professionnels de santé mentale les plus impliquées dans la majorité des parcours de soins déclarés. Ils mettent en œuvre des moyens différents et dispensent des soins de nature différente (par exemple, les psychologues ne sont pas autorisés à prescrire des médicaments).

Nous allons donc étudier, dans la population des individus déclarant avoir eu recours à un professionnel au cours de leur vie pour raison de santé mentale (n = 1 608), l'association entre les modalités de recours aux professionnels et les soins proposés.

Le recours aux professionnels a été regroupé en quatre modalités qui s'excluent mutuellement :

1. Recours exclusif au médecin généraliste ;
2. Recours à un psychiatre (accompagné ou non du recours à un autre type de professionnel excluant le psychologue) ;
3. Recours à un psychologue (accompagné ou non du recours à un autre type de professionnel excluant le psychiatre) ;
4. Recours à un psychiatre et à un psychologue (accompagné ou non du recours à un autre type de professionnel).

Pour mettre en évidence d'éventuelles

associations entre ces modalités et les différents soins, une série de régressions logistiques ont été élaborées. Dans ces analyses, la variable à expliquer est représentée par le type de soin proposé.

À partir de ces régressions logistiques, nous cherchons à montrer dans quelle mesure chacune des quatre modalités de recours aux professionnels se distingue du comportement général en termes de soins proposés. L'objectif n'est pas de comparer les groupes entre eux, mais de comparer chacun de ces groupes à la moyenne globale. Les variables sont construites de façon à ce

TABLEAU IX

Odds ratios montrant l'association entre les modalités de recours et les différents types de soins, ajustés sur la santé mentale, le sexe et l'âge

	Psychothérapie		Médicaments pour les nerfs		Soutien psychologique		Médecine homéopathie,	
	ORa	IC à 95 %	ORa	IC à 95 %	ORa	IC à 95 %	ORa	
Professionnel consulté								
MG seul*	0,1	0,05 ; 0,15	1,5	1,2 ; 2,0	0,3	0,2 ; 0,3	1,5	
Psychiatre sans psychologue*	2,3	1,8 ; 3,0	1,1	0,8 ; 1,4	1,6	1,3 ; 2,0	0,7	
Psychologue sans psychiatre*	1,5	1,1 ; 2,0	0,5	0,4 ; 0,8	1,8	1,4 ; 2,5	0,7	
Psychiatre et psychologue*	3,1	2,3 ; 4,3	2,1	1,4 ; 3,2	2,1	1,5 ; 3,0	1,0	
Sexe								
Homme (référence)	1		1		1		1	
Femme	1,4	1,0 ; 2,0	1,1	0,8 ; 1,5	1,5	1,1 ; 2,0	1,8	
Âge								
15-24 ans	0,7	0,4 ; 1,1	0,7	0,4 ; 1,2	1,1	0,7 ; 1,8	0,9	
25-54 ans (référence)	1		1		1		1	
55-75 ans	0,5	0,4 ; 0,7	2,1	1,5 ; 3,0	0,5	0,4 ; 0,8	0,7	
Troubles dépressifs								
Aucune période de tristesse ou de perte d'intérêt (référence)	1		1		1		1	
Période subsyndromique	2,7	1,5 ; 4,8	2,3	1,4 ; 3,8	1,1	0,7 ; 1,4	1,0	
EDM léger/modéré	2,1	1,1 ; 4,0	3,6	2,1 ; 6,1	1,1	0,6 ; 1,8	0,9	
EDM sévère	2,6	1,4 ; 4,9	5,2	3,1 ; 8,8	1,4	0,9 ; 2,3	1,0	
Anxiété généralisée								
Non (référence)	1		1		1		1	
Oui	1,4	0,9 ; 2,0	1,7	1,1 ; 2,5	1,5	1,0 ; 2,2	1,4	
Usage problématique d'alcool								
Non (référence)	1		1		1		1	
Oui	1,3	0,9 ; 1,9	1,4	0,9 ; 2,2	1,0	0,7 ; 1,6	0,7	

* En référence au pourcentage moyen sur la population.

que les mesures d'association expriment ce type de comparaison, et non pas une comparaison entre groupes².

Psychothérapie

Parmi les individus n'ayant vu que le médecin généraliste pour des problèmes de santé mentale, la psychothérapie n'a constitué un recours qu'à environ 3 % d'entre eux contre 43 % de ceux qui ont consulté un psychiatre et/ou un psychologue. Ainsi, le **tableau IX** montre que les personnes dont le recours se résume à la consultation d'un généra-

liste ont moins de chances que la moyenne (OR = 0,1) de suivre une psychothérapie tandis que les individus qui ont recours au psychiatre et/ou au psychologue ont entre 1,5 et 3 fois plus de chances que la moyenne de faire une psychothérapie. Cette dernière est plus souvent suivie par les femmes que par les hommes. Les personnes de 55 ans et plus sont moins souvent concernées par la psychothérapie. Le fait d'avoir eu des symptômes dépressifs même lorsqu'ils ne sont pas nombreux ni sévères augmente le recours à la psychothérapie tandis que la présence d'une anxiété généralisée ou d'un usage problématique d'alcool ne semble pas associée au recours à la psychothérapie.

Médicaments pour les nerfs

Environ 60 % des individus qui ont consulté exclusivement un médecin généraliste pour leurs problèmes de santé mentale se sont vus proposer un « médicament pour les nerfs », ceux qui ont eu recours au psychiatre ont eu des psychotropes dans les mêmes proportions tandis que seulement un tiers des patients qui ont consulté des psychologues ont consommé des psychotropes. Après ajustement sur les autres variables, la consultation auprès des MG ou auprès des psychiatres augmente la probabilité de prendre les médicaments pour les nerfs tandis que la consultation auprès des psychologues sans recours au psychiatre diminue de moitié la probabilité de consommer des psychotropes par rapport à la moyenne.

2. Les odds-ratios présentés dans le **tableau IX** représentent la variation de probabilité associée à ces recours particuliers, de recevoir chaque type de soin indiqué. Sachant que les modalités de consultation et de prise en charge sont fortement associées aux différents troubles de santé mentale, nous avons choisi d'ajuster les résultats en fonction de différentes variables dont nous disposons, c'est-à-dire le vécu d'un épisode dépressif, d'une anxiété généralisée et d'un usage problématique d'alcool au cours de la vie (tel que mesuré par le test DETA). Ces analyses seront aussi ajustées sur le sexe et l'âge. Pour ces variables d'ajustement, nous adopterons une stratégie plus classique de comparaison à un groupe de référence.

douce, acupuncture	Relaxation, massage, manipulations corporelles		Informations sur la maladie, le traitement; conseils sur l'hygiène de vie, l'exercice physique	
IC à 95 %	ORa	IC à 95 %	ORa	IC à 95 %
1,1; 1,9	0,6	0,4; 0,8	1,2	0,9; 1,5
0,6; 1,0	0,9	0,7; 1,2	1,1	0,8; 1,3
0,5; 1,0	1,0	0,7; 1,3	0,7	0,6; 1,0
0,6; 1,5	1,8	1,2; 2,6	1,3	0,9; 1,7
	1		1	
1,2; 2,5	1,2	0,8; 1,8	1,1	0,8; 1,4
0,5; 1,5	0,9	0,5; 1,7	0,9	0,6; 1,5
	1		1	
0,5; 1,0	1,0	0,7; 1,4	1,3	0,9; 1,7
	1		1	
0,6; 1,6	1,4	0,7; 2,5	1,1	0,7; 1,7
0,5; 1,5	1,2	0,6; 2,3	1,2	0,8; 1,9
0,6; 1,6	1,5	0,8; 2,9	1,4	0,9; 2,2
	1		1	
0,9; 2,0	1,6	1,1; 2,3	1,6	1,1; 2,2
	1		1	
0,5; 1,1	0,8	0,5; 1,2	0,8	0,6; 1,2

Alors que l'analyse univariée avait montré que les femmes ont déclaré plus souvent prendre des médicaments que les hommes, après ajustement sur l'âge, le type de professionnels et les troubles, la prise de médicaments pour les nerfs ne semble pas différente qu'on soit un homme ou une femme. Le fait d'avoir 55 ans et plus multiplie par deux la probabilité de prendre des médicaments. Le niveau de sévérité des symptômes dépressifs ainsi que la présence d'une anxiété généralisée sont liés à la prise de médicaments pour le traitement des troubles.

Soutien psychologique

Le soutien psychologique a été proposé à 20 % des personnes ayant vu exclusivement un médecin généraliste contre 64 % de ceux qui ont consulté psychiatres et/ou psychologues. Après ajustement, les sujets consultant psychiatre et/ou psychologue ont 1,5 à 2 fois plus de chance que la moyenne de bénéficier d'un soutien psychologique tandis que les patients ayant un recours exclusif au MG a une probabilité moindre que la moyenne d'obtenir un soutien psychologique. Les femmes sont plus concernées que les hommes par le soutien psychologique. Les personnes âgées semblent avoir moins recours à ce type de traitement. La présence des troubles dépressifs, anxieux ou liés à l'alcool ne semble pas intervenir non plus dans le recours au soutien psychologique.

Médecines douces, plantes, millepertuis, homéopathie ou acupuncture

Environ 36 % des personnes ayant consulté un médecin généraliste pour des problèmes de santé mentale ont déclaré avoir eu recours à des médecines douces, plantes, homéopathie ou acupuncture alors que

24 % de celles ayant consulté un professionnel de santé mentale y ont eu recours. Les femmes sont presque deux fois plus enclines que les hommes à avoir recours à ce type de traitement.

Exercices de relaxation, massages, manipulations corporelles

Les personnes ayant consulté des professionnels de santé mentale ont déclaré environ deux fois plus souvent que la moyenne un recours aux exercices de relaxation, des massages et manipulations corporelles tandis que celles qui ont consulté exclusivement le MG ont eu moins souvent recours à ces exercices. Les sujets ayant une anxiété généralisée ont plus de chance d'y avoir recours.

Conseils nutritionnels, d'hygiène de vie, d'exercice physique, informations sur la maladie et les traitements

Enfin, les conseils nutritionnels, d'hygiène de vie, d'exercice physique ainsi que les informations sur la maladie et les traitements sont moins donnés par les psychologues.

Au total, d'après les analyses rapportées dans le **tableau IX**, on peut observer que les personnes dont le parcours se résume à la consultation d'un généraliste ont moins de chances que la moyenne ($OR = 0,1$) de suivre une psychothérapie ou de recevoir un soutien psychologique ($OR = 0,3$). En revanche, ces personnes se sont vues prescrire plus de « médicaments pour les nerfs » que la moyenne ($OR = 1,5$), à indicateurs d'EDM, anxiété généralisée et usage problématique d'alcool comparables.

Les individus ayant consulté des psychiatres et des psychologues se sont vus prescrire à la fois plus de psychothérapies ($OR = 3,1$), de soutien psychologique

(OR = 2,1), et de médicaments pour les nerfs (OR = 2,1) que la moyenne.

Enfin, les personnes qui ont vu un psychologue mais pas de psychiatres ont fait plus de psychothérapies (OR = 1,5) et reçu plus de soutien psychologique (OR = 1,8) que la moyenne (les deux étant liés), mais ont reçu moins d'informations sur leur maladie, et autres conseils plus généraux sur l'hygiène de vie (OR = 0,7). Ils ont aussi reçu moins de médicaments pour les nerfs (OR = 0,5).

Au cours des douze derniers mois. L'étude des différentes prises en charge au cours des 12 derniers mois donne des résultats comparables à ceux présentés au **tableau IX**.

EFFICACITÉ PERÇUE DES SOINS REÇUS

Dans le cadre d'une enquête en population générale et notamment dans le domaine de la santé mentale où le vécu et le ressenti jouent un rôle primordial, il est intéressant de caractériser comment les individus ayant un recours aux soins évaluent l'efficacité de ces derniers. Il s'agit ici de l'efficacité subjective perçue représentant la façon dont les individus qui ont reçu un traitement jugent de son impact sur les troubles qui ont mené à la demande de soins.

D'une manière générale, 82,8 % des personnes interrogées considèrent que le recours à un professionnel et aux soins qui leur ont été conseillés a eu un effet sur les problèmes à l'origine de la consultation, bien que cet effet ressenti corresponde plus souvent à une diminution des troubles (50,7 %) qu'à leur disparition (32,1 %), avec peu de différence dans les réponses des hommes et des femmes (17,2 % considèrent que le recours n'a eu aucun effet). Lorsque l'on considère les différents niveaux de troubles dépressifs, le pourcentage de personnes estimant que les soins reçus étaient efficaces n'est pas différent selon la sévérité de leurs symptômes.

Cet indicateur d'efficacité perçue est global, les personnes devant juger si leur parcours et les soins qui leur ont été apportés ont contribué à résoudre leurs problèmes. Comme pour le lien entre les professionnels et les traitements proposés, en cas de consultations multiples, l'attribution de l'efficacité à l'un des professionnels impliqués n'a pas été possible. Nous pouvons toutefois tenter d'observer, en utilisant la même méthodologie, les associations entre certains profils de consultation et une efficacité globale. Dans cette analyse, les variables explicatives sont identiques aux précédentes [**tableau IX**].

En revanche, la variable à ajuster est représentée par trois modalités (pas d'effet, diminution des problèmes, disparition des problèmes). La méthode utilisée est la régression logistique multinomiale qui est une extension de la régression logistique permettant d'analyser des variables à plus de deux modalités. Le modèle permet d'estimer deux séries de paramètres correspondant aux variations de probabilité (Odds ratio) associées respectivement à la diminution et à la disparition des problèmes suite au recours à un professionnel, en référence à l'absence d'effet ressenti.

Au regard du **tableau X**, il peut être observé que la probabilité que les individus déclarent que leurs problèmes ont disparu est environ 2 fois plus importante (OR = 1,9) en cas de consultation uniquement chez un médecin généraliste que pour la moyenne, et ce, après prise en compte des variables de santé mentale dont nous disposons. À l'inverse, ceux qui ont consulté des psychiatres et des psychologues ont une probabilité 2 fois plus faible que la moyenne de déclarer voir leurs problèmes disparaître. Cette mesure statistique ne correspond pas à une efficacité moindre des pratiques qui ne peut en aucun cas être évaluée dans le cadre de ce type d'enquêtes. Cet écart dans le ressenti de l'efficacité peut correspondre à un niveau

TABLEAU X

Associations entre les professionnels consultés et l'efficacité ressentie

	Diminution des problèmes		Disparition des problèmes	
	ORa	IC à 95 %	ORa	IC à 95 %
Professionnel consulté				
MG seul*	1,3	0,9; 1,8	1,9	1,3; 2,6
Psychiatre sans psychologue*	1,1	0,9; 1,5	1,2	0,8; 1,7
Psychologue sans psychiatre*	0,9	0,6; 1,4	0,9	0,6; 1,4
Psychiatre et psychologue*	0,7	0,5; 1,1	0,5	0,3; 0,8
Sexe				
Homme (référence)	1		1	
Femme	1,1	0,8; 1,6	0,9	0,6; 1,4
Âge				
15-24 ans	0,6	0,4; 1,1	0,5	0,2; 0,8
25-54 ans (référence)	1		1	
55-75 ans	1,4	0,9; 2,3	1,4	0,8; 2,3
Troubles dépressifs				
Aucune période de tristesse ou de perte d'intérêt (référence)	1		1	
Période subsyndromique	0,6	0,3; 1,2	0,7	0,3; 1,3
EDM léger/modéré	0,8	0,4; 1,5	0,6	0,3; 1,2
EDM sévère	0,8	0,4; 1,7	0,6	0,3; 1,2
Anxiété généralisée				
Non (référence)	1		1	
Oui	0,9	0,6; 1,4	0,6	0,4; 1,0
Usage problématique d'alcool				
Non (référence)	1		1	
Oui	0,6	0,4; 1,0	0,6	0,3; 1,1

* En référence au pourcentage moyen sur la population.

d'exigence différent selon le professionnel consulté, au caractère subjectif de la mesure, à des caractéristiques différentes de l'EDM. En outre, ceux qui ont consulté à la fois un psychiatre et un psychologue ont pour la plupart également consulté un médecin généraliste [tableau IV] et la chronologie des recours est inconnue.

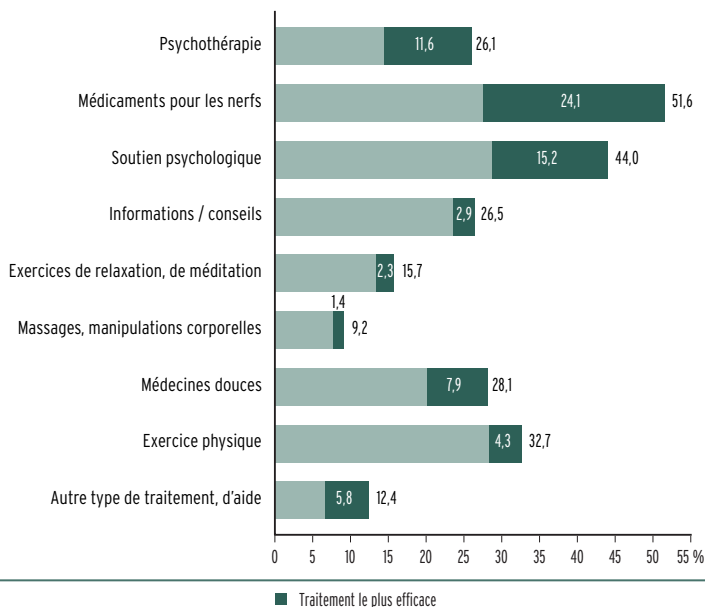
Lorsque les individus ont déclaré que leurs troubles avaient diminué ou disparu suite aux soins, ils devaient préciser celui qui, d'après eux, leur a semblé le plus efficace. La figure 2 décrit le pourcentage de personnes ayant eu recours à chaque type de soin et parmi elles, le pourcentage de celles qui ont estimé que ce soin était le plus efficace. Seuls les soins les plus utilisés

sont présentés (traitement rapporté par au moins 150 personnes).

Le traitement médicamenteux et la psychothérapie sont les deux types de soin jugés les plus efficaces de tous ceux reçus. Parmi les personnes qui ont déclaré avoir eu recours aux soins, 52 % ont eu recours au traitement médicamenteux et 26 % à la psychothérapie [tableaux VI et VII]. Lorsque ces traitements ont été prodigués, ils ont été cités comme le plus efficace pour environ une personne sur deux (47 % pour le traitement médicamenteux et 44 % pour la psychothérapie). En d'autres termes, respectivement 24,1 % et 11,6 % des individus ayant reçu des soins considèrent que les médicaments et la psychothérapie sont les traitements les plus

FIGURE 2

Fréquence des types d'aide et leur efficacité relative



Les pourcentages sont calculés à partir de l'échantillon redressé par sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle et grande région de la population française.

Lecture : parmi les personnes qui ont déclaré avoir eu recours aux soins, 26 % ont eu recours à la psychothérapie dont 11 % qui ont déclaré que la psychothérapie était le traitement le plus efficace.

efficaces. Le soutien psychologique est jugé comme soin le plus efficace par environ une personne sur trois.

Quant à la médecine douce, homéopathie ou acupuncture, elle a été jugée comme soin le plus efficace par 28 % des personnes qui y ont eu recours. Bien que les femmes aient été plus nombreuses à y avoir recours, l'efficacité semble mieux décrite chez les hommes, elle est de 42,3 % contre 23,0 % chez les femmes.

Les informations, conseils ainsi que les massages, les exercices de relaxation et l'exercice physique semblent être des soins d'appui, car ils ne sont considérés comme recours le plus efficace que par moins de 15 % des personnes.

Il est à noter qu'un « autre type de traitement ou d'aide » en dehors de la liste rela-

ivement longue a été déclaré comme recours le plus efficace par 47 % des personnes qui y ont eu recours sans précision sur ce type de traitement ou d'aide.

Le **tableau XI** présente la part d'efficacité attribuée à chacun des types de soins proposés. Ainsi, le traitement qui engendre le plus d'effet ressenti, que ce soit une diminution ou une disparition des problèmes, est le recours aux « médicaments pour les nerfs », suivi par le soutien psychologique et la psychothérapie. La part d'efficacité attribuable aux médecines douces apparaît particulièrement élevée (environ 10 %).

L'efficacité attribuée à chaque traitement peut être mise en relation avec le niveau de sévérité des troubles dépressifs. Cette association est représentée par la **figure 3**.

TABLEAU XI

Répartition de l'efficacité ressentie des types de soins sur la diminution ou la disparition des troubles

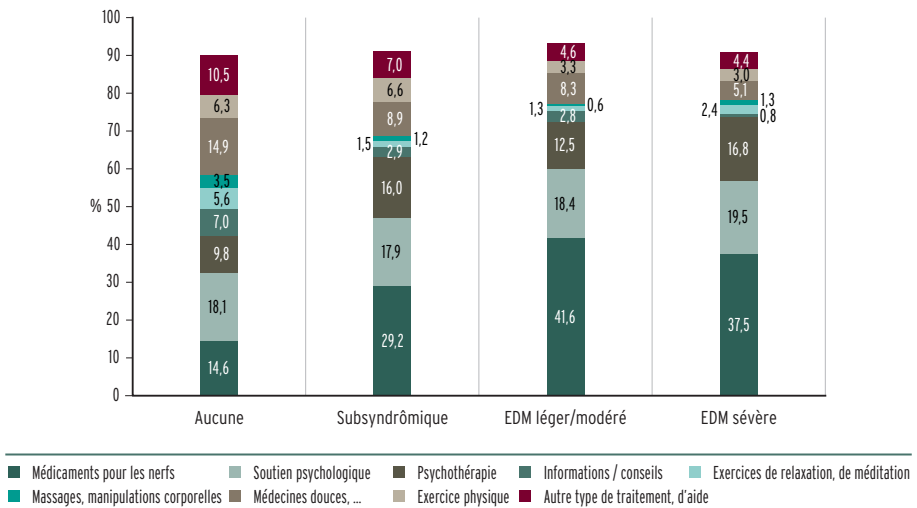
	Diminution (n = 830)	Disparition (n = 481)	Diminution ou disparition (n = 1311)
	%	%	%
Médicaments pour les nerfs	28,6	29,8	29,1
Soutien psychologique	19,3	16,9	18,4
Psychothérapie	14,3	13,5	14,0
Informations ou conseils sur la maladie, les traitements	2,9	4,4	3,5
Exercices de relaxation, de méditation	2,7	2,8	2,7
Massages, manipulations corporelles	2,3	0,8	1,4
Médecines douces, plantes, homéopathie, acupuncture	9,1	10,4	9,6
Exercice physique	5,2	5,3	5,2
Autre type de traitement, d'aide	6,8	7,2	7,0
Total	91,2	91,1	90,9

Les pourcentages sont calculés à partir de l'échantillon redressé par sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle et grande région de la population française. Les effectifs sont non pondérés.

Lecture : parmi les soins qui ont été jugés par les utilisateurs comme entraînant une diminution des troubles, 28,6 % étaient des médicaments pour les nerfs, 19,3 % étaient un soutien psychologique et 14,3 % étaient une psychothérapie.

FIGURE 3

Efficacité attribuée aux différents types de soins en fonction de la sévérité des troubles dépressifs



Les pourcentages sont calculés à partir de l'échantillon redressé par sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle et grande région de la population française.

Lecture : parmi les soins qui ont été jugés les plus efficaces par les utilisateurs n'ayant eu aucune période de tristesse ou d'anhédonie, 14,6 % étaient des médicaments pour les nerfs, 18,1 % étaient un soutien psychologique, 9,8 % étaient une psychothérapie, 14,9 % étaient les médecines douces.

Le recours aux « médicaments pour les nerfs » est le seul dont l'efficacité perçue augmente fortement avec la sévérité des troubles. Lorsqu'il n'y a aucune période de tristesse ou d'anhédonie, les médicaments constituent le soin le plus efficace dans 15 % des cas ; cette proportion passe à 29 % lors d'épisodes avec peu de symptômes, à 42 % dans les EDM légers ou modérés et à 37 % dans les EDM sévères. L'efficacité de la psychothérapie ou du soutien psychologique reste à peu près stable, alors que celle des autres soins semble plutôt diminuer. La médecine douce représente le recours le plus efficace dans 15 % des cas lorsqu'il n'y a pas de période de tristesse ou d'anhédonie (au même niveau que les médicaments), mais la part d'efficacité de la médecine douce diminue jusqu'à 9 % lors d'épisodes subsyndromiques ou lors d'EDM légers ou modérés pour atteindre 5 % dans les EDM sévères.

Au cours des douze derniers mois. Le recours aux professionnels a été jugé efficace par 60,5 % des répondants. Une diminution des problèmes a été rapportée par 51,1 % des personnes, mais la dispari-

tion des problèmes n'a été rapportée que par 9,4 % d'entre elles.

Le **tableau XII** décrit l'association entre l'effet des soins au cours des 12 derniers mois et le niveau de l'épisode dépressif pour cette même période. La disparition des problèmes est beaucoup moins fréquente en cas d'épisode dépressif sévère, mais la part d'individus déclarant une diminution des problèmes semble augmenter avec la sévérité de l'épisode (les effectifs sont néanmoins très faibles).

De plus, alors qu'au cours de la vie, le médecin généraliste est le professionnel associé de façon la plus marquée à la diminution et à la disparition des problèmes, au cours des 12 derniers mois, c'est le recours auprès du psychiatre qui semble le plus efficace. Toutefois, cette association ne concerne que la diminution des problèmes, et pas leur disparition. L'efficacité associée à chaque type de soin est comparable à celle déclarée au cours de la vie.

Seule l'efficacité attribuée aux médicaments pour les nerfs augmente avec la sévérité des symptômes dépressifs, et ce dans les mêmes proportions.

TABEAU XII

Effet sur les problèmes liés à la consultation des professionnels et aux traitements, selon la sévérité des troubles dépressifs (%)

	n	Aucun effet	Diminution des problèmes	Disparition des problèmes
Aucune période de tristesse ou d'anhédonie	271	41,1	46,9	12,0
Période subsyndromique	87	42,2	49,4	8,4
EDM léger/modéré	48	35,8	56,3	7,8
EDM sévère	98	32,0	66,9	1,1
Total	504	39,5	51,1	9,4

Les pourcentages sont calculés à partir de l'échantillon redressé par sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle et grande région de la population française. Les effectifs sont non pondérés.

Lecture : parmi les 271 personnes n'ayant eu aucune période de tristesse ou d'anhédonie et ayant eu recours à des professionnels, 46,9 % ont vu une diminution de leurs problèmes et pour 12,0 %, les problèmes ont disparu.

CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES

Après avoir étudié les modalités de recours aux professionnels pour raison de santé mentale, nous nous intéressons maintenant à la consommation déclarée de médicaments psychotropes. Bien que les deux types d'information soient liés, les médicaments psychotropes étant, *a priori*, prescrits par des professionnels et pour problème de santé mentale, elles ont été relevées dans deux parties indépendantes du questionnaire. Ainsi, la consommation de médicaments psychotropes couvre une définition plus large puisqu'il n'est pas précisé qu'il s'agit d'une consommation liée à un trouble de santé mentale.

Au cours de la vie, 38,1 % ($n = 2\,102$) de la population enquêtée ont déclaré « *avoir pris des médicaments pour les nerfs ou pour dormir, comme des tranquillisants, des somnifères ou des antidépresseurs* ». La consommation apparaît plus élevée chez les femmes (44,4 %) que chez les hommes (31,5 %) ; $p < 0,001$. Elle augmente avec la classe d'âge passant de 24 % chez les 15-24 ans à 49 % chez les 65-75 ans ; $p < 0,001$.

CLASSE DE MÉDICAMENT CONSOMMÉ

Pour spécifier les modes de consommation, chaque personne était interrogée d'abord sur la classe des médicaments consommés, en distinguant trois catégories :

1. Les antidépresseurs ;
2. Les anxiolytiques ou tranquillisants ;
3. Les autres médicaments pour les nerfs, les calmants ou les somnifères.

Ces trois grandes classes de médicaments devraient regrouper la grande majorité des médicaments consommés à l'échelle d'une population. La poly-consommation étant une pratique plutôt développée en matière de psychotropes, les propositions ci-dessus n'étaient pas exclusives, et des personnes

pouvaient répondre avoir consommé des médicaments dans une ou plusieurs classes. L'attribution d'un médicament à une classe particulière est donc ici faite par le consommateur, ce qui ne correspond pas nécessairement à une classification réalisée en utilisant une nomenclature de référence.

Le **tableau XIII** montre pour chacune des classes de psychotropes (antidépresseurs, anxiolytiques ou calmants, somnifères), le pourcentage de personnes ayant déclaré une consommation au cours de la vie, le pourcentage de consommateurs au cours des 12 derniers mois ainsi que le pourcentage de personnes qui consommaient des psychotropes au moment de l'enquête (consommation actuelle). Lorsque les individus ont déclaré avoir consommé des psychotropes, il leur a été demandé si ces « *médicaments ont été prescrits parce que vous étiez dépressif ou déprimé* ».

Pour les individus qui ont déclaré une consommation de psychotropes au cours des 12 derniers mois, la durée de la consommation ainsi que l'effet des médicaments sur les troubles ont aussi été demandés.

D'après les déclarations de ceux qui les consomment, on observe que les antidépresseurs sont les médicaments les plus fréquents, utilisés par 19,7 % des personnes interrogées. Les anxiolytiques/tranquillisants et les autres médicaments sont moins souvent déclarés, mais restent fréquents avec respectivement 15,1 % et 14,9 % des individus de l'échantillon qui déclarent y avoir eu recours.

Parmi elles, environ un tiers en ont consommé au cours des 12 derniers mois, soit 6,2 % de l'échantillon. On peut distinguer ceux qui ont arrêté leur consommation de ceux qui sont des consommateurs actuels. La durée de consommation des psychotropes est en moyenne bien plus longue pour ceux qui y ont toujours recours au moment de l'enquête. Lorsqu'elle est

arrêtée, la consommation a duré moins de 6 mois pour 66 % des consommateurs d'antidépresseurs et pour 72 % des consommateurs d'anxiolytiques ou de tranquillisants. En revanche, la consommation encore en cours semble être le signe d'un usage chronique : supérieure à 3 ans pour 46 % des consommateurs d'antidépresseurs et pour 63 % des consommateurs d'anxiolytiques.

Pour décrire un aspect du phénomène de poly-consommation en matière de psychotropes, nous avons souhaité montrer la façon dont les consommations déclarées se répartissent selon la combinaison des trois catégories proposées. Cette analyse

est illustrée dans le **tableau XIV** et permet d'observer l'importance du phénomène de poly-consommation dans la mesure où plus d'un tiers des individus concernés (33,7 %) déclare avoir consommé des médicaments provenant de deux classes différentes. L'association antidépresseurs/anxiolytiques est particulièrement fréquente (13,5 %).

Le **tableau XIV** permet aussi de constater que l'attribution de la classe par ceux qui les consomment présente des limites, qui auront des effets sur les analyses suivantes. En effet, 12,4 % des personnes se déclarant consommatrices n'attribuent leur médicament à aucune des trois classes proposées.

TABLEAU XIII

Caractéristiques de la consommation de médicaments psychotropes

	Antidépresseurs		Anxiolytiques/tranquillisants		Calmants, somnifères, autres	
	n	%	n	%	n	%
Consommation au cours de la vie	6 498	19,7	6 498	15,1	6 498	14,9
Due à un état dépressif ou à une déprime		17,6		10,6	–	–
Consommation au cours des 12 derniers mois		6,2		5,4	787	5,2
Consommation actuelle		4,3		3,2	–	–
Durée de consommation* (si consommation actuelle)	299		203		–	–
Moins d'1 mois		4,5		5,9		
De 1 mois à 6 mois		13,1		8,1		
De 6 mois à 1 an		15,8		5,7		
De 1 an à 3 ans		20,0		16,7		
3 ans et plus		46,0		63,0		
Durée de consommation* (si consommation non actuelle)	128		108		–	–
Moins d'1 mois		38,2		51,9		
De 1 mois à 6 mois		27,3		19,7		
De 6 mois à 1 an		10,0		3,0		
De 1 an à 3 ans		9,7		14,3		
3 ans et plus		12,3		14,3		
Effet du traitement sur les problèmes si consommation au cours de la vie	1 289		901		–	–
Diminution des problèmes		46,5		50,0		
Disparition des problèmes		27,2		23,1		

Les pourcentages sont calculés à partir de l'échantillon redressé par sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle et grande région de la population française. Les effectifs sont non pondérés.

* : Durée de consommation connue pour les personnes ayant consommé au cours des 12 derniers mois

- : Données non recueillies

Lecture : sur l'échantillon total de 6 498 personnes, 19,7 % ont déclaré avoir consommé au moins une fois des antidépresseurs au cours de leur vie, 6,2 % au cours des 12 derniers mois et 4,3 % en consomment au moment de l'enquête.

TABLEAU XIV

Répartition de la consommation déclarée des classes de médicaments psychotropes, par sexe (%)

	Hommes n = 657	Femmes n = 1445	Total n = 2 102
Antidépresseur uniquement	17,9	22,8	20,8
Anxiolytique ou tranquillisant	16,2	13,2	14,5
Autre médicament pour les nerfs, calmants ou somnifères	22,9	15,9	18,8
Antidépresseur et anxiolytique	13,1	13,8	13,5
Antidépresseur et autre médicament pour les nerfs	9,2	8,1	8,5
Anxiolytique et autre médicament pour les nerfs	3,3	2,4	2,8
Antidépresseur, anxiolytique et autre médicament pour les nerfs	5,3	11,4	8,9
Aucune de ces classes de médicaments	12,1	12,5	12,4

Les pourcentages sont calculés à partir de l'échantillon redressé par sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle et grande région de la population française. Les effectifs sont non pondérés.

Lecture : parmi les 657 hommes qui ont déclaré consommer des psychotropes au cours de leur vie, 17,9 % ont déclaré avoir consommé seulement des antidépresseurs.

IDENTIFICATION
DES MÉDICAMENTS CONSOMMÉS

Afin de préciser la distribution des consommations selon les classes thérapeutiques en se basant, non plus sur une attribution déclarée mais sur une classification de référence, il a été demandé aux individus de donner le nom de leurs médicaments psychotropes. En se basant sur la classification de référence « ATC » (anatomique, thérapeutique et chimique) de l'OMS, les classes thérapeutiques ont ainsi pu être déterminées.

Ce mode de recueil, aboutit à une information partielle, liée notamment à une difficulté importante à fournir le nom des psychotropes consommés³.

Parmi ceux ayant été invités à identifier les psychotropes qu'ils avaient consommé au cours de leur vie (n = 1 871), on constate d'abord un nombre élevé de données manquantes. En effet, 35,4 % d'entre eux n'ont pu donner le nom d'aucun des médicaments qu'ils déclaraient avoir pris, tandis que 50,3 % ont eu une difficulté pour donner le nom d'au moins un de leurs médicaments.

Nous disposons donc d'une information au moins partielle, c'est-à-dire du nom d'au moins un des médicaments psychotropes consommés pour 64,6 % des utilisateurs.

Cette quantité importante de données manquantes, qui en soi est déjà une information intéressante, nous conduit à comparer, pour prendre en considération un éventuel biais de réponse, les individus selon le degré d'information disponible. Cette étape préalable est nécessaire avant de pouvoir décrire en détails la distribution des différents psychotropes selon leur classe thérapeutique.

Les consommateurs de médicaments psychotropes peuvent être ainsi divisés en trois groupes :

- ceux qui déclarent une consommation sans préciser s'il s'agit d'antidépresseurs, d'anxiolytiques ou de somnifères (n = 231) ;
- ceux qui le précisent, sans donner le nom

3. Par ailleurs, une erreur dans la construction du questionnaire a entraîné une perte d'information supplémentaire. Comme nous l'avons évoqué précédemment [tableau XIV], près de 12,4 % des individus n'ont pas attribué les psychotropes qu'ils ont consommés à l'une des trois classes proposées. Ces individus ont été automatiquement exclus, et il ne leur a pas été demandé de préciser le nom de ces médicaments, ce qui entraîne une probable sous-estimation.

d'aucun des médicaments consommés (n = 587) ;

■ ceux pour lesquels nous disposons du nom d'au moins un des médicaments (n = 1284).

Le profil de ces trois groupes est comparé à celui des non-consommateurs de psychotropes (n = 1 940) en termes de sexe, d'âge et de survenue d'épisode dépressif majeur dans le **tableau XV**.

L'analyse illustrée par le **tableau XV** permet de mettre en évidence un biais de réponse important.

D'abord, on peut constater que les consommateurs de psychotropes sont plus particulièrement des femmes, et globalement des personnes plus âgées que les non-consommateurs. Ce groupe présente une prévalence d'EDM au cours de la vie bien plus importante.

En observant plus particulièrement les consommateurs selon le degré d'infor-

mation fournie, on constate une différence particulièrement importante en ce qui concerne la prévalence de l'épisode dépressif majeur : elle est largement plus élevée dans le groupe des individus qui ont pu identifier l'ensemble des médicaments, ce qui laisse supposer que les individus ayant les pathologies les plus sévères sont les plus aptes à fournir cette information.

Le biais de réponse décrit ci-dessus ne concerne pas totalement la distribution du nombre de médicaments psychotropes dans la mesure où l'individu pouvait déclarer une consommation sans préciser le nom correspondant. Elle est malgré tout décrite sur une population partielle, car elle ne comprend pas les 12,4 % d'individus automatiquement exclus pour ne pas avoir déclaré la classe de leurs médicaments (cf. note de bas de page n° 3). De plus, il est possible que le nombre de médicaments consommés

TABLEAU XV

Comparaison des distributions de sexe, âge et EDM selon la consommation de médicaments psychotropes et le niveau de leur identification (%)

	Aucune consommation de médicaments psychotropes (n = 1940)	Consommation de psychotropes sans précision sur la classe de médicaments (n = 231)	Consommation de psychotropes sans identification du médicament (n = 587)	Nom de médicament identifié (n = 1284)
Sexe				
Hommes	54,4	39,9	49,9	36,5
Femmes	45,6	60,1	51,0	63,6
Âge				
15-19 ans	10,9	13,4	9,4	1,5
20-25 ans	12,3	6,9	8,4	6,2
26-34 ans	19,5	13,1	14,5	13,8
35-44 ans	19,0	19,3	21,8	19,1
45-54 ans	17,2	17,9	18,5	25,6
55-64 ans	10,5	13,1	11,8	16,6
65-75 ans	10,8	16,4	15,6	17,3
EDM vie entière				
	8,3	17,6	28,9	40,5

Les pourcentages sont calculés à partir de l'échantillon redressé par sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle et grande région de la population française. Les effectifs sont non pondérés.

Lecture : parmi les 1940 personnes qui ont déclaré ne pas avoir consommé de psychotropes au cours de leur vie, 54,4 % étaient des hommes et 45,6 % étaient des femmes.

soit sous-estimé car une absence d'identification peut concerner plus d'un médicament. Cette distribution est présentée dans la **figure 4** ci-dessous. Les psychotropes ont pu être consommés de façon successive ou simultanée. La figure décrit aussi la part des médicaments qui n'ont pas pu être identifiés.

Environ six personnes sur dix ont déclaré avoir consommé un seul médicament psychotrope au cours de leur vie. Il est cependant rare d'avoir consommé plus de 5 psychotropes différents (moins de 1 % au total). On constate aussi que la part de médicaments non identifiés est la plus importante lorsqu'un seul médicament a été déclaré et qu'elle diminue progressivement.

Les différents biais liés au mode de recueil de l'information ayant ainsi été précisés, nous allons maintenant pouvoir décrire la distribution des psychotropes en nous basant sur le nom des médicaments donnés. Nous allons nous intéresser à deux aspects, d'abord à la liste des médicaments les plus courants, ensuite aux différentes classes thérapeutiques en utilisant comme référence la classification ATC.

Il faudra toutefois tenir compte, à la lecture des résultats, des différents biais évoqués précédemment : la distribution des psychotropes est basée sur les réponses d'une population susceptible d'identifier ses psychotropes plus que la moyenne, qui, au vu des analyses, semble correspondre à une population d'individus présentant plus de problèmes de dépression que la moyenne des consommateurs.

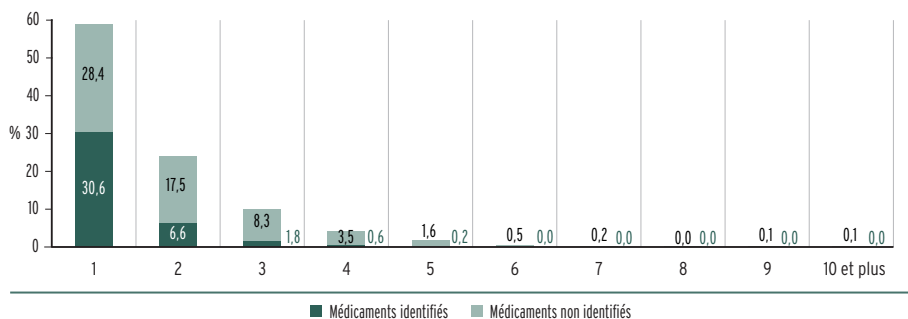
Le **tableau XVI** indique les 10 médicaments les plus déclarés. Ces médicaments représentent 64,6 % de l'ensemble des médicaments déclarés. Le Lexomil® est de loin le médicament le plus fréquemment cité (20,4 %).

Si l'on analyse plus en détails la consommation de médicaments psychotropes, et notamment des associations éventuelles, on constate que les 10 médicaments les plus fréquemment cités ci-dessus ont été consommés par 81,6 % des individus qui ont pu identifier les médicaments consommés ($n = 1\,284$).

Lorsqu'on regroupe l'ensemble des médicaments psychotropes en prenant comme référence la classification ATC, on

FIGURE 4

Distribution de la consommation totale de médicaments psychotropes et pourcentage de médicaments non identifiés chez les personnes ayant déclaré avoir consommé des psychotropes au cours de leur vie (n=1 871)



Les pourcentages sont calculés à partir de l'échantillon redressé par sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle et grande région de la population française. Les effectifs sont non pondérés.

observe que plus de 95 % de ces médicaments sont des tranquillisants (51,6 %), des antidépresseurs (30,5 %) ou des somnifères

TABLEAU XVI

Fréquence de consommation des médicaments psychotropes les plus courants, pour l'ensemble des médicaments déclarés et identifiés par l'utilisateur

Nom du psychotrope	%	Classe thérapeutique
Lexomil®	20,4	Anxiolytique
Xanax®	8,8	Anxiolytique
Prozac®	8,6	Antidépresseur
Stilnox®	5,9	Hypnotique
Temesta®	5,3	Anxiolytique
Deroxat®	5,0	Antidépresseur
Lysanxia®	4,0	Anxiolytique
Tranxène®	3,5	Anxiolytique
Imovane®	3,3	Hypnotique
Effexor®	3,1	Antidépresseur

(14,3 %). La distribution selon cette classification est présentée dans le **tableau XVII**.

Contrairement aux déclarations des personnes [**tableau XIV**], ce sont les tranquillisants qui sont les plus consommés suivis par les antidépresseurs et les somnifères.

TABLEAU XVII

Répartition des médicaments psychotropes consommés selon la classification ATC

Classe thérapeutique	%
Tranquillisants	51,6
Antidépresseurs	30,5
Hypnotiques	14,3
Antipsychotiques	2,9
Antihistaminiques systémiques	0,4
Antiépileptiques	0,2
Antiprurigineux, antihistaminiques topiques	0,1

PSYCHOTHÉRAPIES

Au cours de la vie, le taux de recours à une psychothérapie est de 8,2 % (n = 521) dans la population enquêtée, dont environ un tiers des personnes (n = 166) au cours des 12 derniers mois et parmi ces derniers, environ les deux tiers étaient encore en psychothérapie au moment de l'enquête (n = 115).

Les psychothérapies, au même titre que la plupart des recours aux soins pour des problèmes de santé mentale, sont deux fois plus courantes chez les femmes (10,9 %) que chez les hommes (5,4 %) ; $p < 0,001$. Les personnes entre 25 et 49 ans sont celles qui y ont eu recours le plus souvent (10 %) contre 6 % parmi les 15-24 ans et 3 % parmi les 65-75 ans ; $p < 0,001$.

En général, les usagers de ces soins n'ont recours qu'à un seul type de psychothérapie puisque seuls 14,8 % de l'ensemble en ont

fait plusieurs types, et rarement plus de 3 ou 4 types (moins de 1 %).

Les personnes qui ont déclaré avoir suivi une psychothérapie étaient invitées à préciser le type de psychothérapie dont il s'agissait, et pouvaient citer plusieurs types. Une liste de 23 thérapies était proposée. On peut s'interroger sur la représentativité des réponses dans la mesure où, comme le montre le **tableau XVIII**, près de 40 % des personnes interrogées ne savent pas quel type de psychothérapie ils ont suivi. Par ailleurs, 33,9 % d'entre eux ont fait une autre psychothérapie que celles proposées. Une analyse textuelle de ces « autres psychothérapies » n'a pas permis de procéder à un regroupement satisfaisant.

On constate donc que pratiquement tous les traitements proposés ont été très peu

fréquemment identifiés. Seuls les traitements psychanalytiques (analyses ou cures psychanalytiques) ou les thérapies cognitives et/ou comportementales semblent

échapper à cette règle. Ces deux types de traitements, qui sont les plus connus, sont les plus fréquemment cités.

TABLEAU XVIII

Répartition des types de psychothérapies (%)

	Hommes (n = 145)	Femmes (n = 376)	Total (n = 521)
Psychanalyse	13,9	7,9	9,9
Cure (psychanalytique)	3,1	4,1	3,8
Thérapie cognitive et/ou comportementale	5,4	4,8	5,0
Thérapie interpersonnelle	2,9	1,8	2,2
Analyse transactionnelle	1,4	1,9	1,7
Psychologie de la motivation	0,0	2,2	1,5
Thérapie familiale	0,9	1,5	1,3
Psychothérapie transpersonnelle	1,4	1,0	1,1
Thérapie rogérianne ou centrée sur la personne	1,9	0,8	1,1
Gestalt	1,3	0,9	1,0
Sophrologie	1,7	0,5	0,8
Bio-énergie	1,6	0,2	0,6
Psychodrame	0,0	0,8	0,5
PNL (Programmation neuro-linguistique)	1,6	0,0	0,5
Rebirth	0,4	0,2	0,3
Analyse psycho-organique	0,4	0,2	0,3
Hypnose classique	0,0	0,4	0,3
Intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (EMDR)	0,0	0,3	0,2
Musicothérapie	0,0	0,2	0,1
Sexothérapie	0,4	0,0	0,1
Thérapie primale	0,0	0,2	0,1
Hypnose éricksonienne	0,0	0,2	0,1
Analyse bio-énergétique	0,0	0,0	0,0
Art-thérapie	0,0	0,0	0,0
Danse-thérapie	0,0	0,0	0,0
Focusing	0,0	0,0	0,0
Haptonomie	0,0	0,0	0,0
Intégration posturale thérapeutique	0,0	0,0	0,0
Thérapie systémique	0,0	0,0	0,0
Autres (préciser)	28,8	36,3	33,9
Ne sait pas	42,2	38,9	39,9

DISCUSSION

RECOURS AUX SOINS

Nous avons vu que 27,7 % des personnes interrogées ont eu recours au moins une fois dans leur vie à un professionnel pour des « problèmes émotifs, nerveux, psychologiques ou des problèmes de comportement » et 7,9 % au cours des 12 derniers mois. Avant de commenter ces taux de recours, plusieurs points méthodologiques méritent d'être soulevés. Comme pour toute donnée déclarative, les consultations qui ont été rapportées ont pu être sujettes au biais de mémorisation, d'autant plus important que la période considérée porte sur la vie entière. Cependant, la prise en compte de cette période a l'avantage de donner des informations sur un plus grand nombre de sujets et aussi de permettre d'affiner des parcours de soins.

Par ailleurs, l'identification d'un problème comme étant de type psychique présuppose la reconnaissance de la nature des problèmes. En effet, certaines personnes ont pu consulter pour des troubles mentaux, mais ont considéré ne pas avoir de problème de santé mentale et par conséquent, n'ont pas répondu à cette partie du questionnaire ; ce qui a pu conduire à une sous-estimation du taux de recours. L'ampleur de ce phénomène est difficilement quantifiable, mais le fait que les taux de recours que nous rapportons sont comparables à ce qui est rapporté dans la littérature est plutôt rassurant quant à la fiabilité de cette méthode.

L'étude ESEMed (*European Study of the Epidemiology of Mental Disorders*) conduite entre 2001 et 2003 dans 6 pays européens a montré que le recours aux soins pour raison de santé mentale au cours de la vie s'échelonnait entre 10 % en Italie et 30 % aux Pays-Bas (27,8 % en France) [3]. Les autres études conduites en population générale dans les pays occidentaux ayant utilisé le

CIDI comme instrument diagnostique et mesuré de façon comparable le recours aux soins ont essentiellement rapporté un taux de recours durant la dernière année compris entre 8 % et 18 % [7-11]. Sans surprise, le taux de recours est plus important dans les pays occidentaux ; par comparaison, il est de 0,8 % au Nigeria [2, 12]. Comme nous l'avons indiqué, le recours pour troubles mentaux s'avère plus élevé parmi les femmes et dans les classes d'âge intermédiaire [3, 8, 10, 11, 13-15].

De façon constante, dans tous les pays le taux de recours dépend de la sévérité des troubles [2]. Dans la présente étude, le taux de recours est associé statistiquement à la présence et la sévérité des troubles dépressifs. Dans le cas d'EDM sévères, le taux de recours est de 67,6 % et dans le cas d'EDM légers ou modérés, il est de 48,1 % tandis que 12,7 % des personnes qui n'ont pas déclaré les symptômes caractérisant une période dépressive ont déclaré avoir consulté pour des problèmes de santé mentale. Ce dernier chiffre mérite un commentaire. La présente enquête ne prenant pas en compte tous les diagnostics de troubles mentaux, nous ne pouvons pas exclure que les personnes n'ayant déclaré aucun symptôme dépressif et qui ont eu recours à des professionnels pour des problèmes de santé mentale n'aient pas présenté de troubles mentaux non mesurés dans cette étude et nécessitant un recours. Dans des enquêtes mesurant de façon plus exhaustive les différents troubles mentaux, les personnes ne remplissant pas les critères pour des troubles étaient entre 2,8 % et 10 % à déclarer avoir consulté pour raisons de santé mentale dans les douze derniers mois [10, 16-19]. Dans ESEMed, parmi les sujets n'ayant eu aucun des troubles mesurés par l'enquête, le recours aux soins pour raison de santé mentale au cours de la vie était le plus important (17 %)

aux Pays-Bas et en France comparativement à un taux de recours de 5 % en Italie et de 8 % en Espagne [3].

Dans le « Baromètre santé 2005 », 60,5 % des personnes ayant vécu un EDM au cours de la dernière année ont déclaré avoir eu recours aux soins durant cette même période [15]. Dans les enquêtes internationales, parmi les personnes qui ont déclaré des EDM ou des troubles de l'humeur, entre 30 % et 65 % ont eu recours aux soins [8, 9, 13, 14, 20], ce qui a pu faire dire à certains auteurs que dans les pays occidentaux, entre une personne sur trois et une personne sur deux présentant des EDM sévères n'étaient pas traitées dans le système de soins [2].

La discussion concernant l'utilisation de la prévalence des troubles en tant qu'approximation pour le besoin de soin n'est pas encore complètement résolue. Pour certains auteurs, pour un besoin de soin, la seule présence des troubles ne suffit pas, il faut des symptômes suffisamment invalidants associés à une détresse psychologique [11]. Dans certains cas, la détresse psychologique peut être suffisamment invalidante pour nécessiter des soins sans que tous les symptômes pour les critères de définition des troubles soient réunis. Parmi les symptômes de la dépression, certains (anhédonie, culpabilité, pensée de mort et fatigue) seraient associés de façon plus étroite au recours aux soins que d'autres moins spécifiques [14, 20, 21]. Les personnes déclarant une dépression réactionnelle à un décès consulteraient 2 fois moins que celles qui avaient une dépression non réactionnelle [20]. D'autres raisons de ne pas avoir recours aux soins pourraient aussi dépendre des caractéristiques de la dépression elle-même, de sa sévérité, de sa durée, d'un profil symptomatique particulier et du degré de retentissement que prend cette dépression sur les activités de la vie courante. Il est également possible que le recours aux soins entamé ait permis

la disparition de certains des symptômes, rendant ainsi plus délicate l'interprétation du lien entre EDM tel que diagnostiqué par le CIDI-SF et recours aux soins. Ceci explique en partie le fait que plus de la moitié des personnes ayant consulté un professionnel pour raisons de santé mentale au cours de l'année n'ont pas de symptômes dépressifs au moment de l'enquête.

Par ailleurs, il existe une différence entre les standards de recours aux soins considérés comme adéquats et optimaux par les professionnels de santé et les besoins implicites ou explicites qu'ont les patients concernant leur recours aux soins. L'individu passe par plusieurs étapes avant la demande de soins pour des problèmes émotionnels : il ressent les symptômes, il en évalue la sévérité et les conséquences, il détermine s'il y a une nécessité de traitement, il étudie la faisabilité ou l'acceptabilité du traitement et éventuellement d'autres options de recours et finalement il envisage d'avoir recours ou non au traitement. C'est donc un processus qui est loin de l'équation trouble avéré = demande de soins, la demande de soins n'étant elle-même pas identifiable au besoin de soin. Le besoin de soins, tout comme les troubles mentaux, pourraient être envisagés comme un continuum plutôt que des groupes distinguant des sujets sains ne nécessitant pas de soins et des sujets pathologiques qui « doivent » être soignés [22]. Néanmoins, une telle approche n'est guère compatible avec le recours à des échelles standardisées telles que le CIDI-SF.

LES PROFESSIONNELS

Dans la présente étude, les MG étaient les professionnels les plus sollicités pour soigner les troubles mentaux et une fois sur deux de façon exclusive. Bien que le système d'organisation des soins, la répartition entre soins dans le système généraliste et soins spécialisés ainsi que les modes de référence

au spécialiste ne soient pas les mêmes dans les différents pays, le MG est le professionnel qui intervient le plus souvent dans la prise en charge des troubles mentaux dans tous les pays [3, 8, 10, 13, 16, 17, 19].

Dans la majorité des études, les résultats ne différencient pas les professionnels de santé mentale entre psychiatres et psychologues, mais de façon constante, un recours aux professionnels de santé mentale était plus souvent rapporté lorsque les troubles étaient sévères ou multiples [8, 9, 16, 17]. Comme nous l'avons vu précédemment dans cette enquête, lors d'EDM sévères, le taux de recours aux psychiatres était de 50 % contre 18 % parmi les individus n'ayant déclaré aucun trouble, tandis que le recours aux psychologues était d'environ 25 % quelle que soit la sévérité des troubles. L'analyse de l'enquête ESEMeD mettant en regard le recours aux différents types de professionnels selon les ressources des pays est intéressante [3] : le recours aux psychiatres était le plus bas aux Pays-Bas (25,5 %) et le plus élevé en Espagne (44 %), la France ayant un taux intermédiaire comparable à celui de la Belgique ; le recours aux psychologues était le plus bas en France (23 %) et le plus élevé aux Pays-Bas (65 %). En France, la densité des psychiatres (22 pour 100 000 habitants) est la plus élevée d'Europe [23] ; elle est six fois supérieure à celle de l'Espagne ; la densité des psychologues est estimée à 5 pour 100 000 habitants en France contre 28 aux Pays-Bas et 52 en Allemagne [3]. Bien que l'Espagne ait une faible densité de professionnels de santé mentale, son taux de recours aux psychiatres et aux psychologues est parmi les plus élevés, tandis qu'en France, le taux de recours aux psychiatres est intermédiaire alors que la densité des psychiatres est la plus élevée. Aux Pays-Bas, le recours aux psychologues semble complémentaire du recours aux psychiatres, tandis qu'en France, le faible recours aux psychologues pourrait être lié au non-rembourse-

ment de ces consultations. Ainsi, le taux de recours aux différents types de professionnels ne semble pas directement lié à la disponibilité des ressources, mais dans certains pays, par exemple l'Espagne, c'est une meilleure orientation des patients par les MG vers des spécialistes qui pourrait expliquer le plus grand recours aux spécialistes [3].

LES SOINS

La consommation de médicaments psychotropes a été rapportée par 38 % des personnes enquêtées, et particulièrement par plus de la moitié des personnes ayant déclaré avoir eu recours à un professionnel pour des problèmes de santé mentale et par plus des deux-tiers de ceux qui ont déclaré un EDM. Ces chiffres sont proches de ceux rapportés par Andrews en Australie qui a trouvé que 61 % des personnes ayant déclaré avoir des troubles mentaux et qui ont consulté ont reçu des médicaments [11]. En France, d'après les données nationales de la CNAMTS en 2000, environ un quart des assurés sociaux avaient été remboursés d'une prescription de psychotropes [24]. Nos données concernant les classes de médicaments consommés, si elles sont parcellaires, concordent néanmoins avec les données de l'assurance maladie sur le fait que les médicaments les plus consommés sont les tranquillisants-anxiolytiques, les antidépresseurs et les hypnotiques.

Le recours à la psychothérapie est rapporté par un pourcentage peu élevé de personnes et dans les deux-tiers des cas, le type de psychothérapie suivie n'est pas connu ou n'a pas été reconnu dans une liste décrivant pourtant l'ensemble des psychothérapies pratiquées en France. La fréquence de psychothérapies faites par des psychiatres est particulièrement élevée, ce qui est une spécificité française contrairement aux autres pays, notamment anglo-saxons,

ou du nord de l'Europe où la majorité des psychothérapies sont effectuées par des psychologues ou d'autres thérapeutes ayant un diplôme spécifique. Le coût élevé des séances (estimées dans cette enquête à plus de 30 euros avec en moyenne une séance par semaine) ainsi que le remboursement des actes pratiqués par un psychiatre,

mais pas ceux par un psychologue ou autre psychothérapeute pourrait expliquer cette spécificité. De plus, en France, la représentation du psychiatre et du psychologue n'est pas la même. Le psychiatre bénéficie d'un statut plus élevé, ce qui peut aussi expliquer un recours particulièrement important pour la psychothérapie.

Bibliographie

- [1] Organisation mondiale de la santé. *Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions. Rapport de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS*. Copenhague : Organisation Mondiale de la santé, 2006.
En ligne : <http://www.euro.who.int/document/E88538.pdf?language=french>
- [2] Demyttenaere K., Bruffaerts R., Posada-Villa J., Gasquet I., Kovess V., Lepine J.P., et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004 Jun 2, vol. 291, n° 21 : p. 2581-2590.
- [3] Kovess-Masfety V., Alonso J., Brugha T.S., Angermeyer M.C., Haro J.M., Sevilla-Dedieu C. Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. *Psychiatric services*, 2007 Feb, vol. 58, n° 2 : p. 213-220.
- [4] Bijl R.V., de Graaf R., Hiripi E., Kessler R.C., Kohn R., Offord D.R., et al. The Prevalence Of Treated And Untreated Mental Disorders In Five Countries. *Health affairs*, 2003 May 1, vol. 22, n° 3 : p. 122-133.
- [5] Kohn R., Saxena S., Levav I., Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004 Nov, vol. 82, n° 11 : p. 858-866.
- [6] Spitzer R.L. Diagnosis and need for treatment are not the same. *Archives of general psychiatry*, 1998 Feb, vol. 55, n° 2 : p. 120.
- [7] Sareen J., Cox B.J., Afifi T.O., Clara I., Yu B.N. Perceived need for mental health treatment in a nationally representative Canadian sample. *Canadian journal of psychiatry*, 2005 Sep, vol. 50, n° 10 : p. 643-651.
- [8] Bijl R.V., Ravelli A. Psychiatric morbidity, service use, and need for care in the general population : results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *American Journal of Public Health*, 2000 Apr 1, vol. 90, n° 4 : p. 602-607.
- [9] Kessler R.C., Zhao S., Katz S.J., Kouzis A.C., Frank R.G., Edlund M., et al. Past-Year Use of Outpatient Services for Psychiatric Problems in the National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, 1999 Jan 1, vol. 156, n° 1 : p. 115-123.
- [10] Wang P.S., Lane M., Olfson M., Pincus H.A., Wells K.B., Kessler R.C. Twelve-Month Use of Mental Health Services in the United States : Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 2005 Jun 1, vol. 62, n° 6 : p. 629-640.
- [11] Andrews G., Henderson S., Hall W. Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation : Overview of the Australian National Mental Health Survey. *The British journal of psychiatry*, 2001 Feb 1, vol. 178, n° 2 : p. 145-153.
- [12] Wang P.S., Guilar-Gaxiola S., Alonso J., Angermeyer M.C., Borges G., Bromet E.J., et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet*, 2007 Sep 8, vol. 370, n° 9590 : p. 841-850.
- [13] Sareen J., Cox B.J., Afifi T.O., Yu B.N., Stein M.B. Mental health service use in a nationally representative Canadian survey. *Canadian journal of psychiatry*, 2005 Oct, vol. 50, n° 12 : p. 753-761.
- [14] Hämmäläinen J., Isometsä E., Laukkala T., Kaprio J., Poikolainen K., Heikkinen M., et al. Use of health services for major depressive episode in Finland. *Journal of Affective Disorders*, 2004 Apr, vol. 79, n° 1-3 : p. 105-112.
- [15] Morvan Y., Prieto A., Briffault X., Blanchet A., Dardennes R., Rouillon F., et al. Le dépression : prévalence, facteurs associés et consommation de soins. In : Beck F, Guilbert P, Gautier A (sous la direction de). *Baromètre santé 2005*. Inpes, 2007. p. 459-485.
- [16] Andrews G., Issakidis C., Carter G. Shortfall in mental health service utilisation. *The British journal of psychiatry*, 2001 Nov 1, vol. 179, n° 5 : p. 417-425.
- [17] Alegria M., Bijl R.V., Lin E., Walters E.E., Kessler R.C. Income Differences in Persons Seeking Outpatient Treatment for Mental Disorders : A Comparison of the United States With Ontario and the Netherlands. *Archives of general psychiatry*, 2000 Apr 1, vol. 57, n° 4 : p. 383-391.
- [18] Kessler R.C., Frank R.G., Edlund M., Katz S.J., Lin E., Leaf P. Differences in the use of psychiatric outpatient services between the United States and Ontario. *The New England Journal of Medicine*, 1997 Feb 20, vol. 336, n° 8 : p. 551-557.
- [19] Brugha T.S., Bebbington P.E., Singleton N., Melzer D., Jenkins R., Lewis G., et al. Trends in service use and treatment for mental disorders in adults throughout Great

Britain. *The British journal of psychiatry*, 2004 Nov, vol. 185 : 378-384.

- [20] Galbaud du Fort G., Newman S.C., Boothroyd L.J., Bland R.C. Treatment seeking for depression : role of depressive symptoms and comorbid psychiatric diagnoses. *Journal of affective disorders*, 1999 Jan 3, vol. 52, n° 1-3 : p. 31-40.
- [21] Ten Have M., de Graaf R., Vollebergh W., Beekman A. What depressive symptoms are associated with the use of care services ? : Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Journal of Affective Disorders*, 2004 Jun, vol. 80, n° 2-3 : p. 239-248.
- [22] Lin E., Goering P.N., Lesage A., Streiner D.L. Epidemiologic assessment of overmet need in mental health care. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 1997 Aug, vol. 32, n° 6 : p. 355-362.
- [23] Collet M., Sicart D. La démographie des psychiatres : état des lieux. In : Coldefy M (coordonné par). *La prise en charge de la santé mentale - recueil d'études statistiques*. Collection Etudes et Statistiques ed. La Documentation Française, 2007. p. 69-98.
En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/drees/santementale/santementale.htm>
- [24] Lecadet J., Vidal P., Baris B., Vallier N., Fender P., Allemand H., et al. Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine.I. Données nationales, 2000. *Revue médicale de l'assurance maladie*, 2003, vol. 34, n° 2 : p. 75-84.



L'essentiel

L'enquête Anadep a été réalisée en amont de la campagne nationale sur la dépression lancée par l'INPES en octobre 2007. L'étude des opinions vise à dresser un panorama des représentations de la dépression en population générale et à analyser leurs relations avec les comportements.

La souffrance liée à la dépression reconnue

Une majorité des enquêtés reconnaissent la souffrance de la personne dépressive ainsi que celle de ses proches. C'est d'autant plus vrai que le niveau de diplôme est élevé ou que la personne interrogée a présenté par le passé un épisode dépressif majeur (EDM). Si « *la dépression est une maladie* » pour 85 % des personnes interrogées, plus de 30 %, paradoxalement, estiment encore que ce trouble est un « *coup de blues passager* », opinion qui est corrélée à un faible niveau de diplôme et au fait d'être un homme.

Les causes de la dépression mal appréhendées

Les représentations sur les causes de la dépression demeurent floues. Ainsi, la moitié considère que « *la dépression, ça vient comme ça, on ne sait pas pourquoi* ». Le trouble psychique est invoqué par 60 % des sujets. Si la dépression a une origine biologique ou physiologique pour la moitié des enquêtés, ils sont 31 % à considérer que « *la dépression est causée uniquement par des événements extérieurs à la personne* ». Cette dernière opinion est d'ailleurs

plus répandue parmi ceux qui ont connu un EDM. Enfin, 16 % considèrent qu'une « *personne dépressive est une personne qui n'a pas de volonté* ».

La souffrance est légitime et la guérison possible

Plus de 90 % partagent l'opinion selon laquelle « *on a le droit d'aller mal* » et une large majorité considère qu'« *avoir une dépression, c'est suffisamment grave pour solliciter l'aide de quelqu'un* ». D'ailleurs peu nombreux sont ceux qui pensent qu'« *il est honteux d'aller chez un psy* ».

Parallèlement, si près de 80 % des personnes interrogées pensent qu'on peut guérir complètement d'une dépression, moins d'un quart considère qu'une « *personne qui fait une dépression peut s'en sortir tout seul* ». Ceux qui pensent ainsi sont plus souvent les hommes et les plus jeunes, ce qui peut contribuer à expliquer la plus faible proportion de recours au soin pour ce motif dans ces populations. Cependant, il semble que la reconnaissance de la souffrance et de la possibilité d'une guérison n'empêchent pas certains d'affirmer que « *les personnes dépressives se complaisent dans leur état* », opinion partagée par 30 % des personnes interrogées.

D'évidentes difficultés à se confier dans le milieu professionnel

Parler de ses problèmes de dépression, dans le milieu du travail ou même à son médecin, paraît risqué pour une bonne partie des enquêtés. Ainsi, ils sont 45 % à juger qu'il est

risqué d'en parler à ses collègues de travail, 39 % à son médecin du travail et même 24 % à son médecin généraliste.

Des représentations sur la dépression toujours hétérogènes

Une typologie effectuée sur l'ensemble des répondants permet de distinguer sept groupes d'individus. Plus de la moitié des individus montrent une certaine empathie et reconnaissent clairement la souffrance liée à la dépression ainsi que la possibilité d'une guérison. Parmi eux, il faut cependant distinguer ceux qui considèrent que les causes sont biologiques de ceux qui y voient plutôt une origine psychologique, plus jeunes et plus diplômés. Environ 13 % des enquêtés se montrent beaucoup plus pessimistes et ne croient pas à la guérison. Ils sont plus nombreux parmi eux à avoir fait un EDM dans l'année.

Néanmoins, près de 20 % des personnes interrogées ont des opinions stigmatisantes sur les personnes dépressives. Il s'agit d'individus appartenant aux classes d'âge extrêmes de l'échantillon (les plus jeunes ou les plus âgés) ou ayant un plus faible niveau d'études. Par ailleurs, une part non négligeable des individus (plus de 10 %) a tendance à ne pas émettre d'avis sur les différentes opinions telles qu'exprimées dans l'enquête. Enfin, quel que soit l'angle envisagé, les femmes semblent avoir des représentations plus affirmées que les hommes, peut-être parce que plus concernées.

Attitudes et opinions vis-à-vis de la dépression

FRANÇOIS BECK

ROMAIN GUIGNARD

ENGUERRAND ROLLAND DU ROSCOAT

XAVIER BRIFFAULT

INTRODUCTION

L'enquête Anadep a été menée en préalable à la campagne d'information sur la dépression lancée par le ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative et l'INPES diffusée en octobre 2007. Elle avait notamment pour objectif de faire le point en amont de cette communication sur les représentations de la population vis-à-vis de cette maladie et sur les distinctions opérées avec la déprime passagère ou le « coup de blues ». Du point de vue des nosographies actuelles, cette distinction se fait à la fois par le type et le nombre de symptômes, leur durée, la souffrance induite et le retentissement sur le fonctionnement dans la vie quotidienne. La définition utilisée dans l'enquête Anadep fait référence au *Diagnostic and Statistical Manual, fourth edition* (DSM-IV) de l'*American Psychiatric Association* [1]. L'épisode dépressif majeur (EDM) ou épisode dépressif caractérisé se traduit ainsi par un sentiment de tristesse inhabituel ou une perte d'intérêt et de plaisir dans tous les domaines sur une période d'au moins

15 jours, tous les jours ou presque, et pratiquement toute la journée. Cet état doit être associé à au moins trois autres symptômes parmi lesquels la perte d'intérêt pour la plupart des choses comme le travail, les loisirs ou les activités qui donnent habituellement du plaisir, l'épuisement ou le manque d'énergie, la prise ou la perte d'au moins cinq kilogrammes sur une période d'un mois, les difficultés pour dormir, les difficultés de concentration, la perte de confiance en soi et les pensées de mort récurrentes. Il doit également être associé à une perturbation des activités, ainsi qu'à un ralentissement ou une agitation — cette dernière dimension n'étant d'ailleurs pas prise en compte dans le CIDI-SF. Cependant, ces critères, nombreux et précis, sont ceux de la communauté scientifique, et les représentations communes de la dépression peuvent bien sûr en être très différentes [2].

La dépression est souvent présentée comme la « maladie du siècle ». L'étude des opinions sur la dépression permet d'appro-

cher les représentations de ce trouble au sein de la population. Le terme de représentation est ici utilisé dans un sens proche de celui que lui donne la psychologie sociale : il s'agit d'une « *forme de connaissance socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social* » [3]. En l'occurrence, il s'agit des représentations des profanes, par opposition à celles des experts ou des professionnels du champ de la santé mentale. Ces représentations profanes ont un rôle pratique dans le sens où elles servent à la fois de cadre cognitif donnant du sens à l'expérience et de guide pour l'action (comment l'idée qu'un individu se fait de la dépression va orienter ses choix de recours aux soins par exemple, ou encore ses réactions et ses attentes face à des personnes atteintes). Elles constituent un type particulier de connaissance, qui a sa logique propre, en général distincte de la logique savante, et qui s'appuie sur une activité discursive : l'individu doit être capable de l'énoncer et de la justifier [4-5].

Une cinquantaine de propositions ont ainsi été soumises à l'opinion des enquêtés,

dans le but de mettre en évidence des profils d'opinions correspondant à des représentations de la dépression structurées et cohérentes, puis d'étudier les principales caractéristiques des sujets présentant ces profils. Si certaines de ces propositions ont été inspirées par un ouvrage sur les idées reçues les plus communes relatives à la dépression [6], la plupart ont émergé lors de la préparation de la campagne, en particulier lors de la phase qualitative préalable à l'étude quantitative (entretiens individuels et focus groupes). Une première série d'items abordait des perceptions assez générales de la dépression et des souffrances qu'elle est susceptible de générer, de ses causes possibles, ainsi que des perspectives de guérison et de la légitimité d'un recours au soin. Une seconde série d'items concernait plutôt les représentations sur les psychothérapies et le recours au soin en général. L'étude de ces dernières et de leurs déterminants fera l'objet d'un travail ultérieur.

L'objectif du travail présenté ici est de caractériser des profils de représentation relatifs à la dépression, en se basant sur les réponses apportées dans cette enquête.

MÉTHODE

L'analyse se base sur les 4 042 individus de l'échantillon d'Anadep qui ont répondu à la version longue du questionnaire (cf. « Méthodologie de l'enquête Anadep », page 19). Les données ont été redressées de façon à être représentatives de la structure par sexe, âge, taille d'agglomération et région de résidence de la population française.

Pour cette étude, 28 propositions issues du questionnaire sur les représentations ont été utilisées. Les modalités de réponses se situaient sur une échelle de type Likert à 4 modalités (*tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt pas d'accord ou pas du tout d'accord*), le nombre pair imposant au répondant d'effec-

tuer un choix entre une appréciation positive ou négative. Les individus ne sachant pas ou ne souhaitant pas se prononcer figurent dans la colonne « Sans réponse » pour les tris à plats et ont été mis à valeur manquante dans les tableaux croisés et les modélisations statistiques, sauf lorsque leur proportion était significative (supérieure à 5 %).

Les propositions se répartissent en trois groupes, chacun relatifs :

- à la perception générale de ce qu'est une dépression et de ses causes ;
- à la guérison ;
- à la légitimité de la dépression et à l'opportunité d'en parler.

Le degré d'accord ou de désaccord global est d'abord décrit par la répartition des réponses selon les modalités.

Ensuite, des tests du χ^2 et des modèles de régression logistique multivariés sont calculés pour mettre en évidence d'éven-

LES ANALYSES FACTORIELLES ET LES CLASSIFICATIONS

Dans ces analyses, il s'agit de résumer au mieux l'information contenue dans une grande masse de données. Pour les analyses factorielles, la démarche est la suivante : considérons par exemple les 4 042 individus de l'enquête et leurs réponses à p questions (ou variables) concernant la perception de la dépression. Géométriquement, ce tableau correspond à un nuage de 4 042 points situés dans un espace à p dimensions. Puisqu'il est impossible de visualiser graphiquement un tel espace, qui n'est concevable que d'un point de vue mathématique, l'analyse factorielle va prendre en considération la spécificité des variables pour optimiser leur représentation graphique et permettre de réaliser des projections en deux dimensions de cet espace abstrait. Chaque modalité des p variables sera alors représentée par un point. Il est alors possible de visualiser graphiquement les plus fortes relations statistiques qui s'établissent entre les variables considérées [7-10]. Chaque variable participant à la construction de cet espace est appelée « variable active ». On cherche à détecter les directions dans lesquelles le nuage de points s'étire au maximum pour le projeter ensuite dans un plan, en déformant le moins possible la forme initiale du nuage. Par exemple, s'il s'agit de représenter en deux dimensions un ballon de rugby, suivant le plan de projection choisi on aboutira soit à un ovale, soit à un rond : en l'occurrence, l'ovale représente mieux ce ballon que le rond. Techniquement, ces analyses se traduisent par un calcul matriciel considérable. Chacune des directions dans lesquelles le nuage s'étend le plus correspond à une dimension (ou axe), qui est en fait une combinaison linéaire des p variables actives. Une dimension sera interprétée à partir des variables qui dégagent le mieux les individus le long de cet axe (on dit qu'elles ont « une forte contribution à l'axe »). L'interprétation pourra être enrichie à l'aide de variables illustratives, qui ne participent pas à la construction des dimensions mais y sont seulement

projetées. La méthode diffère selon le type de variables utilisées. On parle d'analyse en composantes principales (ACP) si elles sont quantitatives et d'analyse des correspondances multiples (ACM) si elles sont qualitatives ; mais ces 2 méthodes sont bâties sur le même principe. Ce chapitre aura en l'occurrence recours à une ACM.

La classification ascendante hiérarchique (CAH) est la méthode la plus courante de classification. La méthode est très simple : au départ, les n individus constituent n classes « singletons », répartis dans l'espace des variables à p dimensions. À la première étape, les deux individus les plus proches sont réunis. Il reste donc $(n-1)$ classes. Puis, étape par étape, les individus sont regroupés, jusqu'à obtenir ainsi un emboîtement de partitions allant de n classes (avant la première étape) à une seule classe (réunissant tout l'échantillon). Pour avoir les classes les plus homogènes, il faudrait choisir un grand nombre de classes, mais une telle partition ne résumerait pas l'information ; chaque fois que des individus sont réunis, les classes perdent en homogénéité, mais l'analyste gagne en interprétabilité.

La classification permet de compléter l'analyse des correspondances multiples en regroupant successivement les individus par ordre de proximité décroissante. Son objectif est de regrouper les individus en un petit nombre de classes chacune très homogène, mais très différentes les unes des autres. La diversité d'un échantillon se trouve donc réduite à quelques types très contrastés : il s'agit encore d'une technique visant à résumer une grande quantité d'information, afin de mettre en évidence les traits saillants. Pour décrire les caractéristiques de chaque classe, il suffit ensuite de comparer son profil au profil moyen de la population. Par exemple, si une classe donnée est constituée de 80 % d'hommes, alors que ceux-ci ne représentent que la moitié de l'ensemble de l'échantillon, cette classe sera qualifiée de « masculine ».

tuelles associations entre les représentations et les principaux facteurs sociodémographiques mesurés tels que le sexe, l'âge, le niveau de diplôme, le niveau de revenu du foyer et la taille d'agglomération de résidence. L'intensité du lien avec l'épisode dépressif majeur est aussi mesuré, en utilisant une variable en trois modalités : ceux qui ont vécu un EDM dans les 12 derniers mois, et parmi les autres, ceux qui ont déjà vécu un EDM au cours de leur vie et ceux qui n'en ont jamais connu. Les résultats de ces modèles sont exprimés par les odds ratios ajustés (ORa). Dans une certaine mesure, ils permettent aussi d'avoir une indication sur l'intensité relative des associations observées entre les différentes attitudes ou opinions sur la dépression et les facteurs qui y sont associés. Dans ces différents modèles, la variable à expliquer représente le degré d'accord global (tout à fait ou plutôt) à chaque question, par opposition à un désaccord (plutôt pas ou pas du tout). L'utilisation de modèles multivariés permet de s'assurer de l'effet de chaque facteur après avoir contrôlé l'ensemble des autres facteurs d'intérêt. Enfin, des analyses factorielles et de classification sont utilisées pour caracté-

riser une typologie des individus selon leurs profils de réponse (cf. « Les analyses factorielles et les classifications », page 121).

Pour ces analyses complémentaires, les différentes opinions vis-à-vis de la dépression ont été recodées en « d'accord/pas d'accord/NSP ». Six propositions jugées trop difficiles à comprendre pour un public non averti, difficilement interprétables ou équivoques ont été exclues de l'analyse. De même, cinq propositions redondantes ont été écartées après avoir constaté que le coefficient de corrélation entre ces propositions était très élevé comparé aux autres au sein de la matrice de corrélation. Trois propositions ont également été retirées parce qu'elles faisaient l'objet d'un consensus exceptionnellement large. Après cette sélection des opinions les plus pertinentes, une ACM permettant de dégager les principales dimensions du jeu de données, suivie d'une CAH visant à distinguer les individus selon leurs perceptions sur la dépression, ont été conduites sur l'ensemble de ces opinions. Les modalités étaient ventilées si elles ne dépassaient pas 5 % de l'effectif total, ce qui était souvent le cas pour les modalités « NSP ». Au final, ces analyses ont ainsi porté sur 14 items.

RÉSULTATS

QUESTIONS RELATIVES À LA PERCEPTION GÉNÉRALE DE CE QU'EST UNE DÉPRESSION ET DE SES CAUSES

La dépression, une souffrance difficile à décrire pour la personne dépressive et ses proches

La reconnaissance d'une souffrance liée à la dépression fait presque l'unanimité : en effet, plus de 95 % des personnes interrogées se disent d'accord avec l'opinion selon laquelle « une personne qui fait une dépres-

sion souffre », dont près de 80 % « tout à fait d'accord »¹ [tableau I]. Toutes choses égales par ailleurs, c'est-à-dire une fois contrôlés les principaux autres effets dans la régression logistique, celles qui adhèrent le moins à cette opinion sont les personnes de moins de 25 ans et celles âgées de 65 ans et plus. Le fait d'avoir connu un EDM au cours de la vie, mais pas dans les 12 derniers mois, augmente nettement la probabilité d'être

1. Les femmes présentent un taux particulièrement élevé d'avis tranchés en faveur de cette opinion (83 % vs 75 % des hommes, $p < 0,001$).

de cet avis par rapport à ceux qui n'ont jamais eu d'EDM (ORa = 3,3 [1,4 ; 7,5]). Les personnes ayant un diplôme supérieur ou égal au baccalauréat ont également une probabilité plus élevée de penser qu'une personne qui fait une dépression souffre [tableau II].

Parallèlement, plus de 90 % des sujets considèrent que « *les proches d'une personne dépressive souffrent* » également, dont plus de 60 % se déclarent « *tout à fait d'accord* ». L'adhésion à cette opinion distingue les jeunes adultes, moins en accord, des plus de 24 ans. Elle augmente avec le niveau de diplôme et le niveau de revenu.

Concernant la proposition « *la dépression, il n'y a pas de mots pour en parler, c'est une sensation trop personnelle* », les avis s'avèrent en revanche très partagés (47 % d'accord, 51 % pas d'accord). Le fait d'être une femme,

d'avoir au moins 65 ans, ou d'avoir connu un EDM dans les 12 derniers mois apparaissent associés positivement à cette proposition, alors que le niveau de diplôme l'est négativement. Cependant, il est possible que les résultats (qui sont exceptionnellement bien partagés au regard des autres items) traduisent une ambiguïté dans la question posée. En effet, les individus répondent-ils « oui » au fait qu'il n'y ait pas de mots pour parler de la dépression ou au fait que c'est une sensation personnelle ?

La dépression, une « vraie » maladie ?

D'autre part, « *la dépression est une maladie* » pour 85 % des sujets (62 % se disent « *tout à fait d'accord* »), particulièrement chez les femmes qui, comme c'est souvent le cas

TABEAU I

Perception générale de la dépression et de ses causes (%)

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Sans réponse
Même si on est jeune, on peut être dépressif	81	16	1	2	0
Une personne qui fait une dépression souffre	79	17	1	2	1
Les proches d'une personne dépressive souffrent	63	31	2	3	1
La dépression est une maladie	62	23	7	7	1
La dépression est un problème social	30	36	16	16	3
La dépression ça vient comme ça, on ne sait pas pourquoi	27	22	24	25	2
Une personne dépressive souffre d'un trouble psychique	26	34	17	16	6
La dépression, il n'y a pas de mot pour en parler, c'est une sensation trop personnelle	24	23	23	28	2
La dépression est causée par des aspects biologiques ou physiologiques	17	31	22	17	13
La dépression est causée uniquement par des événements extérieurs à la personne	14	17	32	34	3
La dépression est un coup de blues passager	12	20	27	39	2
Par rapport aux gens qui ont une vraie maladie physique, une personne dépressive ne va pas si mal	10	15	26	47	3
Une personne dépressive est une personne qui n'a pas de volonté	7	9	21	61	2
La dépression est une maladie de femmes	2	6	15	76	1

TABLEAU II

Modèles logistiques sur certaines opinions relatives à la perception de la dépression et de ses causes

	Les proches d'une personne dépressive souffrent			La dépression, il n'y a pas de mot pour en parler, c'est une sensation trop personnelle			La dépression est une maladie	
	%	ORa	IC à 95 %	%	ORa	IC à 95 %	%	ORa
Sexe								
Hommes (référence)	95,1	1		44,1	1		83,5	1
Femmes	94,8	0,9	0,6 ; 1,4	51,0	1,3	1,1 ; 1,5	87,9	1,4
Âge								
15-19 ans (référence)	89,3	1		50,7	1		69,1	1
20-24 ans	92,9	1,0	0,4 ; 2,5	40,4	0,8	0,5 ; 1,2	86,0	2,1
25-34 ans	95,4	1,4	0,6 ; 3,0	47,6	1,0	0,7 ; 1,6	85,4	2,0
35-44 ans	96,3	2,3	1,1 ; 4,7	41,2	0,8	0,5 ; 1,1	85,6	2,2
45-54 ans	95,8	2,1	1,0 ; 4,2	46,1	0,9	0,6 ; 1,3	90,1	3,4
55-64 ans	95,2	2,2	1,0 ; 4,7	50,8	1,0	0,7 ; 1,5	89,2	3,3
65-75 ans	95,9	2,9	1,2 ; 6,6	59,2	1,5	0,9 ; 2,3	87,9	3,0
EDM								
Jamais d'EDM (référence)	94,9	1		46,5	1		85,7	1
EDM au cours de la vie	95,8	1,3	0,8 ; 1,9	48,6	1,1	0,9 ; 1,3	87,1	1,0
EDM dans les 12 derniers mois	93,8	0,9	0,5 ; 1,7	62,5	1,7	1,3 ; 2,3	82,6	0,7
Niveau d'études								
< Baccalauréat (référence)	93,0	1		52,6	1		83,1	1
Baccalauréat	95,3	1,6	1,0 ; 2,7	48,3	0,9	0,7 ; 1,2	86,6	1,4
> Baccalauréat	97,9	3,1	1,7 ; 5,4	39,0	0,7	0,5 ; 0,8	89,7	1,7
Taille d'agglomération								
Commune rurale (référence)	94,5	1		49,9	1		89,1	1
2 000 à 19 999 habitants	92,9	0,8	0,4 ; 1,3	49,8	1,0	0,8 ; 1,3	84,2	0,7
20 000 à 99 999 habitants	95,7	1,3	0,7 ; 2,5	47,1	0,9	0,7 ; 1,2	87,2	0,9
100 000 habitants et +	95,1	1,0	0,6 ; 1,7	48,6	1,0	0,8 ; 1,3	84,8	0,6
Agglomération parisienne	96,7	1,3	0,7 ; 2,6	40,8	0,8	0,6 ; 1,1	82,9	0,5
Niveau de revenu mensuel du foyer								
< 1500 € (référence)	92,2	1		53,2	1		85,1	1
1500 à 3000 €	95,5	1,5	1,0 ; 2,4	48,9	0,9	0,8 ; 1,2	85,4	0,9
> 3000 €	97,8	2,4	1,1 ; 5,0	38,4	0,7	0,6 ; 1,0	89,6	1,3
Manquant	93,6	1,5	0,8 ; 2,8	49,0	0,9	0,6 ; 1,2	81,9	0,9

ORa : odds ratio ajusté sur les variables du modèle.

dans cette enquête, affichent des opinions plus tranchées que les hommes. Le fait d'avoir moins de 20 ans diminue très nettement la probabilité de considérer la dépression comme une maladie, les autres classes d'âge se distinguant relativement peu entre elles. Le fait d'avoir eu un EDM n'apparaît pas lié au fait de considérer la dépression comme une maladie. En revanche, le fait d'être diplômé augmente la probabi-

lité d'adhérer à cette opinion. Enfin, le fait d'habiter une commune rurale apparaît également lié positivement avec l'idée que la dépression est une maladie.

La proposition : « *par rapport aux gens qui ont une vraie maladie physique, une personne dépressive ne va pas si mal* » offre une autre manière d'estimer la perception des individus sur le caractère pathologique de la dépression. Au total, 73 % des individus

IC à 95 %	Par rapport aux gens qui ont une vraie maladie physique, une personne dépressive ne va pas si mal			La dépression est un coup de blues passager			La dépression est causée uniquement par des événements extérieurs à la personne		
	%	ORa	IC à 95 %	%	ORa	IC à 95 %	%	ORa	IC à 95 %
	27,2	1		36,5	1		32,7	1	
1,1 ; 1,9	23,4	0,8	0,6 ; 1,0	29,1	0,7	0,6 ; 0,8	30,8	0,9	0,7 ; 1,1
	26,2	1		34,9	1		28,5	1	
1,2 ; 3,9	26,4	1,4	0,8 ; 2,6	36,7	1,5	0,9 ; 2,6	26,1	1,3	0,7 ; 2,3
1,2 ; 3,2	21,7	1,2	0,7 ; 1,9	29,7	1,3	0,8 ; 2,0	26,8	1,5	0,9 ; 2,4
1,3 ; 3,4	20,8	1,0	0,6 ; 1,6	30,4	1,2	0,8 ; 1,8	28,4	1,3	0,8 ; 2,1
2,1 ; 5,4	21,9	1,0	0,7 ; 1,7	28,7	1,0	0,7 ; 1,6	27,9	1,2	0,8 ; 1,9
2,0 ; 5,4	31,6	1,5	1,0 ; 2,4	40,3	1,6	1,0 ; 2,4	40,8	2,0	1,3 ; 3,0
1,7 ; 5,1	35,3	1,7	1,0 ; 2,7	35,9	1,2	0,8 ; 1,9	48,2	2,7	1,7 ; 4,3
	25,8	1		33,9	1		30,6	1	
0,8 ; 1,3	20,3	0,8	0,6 ; 1,0	26,0	0,7	0,6 ; 0,9	34,3	1,2	1,0 ; 1,5
0,5 ; 1,0	30,0	1,2	0,9 ; 1,7	30,7	0,9	0,7 ; 1,2	43,0	1,7	1,3 ; 2,2
	31,6	1		39,1	1		39,5	1	
0,9 ; 2,0	22,5	0,7	0,5 ; 0,9	33,1	0,8	0,6 ; 1,1	29,8	0,7	0,6 ; 1,0
1,2 ; 2,4	16,5	0,5	0,4 ; 0,6	22,2	0,5	0,4 ; 0,6	20,6	0,4	0,3 ; 0,6
	26,5	1		36,7	1		31,8	1	
0,4 ; 1,0	25,3	0,9	0,7 ; 1,3	31,8	0,8	0,6 ; 1,1	36,5	1,3	0,9 ; 1,7
0,6 ; 1,4	27,2	1,1	0,8 ; 1,5	30,6	0,8	0,5 ; 1,0	32,7	1,1	0,8 ; 1,5
0,4 ; 0,9	24,1	1,0	0,8 ; 1,3	31,4	0,9	0,7 ; 1,1	29,5	1,0	0,8 ; 1,3
0,3 ; 0,8	24,0	1,1	0,8 ; 1,6	32,7	1	0,7 ; 1,5	30,2	1,2	0,9 ; 1,7
	31,8	1		38,9	1		39,0	1	
0,6 ; 1,3	24,5	0,8	0,6 ; 1,0	32,3	0,8	0,6 ; 1,0	30,9	0,8	0,6 ; 1,0
0,8 ; 2,0	17,6	0,6	0,4 ; 0,9	23,8	0,6	0,4 ; 0,8	24,6	0,8	0,6 ; 1,0
0,6 ; 1,4	28,5	0,8	0,6 ; 1,2	37,7	0,9	0,7 ; 1,3	33,2	0,8	0,6 ; 1,1

ne partagent pas cette opinion. Le fait d'être âgé de plus de 60 ans augmente la probabilité d'adhérer à cette opinion par rapport aux autres individus. En revanche, avoir connu un EDM au cours de sa vie mais pas au cours des 12 derniers mois diminue la chance de penser qu'une « *personne dépressive ne va pas si mal* ».

Par ailleurs, plus de 30 % des sujets adhèrent à l'idée selon laquelle « *la dépres-*

sion est un coup de blues passager ». Les facteurs associés à cette opinion apparaissent proches de ceux liés à l'assertion précédente. Le fait d'être une femme, d'avoir présenté un EDM au cours de la vie, mais pas dans les 12 derniers mois, diminue la probabilité de penser que la dépression n'est qu'un « *coup de blues passager* ». Le niveau d'études et le niveau de revenu sont également négativement associés à cette opinion.

La dépression, un trouble « bio-psycho-social » ?

La dépression serait un « *problème social* » pour environ les deux tiers des individus. Cette proposition semble très peu discriminée par les variables étudiées (aucun ORa significatif). Par ailleurs, ceux qui ne considèrent pas la dépression comme une maladie sont plus nombreux à ne pas y voir un problème social non plus ($p < 0,001$).

Les causes de la dépression mal appréhendées

Le trouble psychique (« *Une personne dépressive souffre d'un trouble psychique* ») est invoqué par 60 % des sujets. Les hommes partagent un peu plus souvent cette opinion que les femmes, mais celle-ci apparaît globalement peu discriminée par les variables étudiées (aucun ORa significatif à l'exception de l'agglomération parisienne qui se distingue par une adhésion plus forte à cette opinion). Cette question a cependant reçu un taux relativement important de non réponse (6,2 %), ce qui peut suggérer une incompréhension de la proposition s'étendant également à d'autres individus ayant exprimé un avis. Une certaine prudence s'impose donc dans l'interprétation des réponses.

La question de la « responsabilité personnelle » du sujet dans sa dépression est abordée avec la question du « *manque de volonté* » des personnes dépressives. À ce sujet, seulement 16 % des sujets pensent qu'une « *personne dépressive est une personne qui n'a pas de volonté* ». Cet avis est plus souvent exprimé par les hommes et les habitants de l'agglomération parisienne. Les 15-24 ans sont les moins souvent en accord avec cette assertion, les 65-75 ans le sont le plus. Par ailleurs, un niveau d'études supérieur ou égal au baccalauréat diminue la probabilité d'adhérer à cette opinion.

La moitié des individus pensent que « *la*

dépression, ça vient comme ça, on ne sait pas pourquoi », nettement moins chez les plus jeunes et de plus en plus avec l'âge. Les autres variables apparaissent très peu liées à cette opinion. La cause biologique ou physiologique de la dépression est approuvée par 48 % des sujets, mais là encore, aucun des facteurs étudiés n'apparaît lié. Il se dégage surtout une forte proportion d'individus ne se prononçant pas (13 %) ou choisissant les modalités de réponse les plus nuancées (*plutôt d'accord* ou *plutôt pas d'accord*), ce qui pourrait indiquer que la majorité des personnes n'ont pas d'opinion tranchée sur l'étiologie de la dépression. Au contraire, la proposition selon laquelle « *la dépression est causée uniquement par des événements extérieurs à la personne* », avec 31 % d'individus en accord avec cette proposition, apparaît associée à un plus faible niveau d'études ainsi qu'à un âge plus avancé. Le fait d'avoir présenté un EDM, quelle qu'en soit la période, semble augmenter également la probabilité d'adhérer à cette opinion. Il est donc possible que ces EDM aient été vécus comme réactionnels à de tels « événements extérieurs » par ceux qui se sont trouvés confrontés à un tel épisode. Des événements de vie négatifs (deuil, chômage, séparation) sont en effet des facteurs de risque de dépression. Cependant, l'attribution causale rapportée par le sujet ne préjuge pas de la réalité de cette causalité. Des événements similaires chez d'autres personnes ne mèneraient pas nécessairement à la dépression. Attribuer à des événements externes la responsabilité d'un état interne peut parfois être pour l'acteur de la situation un moyen de protéger l'estime de soi, et fait également partie des visions négatives sur le monde qu'engendre la dépression elle-même.

La dépression n'est pas spécifique à une population

Selon les études épidémiologiques disponibles, un certain nombre de facteurs de

risque de présenter un épisode dépressif ont été mis en évidence. Un résultat particulièrement constant de ces études est la surreprésentation féminine au sein des personnes touchées par la dépression, avec une prévalence environ deux fois supérieure à celle des hommes [11-14]. Mais seulement 5 % des individus considèrent que « *la dépression est une maladie de femmes* », assertion qui pourrait pourtant être soutenue, en première analyse, au vu des seuls résultats épidémiologiques. La tournure, plutôt péjorative, de la question a sans doute pesé sur l'adhésion à une telle assertion. Les femmes ont plus de chance de partager cette opinion, après contrôle des autres variables. Cette opinion est également plus répandue avec l'avancée en âge, croissant continûment de 3,0 % pour les 15-19 ans à 11,5 % pour les 65-75 ans ($p < 0,05$). Par ailleurs, une très large majorité des individus pensent que « *même si on est jeune, on peut être dépressif* » (97 % des sujets), et d'autant plus que l'enquêté a connu un EDM au cours de sa vie.

**QUESTIONS RELATIVES
À LA GUÉRISON : LA DÉPRESSION,
ON PEUT EN GUÉRIR...
SI ON SE SOIGNE**

Près de 80 % des sujets pensent qu'« *il est possible de guérir complètement d'une dépression* » [tableau III]. Ce résultat est plutôt en faveur d'une conceptualisation de la dépres-

sion comme un trouble isolé, une maladie transitoire dont on guérit, et non comme un trouble de la personnalité, voire un tempérament permanent de l'individu. On peut également supposer que ces personnes en accord avec la possibilité de guérir ont plus confiance en l'efficacité des traitements disponibles.

Un niveau élevé de revenu apparaît associé à l'idée que la dépression n'est pas incurable [tableau IV]. Les femmes et les 15-19 ans soutiennent moins cette idée, ainsi que les personnes ayant fait un EDM dans les 12 derniers mois (ORa = 0,6 comparé aux autres individus). Il est vraisemblable que pour ces derniers, la proximité de l'EDM qu'ils ont eux-mêmes vécu et de ses retentissements les incite à une certaine prudence dans leurs réponses, et ce d'autant plus s'ils y sont encore confrontés. On peut également penser que le pessimisme (sur soi, sur l'avenir, sur le monde) constitutif de la dépression elle-même peut influencer sur ces points de vue [15].

Cependant, seulement 24 % des sujets sont en accord avec la proposition selon laquelle « *une personne qui fait une dépression peut s'en sortir toute seule* ». Les hommes et les 15-19 ans partagent plus souvent cet avis ; cela peut contribuer à expliquer que la proportion de recours au soin pour motif de dépression dans ces populations est particulièrement faible (cf. « Recours aux soins pour raisons de santé mentale »,

TABLEAU III

Perceptions sur les perspectives de guérison (%)

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Sans réponse
Pour guérir de la dépression, il faut en connaître les causes	66	28	3	3	1
Il est possible de guérir complètement d'une dépression	51	28	13	5	3
Une personne qui fait une dépression peut s'en sortir toute seule	11	13	32	42	2

TABLEAU IV

Modèle logistique sur la proposition « Il est possible de guérir complètement d'une dépression »

	%	ORa	IC à 95 %
Sexe			
Hommes (référence)	83,3	1	
Femmes	78,7	0,8	0,6 ; 0,9
Âge			
15-19 ans (référence)	72,3	1	
20-24 ans	82,1	1,5	0,8 ; 2,6
25-34 ans	83,4	1,7	1,0 ; 2,8
35-44 ans	81,4	1,5	0,9 ; 2,4
45-54 ans	80,9	1,5	1,0 ; 2,4
55-64 ans	79,6	1,5	0,9 ; 2,4
65-75 ans	83,5	2,0	1,2 ; 3,3
EDM			
Jamais d'EDM (référence)	81,6	1	
EDM au cours de la vie	81,2	1,0	0,8 ; 1,2
EDM dans les 12 derniers mois	69,9	0,6	0,4 ; 0,8
Niveau d'études			
< Baccalauréat (référence)	77,4	1	
Baccalauréat	85,7	1,6	1,2 ; 2,3
> Baccalauréat	84,0	1,2	0,9 ; 1,6
Taille d'agglomération			
Commune rurale (référence)	79,2	1	
2 000 à 19 999 habitants	77,9	1,0	0,7 ; 1,4
20 000 à 99 999 habitants	80,9	1,1	0,8 ; 1,7
100 000 habitants et +	80,6	1,0	0,8 ; 1,4
Agglomération parisienne	87,1	1,6	1,1 ; 2,3
Niveau de revenu mensuel du foyer			
< 1500 € (référence)	79,5	1	
1500 à 3000 €	79,9	0,9	0,7 ; 1,2
> 3000 €	87,9	1,5	1,1 ; 2,2
Manquant	75,9	0,9	0,6 ; 1,2

page 85 ; [16]). Le fait d'avoir présenté un EDM au cours de l'année augmente également la probabilité d'adhérer à cette opinion, ce qui laisse supposer que les personnes ayant présenté ces épisodes ont pu en proportion significative s'en sortir seules. Ce lien dépend cependant de la sévérité de la dépression puisqu'ils sont 30,0 % parmi les EDM légers ou moyens à estimer qu'on peut se sortir tout seul d'une dépression contre seulement 23,9 % de ceux ayant eu un EDM sévère ($p<0,05$),

pourcentage proche de ceux n'ayant jamais eu d'EDM (24,4 %). Ce résultat peut par ailleurs être considéré comme cohérent avec les proportions de rémissions spontanées des épisodes dépressifs, qui sont élevées [11]. Sur cette opinion, ainsi que sur la précédente, les habitants de l'agglomération parisienne se distinguent des autres individus en affichant une croyance plus forte en la possibilité de guérison, ainsi qu'en l'idée qu'elle peut survenir sans aide extérieure.

**QUESTIONS RELATIVES
À LA LÉGITIMITÉ
DE LA DÉPRESSION
ET L'OPPORTUNITÉ D'EN PARLER**

**La dépression, il faut en parler
à un psy, mais il ne faut
pas s'y « complaire »**

La question de la légitimité de la dépression a également fait l'objet de plusieurs items. Une part non négligeable de la population (près de 30 %) pense que « *les personnes dépressives se complaisent dans leur état* » [tableau V], la proportion étant même de 34,9 % parmi ceux ayant connu un EDM dans l'année². Le fait d'avoir obtenu un diplôme supérieur ou égal au baccalauréat diminue ce sentiment (ORa = 0,6).

Cependant, une forte majorité des individus (93 %) partage l'opinion générale selon laquelle « *on a le droit d'aller mal, de ressentir des choses négatives* ». Certains

facteurs sociodémographiques observés apparaissent fortement liés à cette opinion [tableau VI]. Le fait d'être une femme ou d'avoir eu un EDM au cours de la vie est fortement lié à une telle opinion (ORa > 2). Au contraire, le fait d'avoir un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat ou un niveau de revenu inférieur à 1 500 euros diminue la probabilité d'être en accord avec cette assertion. On note également une tendance décroissante avec l'âge ($p < 0,05$), c'est-à-dire que cette opinion est de moins en moins partagée quand l'âge augmente. Parallèlement, 62 % des sujets pensent que « *faire une dépression, c'est culpabilisant* », opinion associée au fait d'avoir déjà eu un EDM, à un niveau d'études supérieur au baccalauréat et à un niveau de revenu supérieur à 1 500 euros.

2. Les pourcentages sont similaires selon que l'EDM est actuel à la date de l'entretien ou non.

TABEAU V

Opinions sur la légitimité de la dépression et l'opportunité d'en parler (%)

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Sans réponse
On a le droit d'aller mal, de ressentir des choses négatives	72	21	3	4	1
Avoir des problèmes de dépression c'est suffisamment grave pour solliciter l'aide de quelqu'un	64	27	4	5	1
Faire une dépression c'est culpabilisant	30	33	13	23	3
Si on est dépressif, il est risqué d'en parler au médecin du travail	18	21	21	36	3
Quand on fait une dépression, il est risqué d'en parler à ses collègues de travail	18	27	25	26	4
Si on est dépressif, il est risqué d'en parler à son médecin généraliste ou à son médecin de famille	15	9	14	62	1
Les personnes dépressives se complaisent dans leur état	10	19	27	40	4
Aller voir un « psy » c'est du luxe	10	15	23	50	2
Il est honteux de parler de ses problèmes « psy » à un professionnel	8	7	15	70	1
Il est honteux d'aller chez un « psy »	4	5	14	77	0
Quand on va voir un « psy » c'est qu'on est fou	1	2	9	88	0

TABLEAU VI

Modèles logistiques sur certaines opinions relatives à la légitimité de la dépression et à l'opportunité d'en parler

	On a le droit d'aller mal, de ressentir des choses négatives			Faire une dépression, c'est culpabilisant		
	%	ORa	IC à 95 %	%	ORa	IC à 95 %
Sexe						
Hommes (référence)	91,3	1		63,4	1	
Femmes	95,9	2,3	1,6 ; 3,4	64,7	1	0,9 ; 1,3
Âge						
15-19 ans (référence)	96,2	1		60,7	1	
20-24 ans	97,0	0,8	0,2 ; 2,8	64,9	1,0	0,6 ; 1,6
25-34 ans	96,0	0,4	0,2 ; 1,3	68,0	0,9	0,6 ; 1,5
35-44 ans	95,4	0,5	0,2 ; 1,3	64,3	0,8	0,6 ; 1,3
45-54 ans	93,7	0,3	0,1 ; 0,9	66,0	0,9	0,6 ; 1,4
55-64 ans	88,5	0,2	0,1 ; 0,5	60,2	0,8	0,5 ; 1,2
65-75 ans	88,0	0,2	0,1 ; 0,6	60,1	0,8	0,5 ; 1,3
EDM						
Jamais d'EDM (référence)	92,9	1		62,7	1	
EDM au cours de la vie	97,0	2,4	1,5 ; 3,7	70,9	1,5	1,2 ; 1,8
EDM dans les 12 derniers mois	96,4	2,1	1,0 ; 4,1	69,0	1,4	1,0 ; 1,8
Niveau d'études						
< Baccalauréat (référence)	90,3	1		60,4	1	
Baccalauréat	97,7	3,0	1,6 ; 5,9	62,0	1,0	0,8 ; 1,4
> Baccalauréat	96,8	2,2	1,3 ; 3,8	71,1	1,6	1,2 ; 2,0
Taille d'agglomération						
Commune rurale (référence)	91,4	1		66,6	1	
2 000 à 19 999 habitants	94,4	1,5	0,9 ; 2,6	66,4	1,0	0,8 ; 1,3
20 000 à 99 999 habitants	93,4	1,2	0,6 ; 2,3	67,3	1,0	0,8 ; 1,4
100 000 habitants et +	96,0	1,8	1,1 ; 3,0	59,6	0,7	0,5 ; 0,9
Agglomération parisienne	92,2	0,6	0,3 ; 1,1	63,2	0,7	0,5 ; 1,0
Niveau de revenu du foyer						
< 1500 € (référence)	90,5	1		59,4	1	
1500 à 3000 €	93,9	1,7	1,1 ; 2,7	66,8	1,3	1,0 ; 1,6
> 3000 €	97,6	4,0	2,0 ; 8,1	68,6	1,3	1,0 ; 1,8
Manquant	91,7	1,1	0,7 ; 1,9	57,1	0,9	0,7 ; 1,2

Par ailleurs, les niveaux d'études et de revenu sont fortement associés à la légitimité et à la nécessité du recours à une aide extérieure, même si en l'occurrence plus de 90 % des individus approuvent l'opinion selon laquelle « avoir des problèmes de dépression c'est suffisamment grave pour solliciter l'aide de quelqu'un ». Concernant la légitimité du recours à un professionnel, il faut d'abord souligner que le recours à un

« psy » n'est que très rarement associé à la folie (pour moins de 3 % des sujets) et que moins de 15 % des individus pensent qu'« il est honteux de parler de ses problèmes psy à un professionnel » ou qu'« il est honteux d'aller chez un psy ». De telles opinions sont associées à un niveau de revenu du ménage inférieur à 1500 euros.

La plupart des personnes interrogées désapprouvent la proposition selon laquelle

Quand on fait une dépression, il est risqué d'en parler à ses collègues de travail			Si on est dépressif, il est risqué d'en parler au médecin du travail			Si on est dépressif, il est risqué d'en parler à son médecin généraliste ou son médecin de famille		
%	ORa	IC à 95 %	%	ORa	IC à 95 %	%	ORa	IC à 95 %
45,6	1		39,6	1		24,0	1	
48,3	1,1	0,9; 1,3	42,1	1,1	0,9; 1,3	23,8	0,9	0,8; 1,2
34,2	1		39,4	1		21,6	1	
46,2	1,4	0,8; 2,3	40,2	1,2	0,7; 1,9	16,1	1,2	0,6; 2,4
51,1	1,6	1,1; 2,5	35,5	0,9	0,6; 1,4	13,6	1,2	0,7; 2,0
46,3	1,4	0,9; 2,2	32,7	0,8	0,5; 1,2	19,6	1,6	0,9; 2,6
49,4	1,7	1,1; 2,5	40,1	1,1	0,7; 1,7	23,9	1,8	1,1; 2,9
44,9	1,5	1,0; 2,3	47,4	1,4	0,9; 2,1	33,0	2,5	1,5; 3,9
49,7	1,8	1,2; 2,8	58,5	2,2	1,4; 3,4	44,1	3,6	2,3; 5,9
45,5	1		40,4	1		24,1	1	
52,5	1,3	1,1; 1,6	39,4	1,0	0,8; 1,2	21,9	0,9	0,7; 1,1
57,5	1,6	1,2; 2,2	52,1	1,5	1,1; 2,0	26,7	1,0	0,7; 1,4
42,7	1		46,3	1		34,3	1	
44,1	1,1	0,8; 1,4	33,7	0,7	0,5; 0,9	14,8	0,5	0,3; 0,6
55,8	1,7	1,3; 2,1	36,1	0,8	0,7; 1,0	12,1	0,4	0,3; 0,5
43,6	1		43,1	1		29,8	1	
43,6	1,0	0,8; 1,3	41,0	0,9	0,7; 1,2	24,4	0,7	0,5; 1,0
53,6	1,5	1,1; 2,0	41,9	1,0	0,7; 1,3	24,6	0,8	0,6; 1,1
47,1	1,1	0,8; 1,4	38,8	0,9	0,7; 1,1	20,5	0,7	0,5; 0,9
49,8	1,2	0,9; 1,6	40,4	1,0	0,8; 1,4	19,6	0,8	0,6; 1,2
46,9	1		46,4	1		35,1	1	
46,1	0,9	0,7; 1,1	41,4	0,9	0,7; 1,2	19,5	0,5	0,4; 0,7
50,2	0,9	0,7; 1,2	31,9	0,7	0,5; 0,9	12,6	0,4	0,3; 0,6
44,5	1,0	0,7; 1,4	43,9	0,9	0,7; 1,3	34,8	1,1	0,8; 1,5

«aller voir un psy, c'est du luxe» (73 %). Cette opinion s'avère toutefois associée au sexe masculin, au fait d'habiter en région parisienne, à un niveau de revenu faible et à l'expérience d'EDM. Il faut souligner une certaine ambiguïté dans cette question : le luxe peut en effet être entendu comme faisant référence à ce qui est superflu, mais aussi à ce qui est onéreux, lié aux conditions tarifaires existantes.

La dépression, ça peut être risqué d'en parler... même à un médecin

Trois items du questionnaire étaient destinés à évaluer le risque perçu lié au fait de parler de sa dépression : dans le milieu de travail (auprès de ses collègues et auprès du médecin du travail) ou auprès de son médecin généraliste. La proximité de l'environnement de travail apparaît comme un frein à la déclai-

ration d'une dépression : en effet, il apparaît plus risqué de parler de ses problèmes de dépression à ses collègues de travail, mais aussi – bien que dans une moindre mesure – à son médecin du travail, qu'à son médecin généraliste. Les craintes envers ce dernier demeurent cependant importantes, puisque près d'un quart des personnes interrogées considèrent que « *si on est dépressif, il est risqué d'en parler à son médecin de famille* ».

Le fait que les jeunes de 15 à 19 ans se démarquent par leur désaccord à propos du risque lié au fait de parler de sa dépression à ses collègues de travail peut aisément s'expliquer par le fait qu'ils ne sont, pour la plupart, pas encore entrés dans le monde du travail. En revanche, le fait d'être âgé de 65 ans ou plus augmente la probabilité de percevoir un risque lié à la déclaration de sa dépression à un médecin, que ce soit un médecin du travail ou son médecin de famille. Si la méfiance et la réticence à évoquer des sujets intimes sont des caractéristiques plutôt plus présentes chez les personnes les plus âgées [17-18], on peut également faire l'hypothèse qu'il y a là une crainte de se voir déclaré sénile. Le fait d'habiter une commune rurale augmente également le risque perçu lié à la déclaration de sa dépression à son médecin généraliste, probablement en lien avec une certaine crainte de la divulgation de cette information au sein du voisinage. Il est également intéressant de noter qu'un niveau de diplôme plus élevé conduit à une crainte plus importante vis-à-vis de ses collègues de travail, mais moins importante vis-à-vis d'un médecin généraliste. Un revenu plus élevé est également associé à une moindre crainte de déclaration au médecin du travail ou à son médecin généraliste.

ANALYSE FACTORIELLE

De l'analyse des correspondances multiples se dégagent 3 axes ou facteurs qui couvrent 28 % de l'inertie totale du nuage de points, ce qui est plutôt peu.

Le premier axe correspond à l'opportunité de parler de la dépression à un médecin. Les individus qui pensent qu'il est risqué ou honteux de parler de leurs problèmes psychologiques à un professionnel sont aussi plus enclins à considérer que la dépression est un « *coup de blues passager* ». Ces personnes, qui affichent à la fois un certain rejet et une forme de déni de la dépression en tant que pathologie, pensent plus souvent qu'une personne dépressive n'a pas de volonté, que la dépression est une « *maladie de femmes* » et qu'elle est causée uniquement par des événements extérieurs à la personne. Il s'agit plus souvent d'hommes, d'individus ayant un niveau d'études inférieur au baccalauréat, ayant un revenu inférieur à 1 500 euros par mois ou n'ayant pas déclaré de revenu, de personnes de 55 ans ou plus, d'individus habitant dans une commune rurale et de sujets n'ayant jamais consulté de « psy » pour des problèmes de santé mentale. Pour eux, la dépression représente une faiblesse dont il est difficile, voire illégitime, de faire l'aveu.

L'axe 2 correspond au fait de considérer la dépression comme une maladie. Ceux qui ne considèrent pas la dépression comme une maladie ont plus tendance à nier la souffrance des proches de la personne dépressive et à rejeter l'hypothèse de causes biologiques ou physiologiques. Il s'agit plus souvent d'hommes, de sujets se sentant mal informés sur la dépression, et ce sont plutôt des individus de moins de 25 ans. À l'inverse, ceux qui déclarent avoir pris des antidépresseurs considèrent plus souvent la dépression comme une maladie.

L'axe 3 correspond aux perspectives de guérison. Il oppose ceux qui pensent qu'il n'est pas possible de guérir complètement d'une dépression à ceux qui pensent qu'une personne dépressive peut s'en sortir toute seule. Il semble donc que, dans l'esprit des interviewés, cette deuxième assertion soit en partie liée aux possibilités de guérison d'une personne dépressive au-delà de la nécessité

d'une aide extérieure. Le fait de penser qu'on n'a pas le droit d'aller mal et de ressentir des choses négatives est également associé au scepticisme envers les chances de guérison. Cette représentation est plus partagée par les sujets ayant un diplôme de niveau inférieur au baccalauréat. Ceux qui ont fait une dépression au cours de leur vie, mais pas dans les 12 derniers mois, pensent plus souvent qu'une personne dépressive peut s'en sortir. Cette opinion est également de plus en plus répandue lorsque le niveau de revenu du ménage augmente.

CLASSIFICATION ASCENDANTE HIÉRARCHIQUE

Une classification ascendante hiérarchique issue de l'analyse des correspondances multiples a ensuite été réalisée sur les 10 premiers facteurs de l'ACM, qui recouvrent environ 75 % de l'inertie. Ce choix résulte d'un compromis entre une typologie réalisée sur l'ensemble des dimensions du nuage

de points qui offre une vision complète de l'information, mais fait intervenir des fluctuations aléatoires ou « bruit statistique », et une typologie effectuée sur un point de vue trop résumé des données qui ne correspondrait qu'aux premiers axes. Elle a permis d'établir une typologie des individus en 7 classes. Le **tableau VII** montre les principales opinions caractéristiques de chacune des classes et les variables illustratives associées (en italique). Toutes les variables présentées distinguent très significativement la classe ($p < 0,001$) du reste de l'échantillon. Les classes sont qualifiées en fonction de leurs caractéristiques les plus saillantes.

Classe 1 : les « psychologisants bienveillants »

Cette classe représente un quart des individus (25,3 %). Aucun des individus qui la composent ne reconnaît de causes biologiques ou physiologiques à la dépression. Ce sont des individus qui, plus que la moyenne,

TABLEAU VII

Typologie des opinions relatives à la dépression

Modalités des variables	%	% de la modalité dans la classe	% de la modalité dans l'échantillon
Classe 1 : les « psychologisants bienveillants »	25,3		
Pas de causes biologiques ou physiologiques		99,6	39,0
Possibilité de guérir complètement		98,7	78,9
Pas une maladie de femmes		99,6	91,1
On a le droit d'aller mal		99,8	93,2
Souffrance de l'entourage		100,0	94,1
<i>Niveau d'études > Baccalauréat</i>		39,8	31,5
<i>20-44 ans</i>		56,9	47,0
<i>Niveau de revenu 1500-3000 €</i>		44,2	39,2
Classe 2 : les « biologisants bienveillants »	31,8		
Causes biologiques ou physiologiques		100,0	47,9
Possibilité de guérir complètement		99,4	78,9
On a le droit d'aller mal		100,0	93,2
Pas une maladie de femmes		98,8	91,1
Souffrance de l'entourage		99,4	94,1
<i>Niveau d'études=Baccalauréat</i>		22,6	17,7
<i>Sentiment d'être bien informé</i>		54,4	48,1
<i>Niveau de revenu > 3000 €</i>		27,1	22,3

TABLEAU VII (SUITE)

Modalités des variables	%	% de la modalité dans la classe	% de la modalité dans l'échantillon
Classe 3 : les « pessimistes résignés »	13,4		
Impossible de guérir complètement		96,7	18,5
On a le droit d'aller mal		98,5	91,1
<i>15-19 ans</i>		<i>14,1</i>	<i>8,8</i>
<i>Femmes</i>		<i>58,9</i>	<i>50,8</i>
<i>EDM dans les 12 derniers mois</i>		<i>8,0</i>	<i>5,0</i>
<i>Sentiment d'être mal informé</i>		<i>56,9</i>	<i>50,7</i>
Classe 4 : « une maladie de femmes »	7,3		
Maladie de femmes		91,8	7,8
Causes extérieures à la personne uniquement		54,0	30,8
Niveau d'études < Baccalauréat		60,1	50,6
<i>Femmes</i>		<i>59,9</i>	<i>50,8</i>
<i>65-75 ans</i>		<i>19,3</i>	<i>13,0</i>
Classe 5 : les « indécis »	11,1		
NSP Causes biologiques ou physiologiques		100,0	13,1
<i>45-75 ans</i>		<i>62,4</i>	<i>44,2</i>
<i>Niveau de revenu manquant</i>		<i>21,0</i>	<i>14,8</i>
<i>Niveau d'études < Baccalauréat</i>		<i>58,6</i>	<i>50,6</i>
Classe 6 : les « stigmatisés »	6,1		
On n'a pas le droit d'aller mal		90,3	6,4
Risqué d'en parler à son médecin		55,4	23,7
Manque de volonté		38,6	16,2
Niveau d'études < Baccalauréat		75,9	50,6
<i>Hommes</i>		<i>69,9</i>	<i>49,2</i>
<i>65-75 ans</i>		<i>45,5</i>	<i>25,1</i>
<i>Jamais vu de « psy »</i>		<i>93,9</i>	<i>85,5</i>
<i>Niveau de revenu < 1500 €</i>		<i>34,1</i>	<i>23,6</i>
<i>Jamais eu d'EDM</i>		<i>90,5</i>	<i>82,2</i>
<i>Commune rurale</i>		<i>33,5</i>	<i>24,0</i>
<i>Jamais suivi de psychothérapie</i>		<i>97,6</i>	<i>92,8</i>
Classe 7 : les « dénégateurs »	5,1		
Pas de souffrance de l'entourage		92,9	5,0
Pas une maladie		35,2	14,2
Niveau d'études < Baccalauréat		69,0	50,6
<i>15-19 ans</i>		<i>19,3</i>	<i>8,8</i>
<i>Niveau de revenu < 1500 €</i>		<i>35,3</i>	<i>23,6</i>
<i>Commune 2000-19999 habitants</i>		<i>24,6</i>	<i>16,8</i>

NB : les variables illustratives sont en italique.

pensent qu'« on a le droit d'aller mal et de ressentir des choses négatives », que ce n'est pas une « maladie de femmes » et que « les proches d'une personne dépressive souffrent ». Même si la souffrance morale leur apparaît légitime, ils n'associent donc pas totalement la dépression à une pathologie, biolo-

gique, comme les autres. D'ailleurs, ils sont légèrement plus nombreux que l'ensemble de l'échantillon à ne pas considérer la dépression comme une maladie (16,0 % versus 14,2 %, $p < 0,01$). Pourtant, ils sont quasiment tous en accord avec le fait qu'il soit « possible de guérir complètement d'une

dépression». Ils ne perçoivent donc pas non plus la dépression comme un tempérament, un trait de personnalité. Ces personnes sont plus souvent des jeunes adultes (âgés de 20 à 44 ans), avec un niveau d'études supérieur au baccalauréat, ainsi qu'un revenu mensuel du foyer situé entre 1 500 et 3 000 euros. On remarquera que ces caractéristiques sont aussi celles des personnes qui ont le plus recours à la psychothérapie [19]. Pour cette catégorie, la dépression est plus probablement associée à «la névrose» qu'à «la sérotonine».

Classe 2 : les «biologisants bienveillants»

Cette classe, qui regroupe 31,8 % des individus, se distingue de la première par le fait que des causes biologiques ou physiologiques sont invoquées par tous ses membres pour expliquer la dépression. Ces individus sont plus enclins à reconnaître que la dépression est une maladie (90,6 % contre 85,1 %, $p < 0,001$). Il s'agit plus souvent d'individus de niveau baccalauréat, avec un revenu supérieur à 3 000 euros, qui partagent le sentiment d'être bien informés sur la dépression. Cette classe correspond à une population plutôt plus âgée et moins éduquée que la précédente, qui accorde plus d'importance aux facteurs biologiques qu'aux facteurs psychologiques de la dépression, et s'inscrit plus dans l'orientation actuellement dominante des discours scientifiques et médicaux sur la dépression, qui la présentent comme une maladie, la «maladie» étant plus associée dans les représentations sociales actuelles à une problématique somatique qu'à une problématique psychologique.

Classe 3 : les «pessimistes résignés»

La classe 3 (13,4 % des individus) est caractérisée par une grande majorité d'indi-

vidus opposés à l'idée qu'on puisse guérir de la dépression (96,7 % contre 18,5 % en moyenne), qui revendiquent tous le droit à «*aller mal*». Il s'agit plus souvent de femmes ou de personnes âgées de 15 à 19 ans. Ils sont plus nombreux à avoir vécu un EDM dans les 12 derniers mois et se disent plus souvent mal informés sur la dépression. On pourrait voir dans les opinions de cette catégorie les effets de la dépression elle-même, et de la vision négative qu'elle engendre sur le pronostic, sur le niveau d'information, et sur l'exigence «d'être compris et accepté» dans son état.

Classe 4 : «une maladie de femmes»

La classe 4 (7,3 % des individus) se distingue par une part très importante d'individus affirmant que «*la dépression est une maladie de femmes*» (91,8 % contre 7,8 % en moyenne). Les sujets appartenant à cette classe pensent également plus souvent que «*la dépression est causée uniquement par des événements extérieurs à la personne*». Il pourrait s'agir d'individus pour qui faire une dépression est un signe de faiblesse face aux événements de la vie, les femmes étant pour eux le sexe «faible». Il s'agit d'ailleurs plus souvent de femmes, de personnes âgées de 65 ans ou plus et d'individus ayant un niveau d'études inférieur au baccalauréat.

Classe 5 : les «indécis»

Les individus de la classe 5 (11,1 % des sujets) sont les indécis. Ils ne se prononcent pas sur la proposition relative aux causes biologiques ou physiologiques de la dépression. Ils sont d'ailleurs plus nombreux que l'ensemble de l'échantillon à ne pas émettre d'avis sur la plupart des propositions. Il s'agit plus souvent d'individus de 45 ans ou plus, d'individus n'ayant pas le baccalauréat ou n'ayant pas déclaré de revenu (21,0 %

contre 14,8 % dans l'ensemble). Ce profil est assez classique dans les enquêtes d'opinions. On peut toutefois noter ici que cette classe est assez importante en effectif (plus d'un enquêté sur dix).

Classe 6 : les « stigmatisateurs »

La classe 6 (6,1 % des individus) regroupe les individus qui ne reconnaissent pas de légitimité à la dépression. Pour eux plus que pour les autres, on n'a pas « *le droit d'aller mal* » (90,3 % contre 6,4 % dans l'ensemble) et « *une personne dépressive est une personne qui n'a pas de volonté* ». D'autre part, ils sont plus nombreux à penser qu'il est risqué de parler de sa dépression à son médecin généraliste. Cette dernière opinion est caractéristique du milieu rural. En effet, les individus de cette classe habitent plus souvent dans des communes de moins de 2 000 habitants

(33,5 % contre 24,0 % dans l'ensemble de l'échantillon). Il s'agit également plus souvent d'hommes, d'individus âgés de 55 ans ou plus, de personnes ayant un niveau d'études inférieur au baccalauréat ou un niveau de revenu inférieur à 1 500 euros. Cette classe contient moins d'individus ayant eu un EDM au cours de leur vie.

Classe 7 : les « dénégateurs »

Les sujets de la classe 7 (5,1 % des individus) rejettent plus souvent le caractère pathologique de la dépression et surtout la souffrance endurée par les proches d'une personne dépressive (92,9 % contre 5,0 % dans l'ensemble de l'échantillon). Il s'agit plus souvent de jeunes de moins de 20 ans, de sujets ayant un niveau d'études inférieur au baccalauréat ou un niveau de revenu inférieur à 1 500 euros par mois.

DISCUSSION, SYNTHÈSE ET LIMITES

Il convient d'emblée de rappeler qu'une enquête par questionnaire fermé empêche les personnes interrogées de verbaliser leurs opinions selon des modalités d'énonciation respectant l'organisation spécifique de celles-ci et le lexique utilisé pour les décrire. Toutefois, lorsque les questions posées abordent des thèmes dont le chercheur suppose qu'ils ont une pertinence pour les enquêtés, il devient alors possible d'explorer leurs représentations, au moyen notamment d'analyses multivariées telles que celles qui ont été présentées. Celles-ci permettent en particulier d'en étudier la cohérence, en observant comment s'agencent les réponses aux divers thèmes abordés.

Les représentations qui se dégagent de l'enquête sont celles de la dépression comme une pathologie générant de la souffrance, pour celui qui la subit mais aussi pour ses proches, ce sentiment étant

partagé par la quasi-totalité de l'échantillon. Seule une minorité (14 %) considère que la dépression n'est pas une maladie. Pour autant, presque trois personnes sur dix estiment que les dépressifs se complaisent dans leur état. Précisons toutefois que la question de la maladie est malaisée à analyser seule : ceux qui se disent en désaccord peuvent soit appréhender la dépression d'une autre manière, soit rejeter la gravité de la dépression, gravité connotée par le terme de « maladie », considérant qu'il n'y a pas lieu « d'en faire une maladie ». Les conceptualisations alternatives à la dépression-maladie socialement disponibles sont par exemple la dépression « trouble existentiel » (conception privilégiée par certains psychothérapeutes), la dépression conçue non pas comme une maladie autonome, mais comme le symptôme d'un mécanisme psychopathologique dynamique (concep-

tion privilégiée par certains psychanalystes), la dépression « mécanisme d'ajustement adaptatif » (conception privilégiée par la psychologie évolutionniste), la dépression « conséquence de difficultés sociales » (conception privilégiée par certains sociologues). C'est précisément l'intérêt d'opérer une typologie qui illustre les opinions de groupes cohérents par rapport à plusieurs dimensions.

Les individus les plus âgés sont les plus nombreux à minimiser la souffrance induite par la dépression par rapport à la souffrance physique. Ceci peut être dû au fait que la référence à la souffrance physique trouve un écho plus fort dans cette population qui la subit plus fréquemment que les plus jeunes, mais peut aussi illustrer une sensibilisation plus importante des classes d'âges plus jeunes à l'importance et à la gravité des problématiques de santé mentale, importance qui a été de plus en plus soulignée au cours de la dernière décennie [20]. On peut également évoquer un effet de génération, les plus de 65 ans ayant « connu la guerre » ou ses conséquences, et pouvant de ce fait relativiser ce qu'elles considèrent comme peu de choses au regard de certains drames qu'elles ont connus.

Les causes de la dépression restent pour leur part mal connues par la population. Ainsi, si la moitié des individus considère que la dépression est causée par des aspects biologiques ou physiologiques, ils sont autant à dire ne pas connaître réellement l'origine de la dépression et 30 % à estimer que les causes sont uniquement extérieures à la personne. Les représentations sur les causes de la dépression semblent donc globalement hétérogènes. Il est cependant encourageant de constater que seule une minorité (16 %) d'individus associe la dépression à un manque de volonté, et que très peu de sujets considèrent la dépression comme une « *maladie de femmes* ». À titre de comparaison, dans une étude réalisée

en population générale au Canada en 2006, 43 % des participants considéraient la faiblesse de caractère comme un facteur de risque de la dépression, le pourcentage atteignant 73 % pour les facteurs génétiques [21].

La grande majorité des individus (80 %) considère également qu'il est possible de guérir complètement d'une dépression. Ce chiffre apparaît légèrement supérieur à celui observé dans l'enquête sur la perception des problèmes de santé mentale en population générale (SMPG) menée entre 1999 et 2003 avec une méthodologie très différente, qui relevait que neuf enquêtés sur dix pensaient possible une guérison de la dépression mais seulement sept sur dix une guérison complète [2-22]. Pour les enquêtés, les chances de guérison s'avèrent néanmoins indissociables du recours à une aide extérieure puisque seul un quart pense qu'il est possible de s'en sortir par ses propres moyens. Ces chiffres sont également à rapprocher de ceux de l'étude canadienne évoquée ci-dessus, dans laquelle 81 % des participants ont déclaré qu'il était possible de guérir d'une dépression, au moins en partie, avec l'aide d'un professionnel, alors qu'ils n'étaient que 11 % à penser une telle guérison possible en l'absence de recours à un professionnel [21], signe d'une médicalisation des représentations de la dépression qui reste plus forte en Amérique-du-Nord qu'en France.

Même si 90 % des interviewés considèrent que la dépression est un problème suffisamment grave pour solliciter une aide extérieure, cette sollicitation reste problématique puisque près de la moitié de la population pense qu'il est risqué d'en parler à ses collègues. Cette réserve se situe dans des proportions moindres, mais qui restent conséquentes, envers la médecine du travail (40 %) et le médecin de famille (près de 25 %). La notion de risque est cependant à distinguer de celle de légitimité puisque seule une petite minorité,

moins de 15 %, pense qu'il est honteux de consulter un professionnel en cas de problèmes de santé mentale. Une étude australienne récente menée en population générale adulte a montré que 29 % des individus interrogés seraient embarrassés à l'idée de consulter un médecin généraliste s'ils avaient des problèmes de dépression [23]. Selon ces auteurs, une telle hésitation serait associée à la crainte de la stigmatisation, par le médecin lui-même et par l'entourage. Le recours aux soins est en effet parfois vécu comme un aveu de faiblesse [24], le regard des autres semblant jouer un rôle crucial [25-26]. Une telle crainte peut avoir un impact sur le refus de recourir au soin, comme cela a été montré dans plusieurs études anglo-saxonnes [27-29], même si cela ne semble pas toujours être le cas [30-31], en particulier pour les épisodes dépressifs les plus sévères [32] ou encore en milieu urbain [33].

Les opinions les plus stigmatisantes sur la dépression et les personnes qui en souffrent semblent être celles des personnes les plus âgées et les moins diplômées de l'échantillon (ce qui rejoint des résultats classiques des enquêtes d'opinion sur les usagers de drogues par exemple [34]). Il convient ici de souligner que nous n'avons pas retenu le sentiment d'information parmi les facteurs associés à étudier, dans la mesure où il est probable qu'une bonne part de ceux qui se disent les moins informés sont en fait ceux dont le niveau d'exigence d'information est le plus élevé. En effet, le sentiment d'être bien informé sur la dépression apparaît par exemple mal corrélé avec le niveau de diplôme. Les opinions plutôt stigmatisantes sont aussi plus courantes, étonnamment, parmi les individus qui ont vécu un EDM au cours de l'année, mais pas parmi ceux qui l'ont connu auparavant. Il est possible que ces derniers affichent un certain recul par rapport à la souffrance qu'ils ont pu connaître, notamment pour pouvoir juger

de la dureté de la maladie. Il est également possible que ces opinions soient liées à des épisodes dépressifs d'intensité moins forte. D'un autre côté, l'épisode actuel ou récent est susceptible d'entraîner un sentiment de dévalorisation chez ceux qui le subissent. Ainsi, le fait d'avoir connu un EDM récent conduirait plutôt à sous-estimer la gravité de la dépression en général. Enfin, cet effet pourrait être lié à une motivation de présentation de soi : après avoir répondu, par le CIDI-SF, à un certain nombre de questions attestant plus ou moins explicitement de leur mal-être, ces personnes pourraient « compenser » en tentant de renvoyer à leur interlocuteur une autre image d'eux-mêmes [35].

Sur de nombreuses opinions, les plus jeunes et les plus âgés se distinguent souvent des autres âges par des prises de positions atypiques. Ils ont notamment tendance à sous-estimer la gravité de la dépression. Faut-il y voir un effet génération ou de cycle de vie ? Peut-être les plus jeunes n'y ont-ils pas encore été sensibilisés, et les plus âgés appartiennent-ils à une génération qui ne se reconnaît pas dans le vocable « dépression ». Au contraire, les âges intermédiaires se trouvent plus exposés à la dépression, et ils y ont de surcroît été sensibilisés, dans la mesure où ils sont contemporains de l'émergence de cette notion. Globalement, un capital économique et culturel plus élevé semble conduire à une meilleure appréhension de ce trouble. Le niveau d'urbanité de la commune de résidence semble pour sa part peu lié aux représentations de la dépression au-delà des autres facteurs socioéconomiques observés.

Enfin, hommes et femmes se distinguent sur certaines opinions. Sur la quasi-totalité des assertions, les femmes présentent des réponses plus tranchées (c'est-à-dire plus souvent « *tout à fait d'accord* » ou « *pas du tout d'accord* ») que les hommes, qui optent plus volontiers pour les modalités intermé-

diaires. Plus concernées, elles semblent avoir globalement une meilleure connaissance de la maladie et des représentations plus claires et cohérentes. Ces différences de genre se retrouvent dans d'autres études françaises [2, 22, 36] comme étrangères [21, 37, 38].

Au final, la typologie réalisée à partir des questions d'opinions et d'attitudes de l'enquête Anadep tend à montrer une représentation plutôt compréhensive et tolérante de la dépression pour une grande part de la population. Même si des différences de point de vue existent, par exemple sur les causes de cette maladie, la majorité reconnaît la souffrance endurée par les personnes dépressives et leurs proches. Cependant, une partie de la population a encore du mal à reconnaître le caractère pathologique de la dépression et n'y voit qu'une faiblesse de caractère.

Il ressort également de cette typologie qu'une part non négligeable de la population, de l'ordre d'une personne sur dix, plus âgée et moins diplômée que l'ensemble de l'échantillon, se caractérise par des représentations floues et une réticence à s'exprimer sur ce sujet. Plus globalement, ce manque de cohérence dans les représentations pourrait correspondre à une proportion plus importante d'individus, certains répondant parfois même s'ils ont une compréhension imparfaite de la question. Rappelons également que le principe de la classification ascendante hiérarchique est de résumer l'information disponible et donc de n'en garder que les grands traits caractéristiques. Il ne s'agit ici que d'une première phase d'exploration des représentations de la dépression qui mériterait d'être approfondie par des travaux ultérieurs sur cette même base de données.

Bibliographie

- [1] American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition revised. Washington DC : American Psychiatric Association ; 2000.
- [2] Anguis M. La perception des problèmes de santé mentale : les résultats d'une enquête sur neuf sites. *Études et Résultats*, 2001, n° 116 : 8 p.
En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er116.pdf>
- [3] Jodelet D. Représentations sociales : un domaine en expansion. In : Jodelet D. (dir.), *Les représentations sociales*. Paris : PUF, 1989 : p. 31-60.
- [4] Harré R. Grammaire et lexiques, vecteurs des représentations sociales. In : Jodelet D. (dir.), *Les représentations sociales*. Paris : PUF, 1989 : p. 131-151.
- [5] Abric J.-C. Les représentations sociales : aspects théoriques. In : Abric J.-C. (dir.), *Pratiques sociales et représentations*. Paris : PUF, 1994 : p. 11-36.
- [6] Granger B. *La dépression*, Paris : Le Cavalier bleu, coll. idées reçues, 2004 : 128 p.
- [7] Saporta G. *Probabilités, analyse des données et statistique*. Paris : Technip, 1990 : 493 p.
- [8] Lebart L., Morineau A., Piron M. *Statistique exploratoire multidimensionnelle*. Paris : Dunod, 1995 : 439 p.
- [9] Volle M. *Analyse des données*. Paris : Economica, 1981 : 317 p.
- [10] Falissard B. *Comprendre et utiliser les statistiques dans les sciences de la vie*, 3^e édition. Paris : Masson, 2005 : 372 p.
- [11] Bijl R.V., Ravelli A., van Z.G. Prevalence of psychiatric disorder in the general population : results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 1998 ; 33 : p. 587-95.
- [12] Kessler R.C., Berglund P., Demler O., Jin R., Koretz D., Merikangas K.R., et al. The epidemiology of major depressive disorder : results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, 2003 ; vol. 289, n° 23 : p. 3095-3105.
- [13] Alonso J., Angermeyer M.C., Bernert S., Bruffaerts R., Brugha T.S., Bryson H., et al. Prevalence of mental disorders in Europe : results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 2004, n° 420 : p. 21-27.
- [14] Jacobi F., Wittchen H.U., Holting C., Hofer M., Pfister H., Muller N., et al. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population : results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological medicine*, 2004, vol. 34, n° 4 : p. 597-611.
- [15] Beck A.T. The core problem in depression : The cognitive triad. In : Masserman J.H. (Ed.), *Depression : Theories and therapies*. New York : Grune & Stratton, 1970 : p. 47-55.

- [16] Rickwood D.J., Braithwaite V.A. Social-psychological factors affecting help-seeking for emotional problems. *Social Science and Medicine*, 1994, vol. 39, n° 4 : p. 563-572.
- [17] Galland O. Âges et valeurs. In : Riffault H. (dir.). *Les valeurs des Français*. Paris : Presses universitaires de France, 1994 : p. 251-296.
- [18] Bréchon P. (dir.). *Les valeurs des Français. Évolutions de 1980 à 2000*. Paris : Armand Colin, 2000 : 280 p.
- [19] Briffault X., Sapinho D., Villamaux M., Kovess V., Factors associated with use of psychotherapy. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 2008, vol. 43, n° 2 : p. 165-171.
- [20] Organisation Mondiale de la Santé. *Mental Health : facing the challenges, building solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference*. Copenhague : OMS – Bureau Europe, 2005 : 182 p.
En ligne : <http://www.euro.who.int/document/E87301.pdf>
- [21] Wang J., Adair C., Fick G., Lai D., Evans B., Perry B.W., Jorm A., Addington D. Depression literacy in Alberta : Findings from a general population sample. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 2007, vol. 52, n° 7 : p. 442-449.
- [22] Bellamy V. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête « Santé mentale en population générale ». *Études et Résultats*, n° 347, 2004 : p. 1-8.
En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er347.pdf>
- [23] Barney L.J., Griffiths K.M., Jorm A.F., Christensen H. Stigma about depression and its impact on help-seeking intention. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 2006, vol. 40, n° 1 : p. 51-54.
- [24] Halter M.J. Stigma and help seeking related to depression : a study of nursing students. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 2004, vol. 42, n° 2 : p. 42-51.
- [25] Dew M.A., Dunn L.O., Bromet E.J., Schulberg H.C. Factors affecting help-seeking during depression in a community sample. *Journal of affective disorders*, 1988, vol. 14, n° 3 : p. 223-234.
- [26] Chadda R.K., Agarwal V., Singh M.C., Raheja D. Help seeking behaviour of psychiatric patients before seeking care at a mental hospital. *The International journal of social psychiatry*, 2001, vol. 47, n° 4 : p. 71-78.
- [27] Cooper-Patrick L., Powe N.R., Jenckes M.W., Gonzalcs J.J., Levine D.M., Ford D.E. Identification of patient attitudes and preferences regarding treatment of depression. *Journal of general internal medicine*, 1997, vol. 12, n° 7 : p. 431-438.
- [28] Hoyt D.R., Conger R.D., Valde J.G., Weihs K. Psychological distress and help seeking in rural America. *American journal of community psychology*, 1997, vol. 25, n° 4 : p. 449-470.
- [29] McNair B.G., Highet N.J., Hickie I.B., Davenport T.A. Exploring the perspectives of people whose lives have been affected by depression. *The Medical journal of Australia*, 2002, vol. 176, suppl. : p. S69-S76.
- [30] Sussman L.K., Robins L.N., Earls F. Treatment-seeking for depression by black and white Americans. *Social science & medicine*, 1987, vol. 24, n° 3 : p. 187-196.
- [31] Jorm A.F., Medway J., Christensen H., Korten A.E., Jacomb P.A., Rodgers B. Attitudes towards people with depression : effects on the public's help-seeking and outcome when experiencing common psychiatric symptoms. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 2000, vol. 34, n° 4 : p. 612-618.
- [32] Blumenthal R., Endicott J. Barriers to seeking treatment for major depression. *Depression and anxiety*, 1996, vol. 4, n° 6 : p. 273-278.
- [33] Rost K., Smith G.R., Taylor J.L. Rural-urban differences in stigma and the use of care for depressive disorders. *The Journal of Rural Health*, 1993, vol. 9, n° 1 : p. 57-62.
- [34] Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P. *Penser les drogues : Perceptions des produits et des politiques publiques. Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP) 2002*. Paris : OFDT, 2003 : 227 p.
En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxbjl.pdf>
- [35] Baumeister R.F. (Ed.) *Self-esteem : The puzzle of low self-regard*. New York : Plenum Press, 1993 : 265 p.
- [36] Lovell A., Fuhrer R. Troubles de la santé mentale : la plus grande « fragilité » des femmes remise en cause. In : Saurel-Cubizolles M.-J., Blondel B. *La santé des femmes*. Paris : Flammarion, 1996 : p. 252-283.
- [37] Tomes N. Historical perspectives on women and mental illness. In : Apple R.D. (ed.). *Women, health and medicine in America : A Historical Handbook*. New-York : Garland, 1990 : p. 143-171.
- [38] Jorm A.F., Christensen H., Griffiths K.M. The public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about treatment : changes in Australia over 8 years. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 2006, vol. 40, n° 1 : p. 36-41.

Perspectives pour les études et recherches en épidémiologie de la santé mentale en France

XAVIER BRIFFAULT
FRANÇOIS BECK

DE LA PORTÉE DES RÉSULTATS EN ÉPIDÉMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE

Comme le souligne l'introduction de cet ouvrage, « *la vivacité des controverses scientifiques ou doctrinales* » est un élément constitutif de toute démarche touchant aux questions de santé mentale en France. Si elles peuvent constituer « *un contexte peu propice à la sérénité des études* », on peut y voir également « *un souci légitime de prendre en compte des préoccupations éthiques pour des études qui touchent à la singularité de l'être humain* ».

Toute démarche scientifique – et l'épidémiologie psychiatrique, domaine de rattachement des travaux présentés dans cet ouvrage, n'échappe pas à la règle – se doit en effet de formuler, et d'apporter des éléments de réponse, à quelques questions de cadrage. Une question qui met en jeu la technique tout d'abord : quelle est la portée exacte des résultats. Et surtout quelles sont les limites de leur interprétation ? Une question éthique ensuite : quels

sont les usages (scientifiques, techniques, politiques, sociaux, thérapeutiques...) qui peuvent être faits de ces résultats ?

Sur la question technique, le propre, et l'intérêt, de la démarche scientifique sont de proposer une méthode explicite de production des résultats, et un cadre conceptuel délimité, lui aussi explicite, au sein duquel ils peuvent être interprétés. Hors de ce cadre, il ne s'agit plus de science, mais d'interprétation « sauvage ». Un observable, quel qu'il soit, ne peut en effet être compris sans référence au cadre théorique et méthodologique ayant servi à sa construction, sans tenir compte de l'instrument d'observation qui le produit, ni sans prise en considération des cadres de références du producteur et de l'observateur. Ainsi, une radiographie, une échographie, une imagerie par résonance magnétique, un électrocardiogramme, le son d'un stéthoscope, les battements du pouls sont tous susceptibles d'apporter des informations sur le fonctionnement du cœur. Ces informations

ne peuvent cependant être interprétées correctement sans savoir ce que permet de « voir » chacun des instruments utilisés et leur support d'exploration (les rayons X, les ultrasons, les champs magnétiques, les courants électriques, les vibrations de l'air, les variations de pression d'une artère), ni sans savoir comment fonctionne le cœur et les relations qu'il entretient avec le reste de la physiologie et de l'anatomie. Si dans les cas évoqués ci-dessus le regard d'un spécialiste est nécessaire, la particularité de l'enquête quantitative déclarative en sciences sociales ou en épidémiologie est de s'inscrire plus naturellement dans un langage commun de référence, porté par des nombres censés être lisibles et compréhensibles par tous. Cette apparente simplicité peut favoriser chez chacun le sentiment d'être légitime à interpréter les données statistiques les plus descriptives (de type analyses univariées et bivariées et, dans une moindre mesure, les odds-ratios), tandis que la représentation complexe, souvent incompréhensible au profane, d'un examen médical incite à plus de prudence, et ce d'autant qu'entre en jeu la figure du médecin, seul habilité à en faire émerger le sens. De telles enquêtes s'appuient ainsi sur une certaine « confiance dans les nombres » pour reprendre l'expression de Theodore Porter [1], pour qui la réduction à un chiffre constitue une « stratégie de communication » d'une grande efficacité qui rejoint l'idée évoquée par Alain Desrosières [2, 3] selon laquelle les statistiques constituent un *point d'appui* du discours.

Sur la question éthique, si la science a pour fonction première de produire des connaissances, celles-ci sont cependant rapidement utilisables pour produire des technologies (ingénierie technique) ou des politiques (ingénierie sociale). La génétique nous informe sur les mystères de l'ADN, et elle permet les tests de paternité et les organismes génétiquement modifiés. La physique nous

fait visiter les confins de la matière et des constituants du monde où nous vivons, et elle permet les technologies nucléaires, civiles et militaires. Lorsque les connaissances portent sur l'humain, il n'est même pas besoin qu'une technologie nouvelle soit développée pour que cette connaissance produise des effets. Par exemple, rendre public des résultats selon lesquels une population donnée présenterait un risque accru de développer une maladie ou un comportement socialement dévalorisé, quels qu'ils soient, revient à fournir *ipso facto* les moyens d'une possible stigmatisation des membres de cette population, ou d'un contrôle social de ceux-ci.

Il n'en va pas différemment en épidémiologie de la santé mentale. Sans doute même encore davantage dans ce domaine. En effet, toute recherche sur ce sujet amène irrémédiablement en France des débats passionnés. La polémique associée au rapport d'expertise collective de l'Inserm sur les troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent en est un excellent exemple [4, 5], et illustre qu'« à partir du moment où la science intervient sur les questions de société, elle se trouve automatiquement prise dans les conflits que ces questions occasionnent toujours » [6]. Sans rentrer dans les détails de ces débats, qui sont complexes [7-9], il importe donc de bien préciser les limites, la portée, et les usages techniquement légitimes des résultats présentés dans cet ouvrage. Au-delà des précautions longuement rappelées dans les deux chapitres liminaires de l'ouvrage (méthodologie et prévalence), il s'agit d'en permettre une utilisation adéquate et éclairée.

ÉPIDÉMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE : DE LA SCIENCE AU MYTHE

À ce titre, la lecture de l'article d'Antony Jorm [10] – un chercheur australien quantitatif qui a contribué à la mise en œuvre d'études et de campagnes d'information sur

la dépression – apporte des éléments pertinents. L'auteur développe ainsi l'idée que les enquêtes nationales sur les troubles mentaux utilisant le CIDI [11], à l'instar de celle sur laquelle s'appuie cet ouvrage, prétendent apporter des connaissances scientifiques, mais qu'en réalité elles servent surtout à construire des « mythes utiles » destinés à générer du soutien public et à influencer les preneurs de décision politiques. Il identifie cinq de ces mythes :

■ *Le mythe du diagnostic psychiatrique dans des études en population générale.* Les questionnaires standardisés utilisés dans les enquêtes visent à fournir une approximation du diagnostic que fournirait un clinicien en présence de l'enquêté à l'aide d'un entretien systématique approfondi, diagnostic lui-même d'une relative instabilité, comme cela a été montré dans des études épidémiologiques confrontant les regards de plusieurs psychiatres sur les mêmes individus [12]. Cependant l'utilisation de ces questionnaires en population générale, par des enquêteurs non cliniciens (le plus souvent des enquêteurs généralistes d'instituts de sondage), au téléphone, n'a pas été validée, et l'on ne connaît pas précisément la sensibilité et la spécificité¹ de l'instrument – dans l'enquête Anadep le CIDI-SF [13] – utilisé de cette façon [14-18]. La fiabilité du repérage des troubles sur l'ensemble de la vie est également un problème lié au travail de mémoire parfois difficile, mais aussi à une certaine réappropriation de la trajectoire biographique qui peut provoquer des réinterprétations de certains événements de vie [19, 20] ;

■ *Le mythe du « vrai » taux de prévalence.* Selon Jorm, les données obtenues sur le nombre de cas d'un trouble mental par des enquêtes en population générale sont plus des constructions arbitraires issues des critères diagnostiques et de l'instrument de mesure utilisé que des prévalences du trouble étudié. Des variations mineures dans les questions ou l'ordre de celles-ci

peuvent en effet entraîner des variations très importantes des prévalences obtenues [21-24]. Il serait ainsi possible, par de légères modifications des instruments, de transformer un problème de santé publique mineur en un problème majeur, ou inversement, selon le projet des concepteurs. Cet arbitraire apparent est en grande partie lié aux définitions catégorielles des troubles (on a le trouble, ou on ne l'a pas, sans gradation) qui sont utilisées pour décrire ce qui serait en fait un continuum (on est plus ou moins dépressif) dans la population [25-28]. Par ailleurs, ces définitions catégorielles présentent l'inconvénient de focaliser toute l'attention sur les seuls « cas », alors que les états qui n'atteignent pas le seuil du diagnostic (les « subsyndromiques » [29, 30]) peuvent représenter une proportion bien plus importante de la charge globale de morbidité dans la population dans la mesure où ils sont beaucoup plus nombreux et qu'ils peuvent donner lieu à certains retentissements ;

■ *Le mythe de la comorbidité :* de nombreuses études utilisant le CIDI ont fait de la question de la comorbidité (occurrence simultanée de deux ou plusieurs troubles « différents » chez une même personne) une question centrale [31-34]. Or, ces comorbidités pourraient être une simple conséquence des critères diagnostiques et de la façon dont le CIDI les mesure [35-38]. Ainsi, d'une part, l'abolition par le DSM-III du concept de « névrose » – pour la réintégration duquel certains plaident d'ailleurs [39], et pour la formalisation duquel sont aujourd'hui proposées, bien qu'encore fort peu utilisées, des nosographies complémentaires de celle du DSM-IV [40] – qui fournissait un cadre théorique permettant par exemple de comprendre les occurrences communes de l'anxiété et de la dépres-

1. En épidémiologie, la sensibilité est la proportion des vrais positifs parmi les sujets malades. La spécificité est la proportion des vrais négatifs parmi les sujets non-malades.

sion, au profit de multiples entités postulées indépendantes, a ouvert la voie à l'idée de troubles indépendants [41, 42]. D'autre part, certaines comorbidités apparentes pourraient résulter de la simple présence de symptômes identiques dans différents troubles (par exemple sommeil et troubles de la concentration dans l'épisode dépressif caractérisé [43, p. 411], le syndrome de stress post-traumatique [43, p. 539], l'anxiété généralisée [43, p. 549];

■ *Le mythe des besoins de soin non satisfaits* : de nombreuses études montrent une forte proportion de personnes présentant des troubles n'ayant pas recours aux soins, ainsi que de personnes ne présentant pas de troubles y ayant recours [44-54]. Ceci ne reflèterait pas uniquement la réalité du recours, mais pourrait aussi résulter de problèmes de classification des cas et des non-cas dus à l'instrument de mesure catégoriel utilisé, ainsi que des problèmes de fiabilité de la restitution des recours aux soins par les enquêtés [55, 56];

■ *Le mythe des différences internationales et sociodémographiques* : l'utilisation du même questionnaire d'évaluation dans différents pays, et dans différentes populations repose sur l'hypothèse d'une universalité culturelle et sociale des critères qui sont utilisés et de leur compréhension. Mais cette improbable hypothèse n'a jamais été formellement validée, et de nombreux travaux font au contraire l'hypothèse d'une variabilité culturelle [57-69].

Les origines et motivations de l'enquête Anadep sont partagées par d'autres études [70] et sont rappelées par Ronald Kessler [71], concepteur de la plus grande et la plus sophistiquée enquête de santé mentale jamais mise en œuvre (la *National Comorbidity Survey*, aux États-Unis), en relation avec les nombreuses études sur la charge de morbidité sociale et économique que représentent les troubles mentaux : « les ressources allouées par la société au traite-

ment des troubles mentaux sont très inférieures à celles allouées aux troubles physiques chroniques, au regard de la charge de morbidité des troubles mentaux dans toutes les régions du monde. Afin d'être certains que ces résultats soient entendus par les décideurs politiques, les résultats doivent être répétés encore et encore, en visant différentes audiences avec des perspectives politiques différentes² ».

ÉPIDÉMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE : DU MYTHE À LA SCIENCE

La convergence des résultats sur l'ampleur de l'impact individuel, économique et social des troubles mentaux en général, et des troubles dépressifs en particulier [72-84] semble en effet suggérer qu'il est légitime de faire le nécessaire pour que soient donnés à la prise en charge de tels troubles les moyens requis. C'est tout particulièrement vrai en France, où les études d'envergure sur le sujet sont rares et récentes (alors que la première enquête d'envergure aux États-Unis – ECA [85] – date du début des années quatre-vingt et que plusieurs autres études importantes ont été menées depuis lors – NCS [86], NCS-R [31]). Cependant, pour que ces études aient le maximum d'impact politique il faut, outre qu'elles construisent des « mythes utiles », que leurs résultats soient les mieux cadrés possible sur le plan scientifique, et leurs limites d'interprétation bien définies. Les détracteurs de la démarche de santé publique appliquée aux troubles mentaux ne manquent pas en effet de souligner les carences qu'ils perçoivent dans les méthodes employées et de les utiliser pour initier des polémiques qui peuvent tendre à s'éloigner du débat utile et raisonné [87-89].

En écho aux deux premiers mythes évoqués par Jorm, les limites des méthodes et outils utilisés ainsi que des interprétations des résultats issus de l'exploitation des

2. Nous traduisons.

données de l'enquête Anadep sont largement évoquées dans les chapitres présentant la méthodologie et les prévalences.

Les réflexions que suggèrent les critiques de Jorm aux études épidémiologiques en population générale portant sur les troubles mentaux, et en particulier la dépression, amènent aussi à suggérer certaines pistes de travail pour les études à venir en France, à l'aune desquelles on pourra également considérer les résultats ici présentés.

LA NÉCESSITÉ D'UN « BAROMÈTRE » SUR LA SANTÉ MENTALE

En tout premier lieu, la France a besoin de se doter d'un outil d'épidémiologie en santé mentale fiable et récurrent (barométrique) qui fait aujourd'hui défaut. Cet outil pourrait se situer dans un cadre national, ou dans un cadre européen, tel que celui initié par le projet ESEMED [90]. On ne dispose à ce jour en France que d'enquêtes transversales ; une enquête longitudinale pourrait constituer un atout complémentaire pour mieux comprendre les conditions d'apparition et d'évolution des troubles et mieux gérer les problèmes liés aux questions portant sur l'ensemble de la vie. Mieux connaître les dynamiques d'évolution des troubles (durée des épisodes, récurrences, conséquences, comorbidités), avec et sans traitement, est en particulier indispensable pour mieux caractériser ce qui relève d'un besoin de soin (les troubles qui durent et qui ont des conséquences) et ce qui n'en relève pas (les troubles transitoires et sans conséquences) [91, 92]. Néanmoins, si un tel objectif relève plutôt du suivi longitudinal d'un groupe à risque ou d'un groupe de patients que de la population générale, ce suivi longitudinal est par ailleurs fort coûteux et pas exempt de défauts tels que l'attrition et le biais d'appartenance à la cohorte qui n'est pas toujours sans conséquence sur les comportements.

Les troubles étudiés ne devraient pas se limiter à la dépression, mais inclure plus généralement ceux de l'axe I du DSM³ (troubles anxieux, des conduites alimentaires, liés aux usages de substances, somatoformes...), ainsi que les troubles de la personnalité de l'axe II pour lesquels n'existe aucune donnée épidémiologique en population générale en France, à la différence des États-Unis [93-96]. En effet, la situation est très différente, s'agissant des pronostics et des thérapeutiques, selon qu'un épisode dépressif survienne de façon isolée, de façon comorbide, ou sur fond d'un trouble de la personnalité. La validité, sur la population française, des outils diagnostiques utilisés pour les troubles de l'axe I et de leurs modalités d'utilisation (le CIDI-SF par téléphone par des enquêteurs non cliniciens par exemple) doit être évaluée : une étude de validation permettant de qualifier la sensibilité et la spécificité de l'instrument dans ce contexte d'utilisation devrait être menée. L'administration du CIDI-SF par téléphone par des enquêteurs non cliniciens, utilisé dans la présente enquête ainsi que dans le « Baromètre santé 2005 », par exemple, n'a pas fait l'objet d'une telle procédure. Un protocole *ad hoc* de formation des enquêteurs mobilisés pour ce type d'enquête, à l'instar des formations à l'administration du CIDI qui s'étalent sur plusieurs jours, pourrait être défini à cette occasion et son efficacité testée. Bien sûr, une telle contrainte serait plus réaliste s'il s'agit d'une enquête ciblée sur la santé mentale (telle que celle présentée dans cet ouvrage) que dans le cadre d'un baromètre multithématique.

Une grande attention devrait être portée aux continuums de sévérité, et pas seule-

3. Rappelons que le DSM-IV est structuré selon un système multiaxial comprenant 5 axes : (I) les troubles cliniques ; (II) les troubles de la personnalité ; (III) les affections médicales générales ; (IV) les problèmes psychosociaux et environnementaux ; (V) l'évaluation globale du fonctionnement.

ment au classement catégoriel des troubles, ainsi qu'à une meilleure évaluation des troubles de l'adaptation (*« réponse psychologique à des facteurs de stress identifiables qui conduit au développement de symptômes dans les registres émotionnels et comportementaux cliniquement significatifs »*, [43, p. 783]) avec anxiété et humeur dépressive, et au diagnostic différentiel avec les troubles caractérisés dépressifs et anxieux, ce afin d'éviter de qualifier comme troubles caractérisés des troubles contextuels.

Enfin, une caractérisation précise des épisodes dépressifs comme faisant partie d'un trouble dépressif unipolaire ou d'un trouble dépressif bipolaire devrait être recherchée. Les traitements, les conséquences, et les pronostics de l'un et de l'autre trouble différent en effet notablement.

LA PATHOLOGIE ET LA PSYCHOPATHOLOGIE... MAIS EN CONTEXTE

En vue de l'étude des facteurs associés aux troubles et aux recours aux soins, un soin particulier devrait être porté au recueil des informations sur le contexte passé (situation familiale, relations parentales, éducation, événements de vie...) et la situation actuelle (familiale, conjugale, relationnelle, professionnelle, caractéristiques du lieu de vie, facteurs de stress...) (axe IV), afin de mieux contextualiser les troubles étudiés. La principale difficulté est ici d'arriver à circonscrire dans quelques questions simples des éléments qui relèveraient plutôt d'une enquête biographique aux questionnements plus complexes.

RECOURS AUX SOINS : MIEUX CROISER LES SOURCES

La question de l'utilisation des services de santé et des traitements est également

importante. Quatre niveaux pourraient être distingués à ce sujet : (1) l'utilisation des services et des professionnels ; (2) l'utilisation des médicaments ; (3) l'utilisation des psychothérapies ; (4) l'utilisation des traitements et pratiques complémentaires et alternatives. S'agissant des recours aux services et aux médicaments, les imprécisions liées aux données déclaratives (rappel rétrospectif, oublis, erreurs...) pourraient être réduites par le recours à des données non déclaratives telles que celles des assurances maladie, en prenant en considération les problèmes de fiabilité spécifiques de ce type de bases. Des enquêtes utilisant ce type de dispositif sont en cours, par exemple à la Fondation MGEN pour la recherche en Santé publique, et pourraient être étendues en population générale [97], nonobstant les difficultés éthiques, logistiques et réglementaires [98, 99] de l'accès aux données de l'Assurance maladie (SNIIRAM, Institut des Données de Santé, Article L. 161-36-5 de la Loi n° 2004-810 du 13 août 2004). S'agissant des psychothérapies, il est plus difficile d'obtenir des informations précises. La plupart des patients ne connaissent pas la méthode employée par leur thérapeute, ni ses formations, et ne connaissent pas toujours son statut de psychologue ou de médecin. S'agissant des contenus des séances, des questions précises portant sur les interactions patient-thérapeute peuvent permettre d'avoir une idée plus précise du type de méthode utilisée (on peut penser par exemple au *Psychotherapy Process Q-Set* [97]), mais une caractérisation fine et longue est hors de portée d'une enquête généraliste en population générale [100]. Il sera nécessaire de développer des enquêtes dédiées pour mieux connaître les usages précis des psychothérapies en France et les effets de celles-ci en situation naturelle (des propositions méthodologiques existent en ce sens, mais elles restent très préliminaires [101, 102]).

DES COMPARAISONS INTERNATIONALES DIFFICILES

Concernant les comparaisons internationales, et les enseignements que l'on peut en tirer en termes de différences de prévalence et de recours aux soins, des difficultés persistent en raison de différences méthodologiques dans les enquêtes, les instruments, de problèmes de traduction et de finesse linguistiques [100]. La comparaison des recours aux soins et des traitements est rendue difficile par les différences de formation et d'attributions des différents professionnels dans différents pays (qui est légalement autorisé à exercer la psychothérapie et officiellement formé pour cela ? Qui peut prescrire des médicaments et lesquels ? [103]). Tous ces éléments doivent être mieux pris en considération qu'ils ne le sont actuellement.

MIEUX PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES DIVERS USAGES POSSIBLES DES RÉSULTATS

Sur le plan de la diffusion, sans chercher à uniformiser des cultures et des objectifs par essence différents, un travail devra également être fait sur les protocoles de communication des résultats auprès des quatre principales cibles concernées : les décideurs politiques, les médias, les professionnels du soin, et le grand public. Les chercheurs qui interviennent dans des publications à destination ou à usage politique devraient donc être sensibilisés à cet exercice, et bénéficier du soutien de spécialistes de ce domaine. En parallèle, il serait certainement efficace que les journalistes puissent bénéficier d'un soutien didactique à l'interprétation et à l'utilisation des résultats. Des relations suivies et de qualité entre les dits journalistes et les concepteurs et analystes des études sont donc particulièrement utiles, et

peuvent être médiatisées par des services spécialisés de relation presse. Ces points sont devenus d'autant plus cruciaux qu'à l'instar des pratiques anglo-saxonnes, l'évaluation des politiques publiques françaises repose de plus en plus fortement sur des indicateurs quantifiés, ce qui implique que les acteurs politiques y sont de plus en plus fréquemment confrontés. On peut en prendre pour preuve, dans le domaine de la santé publique, la mise en place du suivi des cent indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, coordonné par la Direction de la recherche, de l'évaluation et des études statistiques (DREES). Ce suivi s'appuie sur l'ensemble du dispositif d'observation statistique des questions de santé et notamment sur les « Baromètres Santé » de l'INPES. Cette démarche s'inscrit dans un modèle de rationalité (*rational model*) ou d'éclaircissement (*enlightenment model*) [104], au sein duquel les politiques souhaitent explicitement disposer de données empiriques objectives pour mettre leurs choix à l'épreuve des faits scientifiques. Un tel système existe déjà depuis quelques années sur la toxicomanie [105-107]. L'expérience récente sur la médiatisation des enquêtes en population générale sur les usages de drogues est certainement éclairante pour ce qui pourrait se profiler dans les années à venir autour des questions de santé mentale, même si ce champ est probablement beaucoup plus complexe, car moins factuel. En effet, malgré les efforts déployés pour encadrer la diffusion des résultats de ces enquêtes, la médiatisation a inévitablement donné lieu à des réactions et des interprétations très diverses, l'idéologie de chacun contribuant à donner du sens aux résultats présentés, comme cela a pu être montré dans le cadre des travaux de l'association *Pénombre* autour de la place et de l'utilisation du chiffre dans le débat public [108, 109]. Au-delà des couvertures médiatiques ponctuelles, les chiffres des enquêtes

se sont largement diffusés et sont devenus incontournables dans le débat public [110]. Parvenir à un consensus sur la quantification, et notamment sur les prévalences d'un phénomène, apparaît nécessaire pour créer les bases d'une culture commune de référence qui contribue à dépassionner le débat en dépassant le stade de l'émotion pour s'appuyer sur des faits reconnus. Cela n'est toutefois pas forcément suffisant, dans la mesure où un même chiffre autorise généralement plusieurs lectures contradictoires. Il arrive en effet que ces chiffres contribuent à entretenir des fantasmes au lieu de les dissiper, ou qu'ils ne servent qu'à des fins rhétoriques.

FAVORISER L'UTILISATION DES RÉSULTATS DANS LES PRATIQUES

La communication à destination des professionnels doit pour sa part s'accompagner d'un dispositif leur permettant de percevoir l'intérêt des résultats et de les utiliser au mieux dans leur pratique. Elle doit également respecter la diversité des positions théoriques et des positions professionnelles, exercice acrobatique en France où ces positions sont très diverses et parfois antagonistes [111, 112]. La probabilité que les profes-

sionnels trouvent un intérêt pratique aux résultats des études épidémiologiques [113] se trouverait accrue par leur participation, via leurs sociétés représentatives, à la conception et à la mise en œuvre des dites études. Afin que cet habituel appel à la coopération des cliniciens et des chercheurs ne reste pas lettre morte, il importe que des procédures facilitant la participation des praticiens soient mises en place (formations, rémunérations, instances de régulation des conflits doctrinaux et hiérarchiques...). La communication à destination du public s'inscrit, elle, dans le champ plus général de l'éducation à la santé (mentale). Elle passe par des actions directes qui sont multiples (campagnes d'information et de sensibilisation, ouvrages pédagogiques, sites internet, enseignements dans les écoles, les universités, les lieux de travail, les formations au secourisme...), mais aussi largement par les médias ; ce qui renforce l'importance de la communication journalistique. Une telle diffusion du savoir peut certainement jouer un rôle important dans la perspective de contribuer à la construction d'une société cultivée et de rompre avec un schéma opposant « experts » et « profanes » par le biais d'une production scientifique omnipotente opposée à une information vulgarisée dégradée.

CONCLUSION

Ce chapitre dédié aux perspectives des études et recherches en épidémiologie de la dépression, et plus généralement en épidémiologie psychiatrique, propose quelques pistes de travail, loin d'être exhaustives, pour les études à venir. Il se donne également pour objectif de permettre une (re)lecture des résultats de l'étude présentée dans les chapitres de cet ouvrage « informée » des critiques qui ont pu être formulées par diffé-

rents auteurs. Loin d'en annuler l'intérêt, replacer ces résultats dans le cadre critique et les propositions qui viennent d'être formulées doit au contraire permettre d'en tirer le meilleur, au plus juste de leur potentiel informatif. C'est ainsi, du moins le pensons-nous, que la « contribution [de cette étude et des suivantes] à la mise en œuvre de la politique de santé » annoncée dans l'introduction sera la plus efficace.

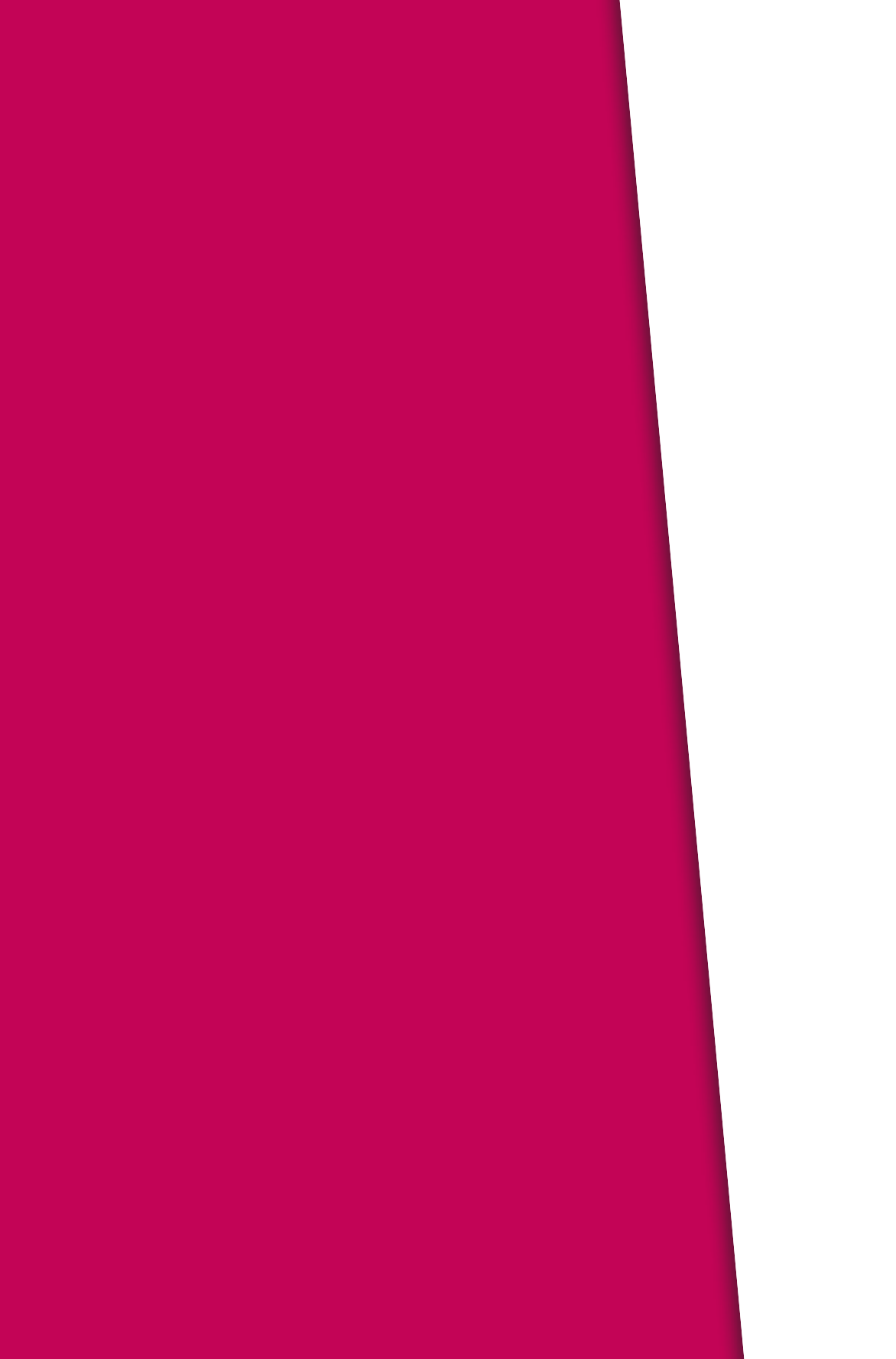
Bibliographie

- [1] Porter T.M. *Trust in numbers : The pursuit of objectivity in science and public life*. Princeton : Princeton University Press : 1996 : 324 p.
- [2] Desrosières A. *La politique des grands nombres. Histoire de la raison statistique*, Paris : La Découverte, 1993 : 468 p.
- [3] Desrosières A. Pour une politique des outils du savoir : le cas de la statistique. In : Bergen. *Politics and knowledge : Democratizing knowledge in times of the expert* [conférence], Bergen, 21-22/06/2004. Bergen : University of Bergen : 2004.
- [4] Collectif pas de 0 de conduite. Pas de 0 de conduite pour les enfants de 3 ans ! *Enfance & parentalité*, 2006, hors-collection : 240 p.
- [5] Ehrenberg A. Malaise dans l'évaluation de la santé mentale. *Esprit*, mai 2006 : p. 89.
- [6] Ehrenberg A. Santé mentale : malaise dans l'évaluation. *Médecine/Sciences*, 2006, n° 22 : p. 548-553.
- [7] Briffault X. Liberté, sécurité, évaluation : pour ou contre l'évaluation des psychothérapies. In : Champion F. *Psychothérapies et Société*. Paris : Armand Colin : 2008 : p. 203-214.
- [8] Ehrenberg A. Introduction [dossier « Les guerres du sujet »]. *Esprit*, novembre 2004 : p. 74-85.
- [9] Ehrenberg A. Les changements de la relation normal-pathologique. À propos de la souffrance psychique et de la santé mentale. *Esprit*, mai 2004, no 304 : p. 133-156.
- [10] Jorm A.F. National surveys of mental disorders : are they researching scientific facts or constructing useful myths ? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2006, vol. 40, n° 10 : p. 830-834.
- [11] Jorm A.F., Christensen H., Griffiths K.M., Changes in depression awareness and attitudes in Australia : the impact of beyondblue : the national depression initiative. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2006, vol. 40, n° 10 : p. 42-46.
- [12] Falissard B., Loze J.Y., Gasquet I., Duburc A., de Beaurepaire C., Fagnani F., Rouillon F. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry*, 2006, vol. 6 : 33.
- [13] Kessler R.C., Andrews G., Mroczek D., Ustun B., Wittchen H.-U. The World Health Organization Composite International Diagnostic Interview short-form (CIDI-SF). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 1998, vol. 7, n° 4 : p. 171-185.
- [14] Kurdyak P.A., Gnam W.H. Small signal, big noise : performance of the CIDI depression module. *Canadian journal of psychiatry*, 2005, vol. 50, n° 13 : p. 851-856.
- [15] Rohde P., Lewinsohn P.M., Seeley J.R. Comparability of telephone and face-to-face interviews in assessing axis I and II disorders. *American Journal of Psychiatry*, 1997, n° 154 : p. 1593-1598.
- [16] Sobin C., Weissman M.M., Goldstein R.B., Adams P., Wickramaratne P., Warner V., et al. Diagnostic interviewing for family studies : comparing telephone and face-to-face methods for the diagnosis of lifetime psychiatric disorders. *Psychiatric Genetics*, 1993, n° 3 : p. 227-234.
- [17] Patten S.B. Performance of the Composite International Diagnostic Interview Short Form for major depression in community and clinical samples. *Chronic diseases in Canada*, 1997, vol.18, n° 3 : p. 109-112.
- [18] Aalto-Setälä T., Haarasilta L., Marttunen M., Tuulio-Henriksson A., Poikolainen K., Aro H. Major depressive episode among young adults : CIDI-SF versus SCAN consensus diagnoses. *Psychological Medicine*, 2002, vol. 32, n° 7 : p. 1309-1314.
- [19] Andrews G., Anstey K., Brodaty H., Issakidis C., Luscombe G. Recall of depressive episode 25 years previously. *Psychological Medicine*, 1999, vol. 29, n° 4 : p. 787-791.
- [20] Kruijsaar M.E., Barendregt J., Vos T., de Graaf R., Spijker J., Andrews G., Lifetime prevalence estimates of major depression : an indirect estimation method and a quantification of recall bias. *European journal of epidemiology*, 2005, vol. 20, n° 1 : p. 103-111.
- [21] Briffault X., Morvan Y., Guilbert P., Beck F. Évaluation de la dépression dans une enquête de santé générale. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2008, n° 35-36 : p. 318-321.
- [22] Sapinho D., Chan Chee C., Briffault X., Guignard R., Beck F. Mesure d'un problème de santé mentale en population générale : enjeux, contraintes, limites. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2008, n° 35-36 : p. 314-317.
- [23] Regier D.A., Kaelber C.T., Rae D.S., Farmer M.E., Knauper B., Kessler R.C., Norquist G.S. Limitations of diagnostic criteria and assessment instruments for mental disorders. Implications for research and policy. *Archives of general psychiatry*, 1998, vol. 55, n° 2 : p. 109-115.
- [24] Weich S., Araya R. International and regional variation in the prevalence of common mental disorders : do we need more surveys ? *The British Journal of Psychiatry*, 2004, n° 184 : p. 289-290.
- [25] Frances A.J., Egger H.L. Whither psychiatric diagnosis. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 1999, vol. 33, n° 2 : p. 161-165.
- [26] Bertelsen A. Reflections on the clinical utility of the ICD-10 and DSM-IV classifications and their diagnostic criteria. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 1999, vol. 33, n° 2 : p. 166-173.
- [27] Berrios G.E. Classifications in psychiatry : a conceptual history. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 1999, vol. 33, n° 2 : p. 145-60.
- [28] Kendell R., Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry*, 2003, 160, n° 1 : p. 4-12.
- [29] Sadek N., Bona J. Subsyndromal symptomatic depression : a new concept. *Depress Anxiety*, 2000, vol. 12, n° 1 : p. 30-39.
- [30] Kessing L.V. Epidemiology of subtypes of depression. *Acta psychiatrica scandinavica. Supplementum*, 2007, n° 433 : p. 85-89.
- [31] Kessler R.C., Merikangas K.R. The National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) : background and aims.

- International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 2004, vol. 13, n° 2 : p. 60-68.
- [32] Roy-Byrne P.P., Stang P., Wittchen H.U., Ustun B., Walters E.E., Kessler R.C. Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey. Association with symptoms, impairment, course and help-seeking. *The British Journal of Psychiatry : the Journal of Mental Science*, 2000, n° 176 : p. 229-235.
- [33] Alonso J., Angermeyer M.C., Bernert S., Bruffaerts R., Brugha T.S., Bryson H., et al. 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe : results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 2004, n° 420 : p. 28-37.
- [34] Lépine J.P., Gasquet I., Kovess V., Arbabzadeh-Bouchez S., Nègre-Pagès L., Nachbaur G. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/(ESEMeD). *L'Encéphale*, 2005, vol. 31, n° 2 : p. 182-194.
- [35] Maj M. « Psychiatric comorbidity » : an artefact of current diagnostic systems ? *The British Journal of Psychiatry*, 2005, n° 186 : p. 182-184.
- [36] Wells J.E., Oakley Browne M.A., Scott K.M., McGee M.A., Baxter J., Kokaua J. Te Rau Hinengaro : The New Zealand Mental Health Survey : overview of methods and findings. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 2006, vol. 40, n° 10 : p. 875-881.
- [37] Vella G., Aragona M., Alliani D. The complexity of psychiatric comorbidity : a conceptual and methodological discussion. *Psychopathology*, 2000, vol. 33, n° 1 : p. 25-30.
- [38] Wittchen H.U. What is comorbidity--fact or artefact ? *The British journal of psychiatry. Supplement*, 1996, n° 30 : p. 7-8.
- [39] Roth M., Keer T.A. Le concept de dépression névrotique : playdoyer pour une réintégration. In : Pichot P., Rein W. *L'approche clinique en psychiatrie*. Le Plessis-Robinson : Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, 1999 : p. 475-520.
- [40] Alliance of Psychoanalytic Associations. *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM)*. Silver Spring : PDM, 2006 : 600 p.
- [41] McPherson S., Armstrong D. Social determinants of diagnostic labels in depression. *Social science & medicine*, 2006, vol. 62, n° 1 : p. 50-58.
- [42] Spitzer R.L. Values and assumptions in the development of DSM-III and DSM-III-R : an insider's perspective and a belated response to Sadler, Hulgas, and Agich's « On values in recent American psychiatric classification ». *The Journal of nervous and mental disease*, 2001, vol. 189, n° 6 : p. 351-359.
- [43] APA. *DSM IV-TR : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux*. (4^e éd.), Paris : Masson, 2003 : 1120 p.
- [44] Wittchen H.U., Holsboer F., Jacobi F. Met and unmet needs in the management of depressive disorder in the community and primary care : the size and breadth of the problem. *The Journal of clinical psychiatry*, 2001, vol. 62, suppl. 26 : p. 23-28.
- [45] Wang P.S., Aguilar-Gaxiola S., Alonso J., Angermeyer M.C., Borges G., Bromet E.J., et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet*, 2007, vol. 370, n° 9590 : p. 841-850.
- [46] Briffault X., et al. Factors associated with use of psychotherapy. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 2008, 43 : p. 165-171.
- [47] Briffault X., Sapinho D., Villamaux M., Kovess V. 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*, 2009 (sous presse).
- [48] 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*, 2009 (sous presse).
- [49] Kessler R.C., Demler O., Frank R.G., Olfson M., Pincus H.A., Walters E.E. Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *The New England Journal of Medicine*, 2005 vol. 352, n° 24 : p. 2515-2523.
- [50] Hämmäläinen J., Isometsä E., Laukka T., Kaprio J., Poikolainen K., Heikkinen M., et al. Use of health services for major depressive episode in Finland. *Journal of affective disorders*, 2004, vol. 79, n° 1-3 : p. 105-112.
- [51] Wang J., Patten S.B., Williams J.V., Currie S., Beck C.A., Maxwell C.J., et al. Help-seeking behaviours of individuals with mood disorders. *Canadian journal of psychiatry*, 2005, vol. 50, n° 10 : p. 652-659.
- [52] Lamboy B., Léon C. Prise en charge des personnes souffrant de troubles dépressifs-Données d'enquête en population générale. *L'Encéphale*, 2006, vol. 32, n° 5P1 : p. 705-712.
- [53] Alonso J., Codony M., Kovess V., Angermeyer M.C., Katz S.J., Haro J.M., et al. Population level of unmet need for mental healthcare in Europe. *The British Journal of Psychiatry*, 2007, n° 190 : p. 299-306.
- [54] Thornicroft G. Most people with mental illness are not treated. *Lancet*, 2007, vol. 370, n° 9590 : p. 807-808.
- [55] Rhodes A., Liisa Jaakkimainen R., Bondy S., Fung K. Depression and mental health visits to physicians--a prospective records-based study. *Social science & medicine*, 2006, vol. 62, n° 4 : p. 828-834.
- [56] Marshall R., Graydon D., Jorm A., O'Toole B. Are survey measures of medical care utilisation misleading ? A comparison of self-reported medical care consumption with actual medical care utilisation. *Australian health review*, 2001, vol. 24, n° 3 : p. 91-99.
- [57] Wittchen H.U., Robins L.N., Cottler L.B., Sartorius N., Burke J.D., Regier D., et al. Cross-cultural feasibility, reliability and sources of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). The Multicentre WHO/ADAMHA Field Trials. *The British Journal of Psychiatry*, 1991, n° 159 : p. 645-653.

- [58] Ryder A.G., Yang J., Zhu X., Yao S., Yi J., Heine S.J., *et al.* The cultural shaping of depression : somatic symptoms in China, psychological symptoms in North America ? *Journal of abnormal psychology*, 2008, 117, n° 2 : p. 300-13.
- [59] Ullrich H.E. Cultural shaping of illness : a longitudinal perspective on apparent depression. *The Journal of nervous and mental disease*, 1993 vol. 181, n° 10 : p. 647-649.
- [60] Kirmayer L.J., Groleau D. Affective disorders in cultural context. *The Psychiatric clinics of North America*, 2001, vol. 24, n° 3 : p. 465-478.
- [61] Chang S.M., Hahm B.J., Lee J.Y., Shin M.S., Jeon H.J., Hong J.P., *et al.* Cross-national difference in the prevalence of depression caused by the diagnostic threshold. *Journal of affective disorders*, 2008, vol. 106, n° 1-2 : p. 159-167.
- [62] Halbreich U., Alarcon R.D., Calil H., Douki S., Gaszner P., Jadresic E., *et al.* Culturally-sensitive complaints of depressions and anxieties in women. *Journal of affective disorders*, 2007, vol. 102, n° 1-3 : p. 159-176.
- [63] Ijbijaro G. WONCA's culturally sensitive depression guideline : cultural metaphors in depression. *The European journal of general practice*, 2005, vol. 11, n° 2 : p. 46-47.
- [64] Chan B., Parker G. Some recommendations to assess depression in Chinese people in Australasia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2004, vol. 38, n° 3 : p. 141-147.
- [65] Yeung A., Neault N., Sonawalla S., Howarth S., Fava M., Nierenberg A.A. Screening for major depression in Asian-Americans : a comparison of the Beck and the Chinese Depression Inventory. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 2002, vol. 105, n° 4 : p. 252-257.
- [66] Dekker J., Koelen J.A., Peen J., Schoevers R.A., Gijbbers-van Wijk C. Gender differences in clinical features of depressed outpatients : preliminary evidence for subtyping of depression ? *Women & Health*, 2007, 46, n° 4 : p. 19-38.
- [67] Emslie C., Ridge D., Ziebland S., Hunt K. Exploring men's and women's experiences of depression and engagement with health professionals : more similarities than differences ? A qualitative interview study. *BMC Family Practice*, 2007, n° 8 : p. 43.
- [68] Bogner H.R., Gallo J.J. Are higher rates of depression in women accounted for by differential symptom reporting ? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2004, vol. 39, n° 2 : p. 126-132.
- [69] Scheibe S., Preuschhof C., Cristi C., Bagby R.M. Are there gender differences in major depression and its response to antidepressants ? *Journal of Affective Disorders*, 2003, vol. 75, n° 3 : p. 223-235.
- [70] Alonso J., Angermeyer M.C., Lepine J.P. The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project : an epidemiological basis for informing mental health policies in Europe. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 2004, n° 420 : p. 5-7.
- [71] Kessler R.C. Psychiatric epidemiology : challenges and opportunities. *International review of psychiatry*, 2007, vol. 19, n° 5 : p. 509-521.
- [72] Mathers C.D., Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 2006, vol. 3, n° 11 : p. e442.
- [73] Kruishaar M.E., Hoeymans N., Spijker J., Stouthard M.E., Essink-Bot M.L. Has the burden of depression been overestimated ? *Bulletin of the World Health Organization*, 2005, vol. 83, n° 6 : p. 443-448.
- [74] Wang, P.S., Simon G., Kessler R.C. The economic burden of depression and the cost-effectiveness of treatment. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 2003, vol. 12, n° 1 : p. 22-33.
- [75] Greenberg P.E., Kessler R.C., Birnbaum H.G., Leong S.A., Lowe S.W., Berglund P.A. The economic burden of depression in the United States : how did it change between 1990 and 2000 ? *The Journal of clinical psychiatry*, 2003, vol. 64, n° 12 : p. 1465-1475.
- [76] Cassano P., Fava M. Depression and public health : an overview. *Journal of Psychosomatic Research*, 2002, vol. 53, n° 4 : p. 849-57.
- [77] Sartorius N. The economic and social burden of depression. *The Journal of clinical psychiatry*, 2001, vol. 62, suppl. 15 : p. 8-11.
- [78] Kessler R.C. The global burden of anxiety and mood disorders : putting the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) findings into perspective. *The Journal of clinical psychiatry*, 2007 vol. 68, suppl. 2 : p. 10-19.
- [79] Prince M., Patel V., Saxena S., Maj M., Maselko J., Phillips M., *et al.* No health without mental health. *Lancet*, 2007, vol. 370, n° 9590 : p. 859-877.
- [80] Pincus H.A., Pettit A.R. The societal costs of chronic major depression. *The Journal of clinical psychiatry*, 2001, vol. 62, suppl. 6 : p. 5-9.
- [81] Lepine J.P. Epidemiology, burden, and disability in depression and anxiety. *The Journal of clinical psychiatry*, 2001, vol. 62, suppl. 13 : p. 4-10 [discussion p. 11-12].
- [82] Sheline Y.I., Gado M.H., Kraemer H.C. Untreated depression and hippocampal volume loss. *The American journal of psychiatry*, 2003, vol. 160, n° 8 : p. 1516-1518.
- [83] Monroe S.M., Harkness K.L. Life stress, the « kindling » hypothesis, and the recurrence of depression : considerations from a life stress perspective. *Psychological Review*, 2005, vol. 112, n° 2 : p. 417-445.
- [84] Stewart W.F., Ricci J.A., Chee E., Hahn S.R., Morganstein D. Cost of lost productive work time among US workers with depression. *Jama*, 2003, vol. 289, n° 23 : p. 3135-3144.
- [85] Klerman G.L. The National Institute of Mental Health-Epidemiologic Catchment Area (NIMH-ECA) program. Background, preliminary findings and implications. *Social Psychiatry*, 1986, vol. 21, n° 4 : p. 159-166.
- [86] Kessler R.C., Anthony J.C., Blazer D.G., Bromet E., Eaton W.W., Kendler K., *et al.* The US National Comorbidity Survey : overview and future directions. *Epidemiologia e psichiatria sociale*, 1997, vol. 6, n° 1 : p. 4-16.

- [87] Ioannidis J.P. Why most published research findings are false. *PLoS Medicine*, 2005, vol. 2, n° 8 : p. : e124.
- [88] Miller J.A. Propagande massive pour dépister la dépression : la France rattrape son retard. *Le Nouvel Ane*, 2007, n° 7 : p. : 1-20.
- [89] Miller J.A. *L'anti-livre noir de la psychanalyse*. Paris : Seuil, 2005 : 277 p.
- [90] Alonso J., Ferrer M., Romera B., Vilagut G., Angermeyer M., Bernert S., et al. The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMed). *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 2004, n° 420 : p. 5-64.
- [91] Spijker J., de Graaf R., Bijl R., Beekman A., Ormel J., Nolen W. Determinants of persistence of major depressive episodes in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Journal of Affective Disorders*, 2004, vol. 81, n° 3 : p. 231-240.
- [92] Spijker J., de Graaf R., Bijl R., Beekman A., Ormel J., Nolen W. Duration of major depressive episodes in the general population : results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *The British Journal of Psychiatry*, 2002, vol. 181 : p. 208-213.
- [93] Lenzenweger M.F. Epidemiology of personality disorders. *The Psychiatric clinics of North America*, 2008, vol. 31, n° 3 : p. 395-403.
- [94] Sater N., Samuels J.F., Bienvenu O.J., Nestadt G. Epidemiology of personality disorders. *Current psychiatry reports*, 2001, vol. 3, n° 1 : p. 41-45.
- [95] Grant B.F., Hasin D.S., Stinson F.S., Dawson D.A., Chou S.P., Ruan W.J., et al. Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States : results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *The Journal of clinical psychiatry*, 2004, vol. 65, n° 7 : p. 948-958.
- [96] Skodol A.E. Longitudinal course and outcome of personality disorders. *The Psychiatric clinics of North America*, 2008, vol. 31, n° 3 : p. 495-503.
- [97] De Roquefeuil L., Fivaz C., Le Guen C., Le Laidier S., Mougard M.-H., Pépin S., et al. L'utilisation des systèmes d'information de l'assurance maladie pour l'analyse des pratiques de prescription : quelques exemples. *Points de repère*, décembre 2006, n° 4 : p. 1-8.
En ligne : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Points_de_repere_n_4_01.pdf
- [98] Claudot F., Alla F., Essevaz-Roulet M. La recherche nécessite-t-elle le traitement automatisé de données nominatives ? *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 2004, 52, n° 3 : p. 297-312.
- [99] Claudot F., Fresson J., Coudane H., Guillemin F., Demoré B., Alla F. Recherche en épidémiologie clinique : quelles règles appliquer ? *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 2008, vol. 56, n° 1 : p. 63-70.
- [100] Kovess V., Sapinho D., Briffault X., Villamaux M. Usage des psychothérapies en France : résultats d'une enquête auprès des mutualistes de la MGEN. *L'Encéphale*, 2007, n° 33 : p. 65-74.
- [101] Thurin J.M., Briffault X. Distinction, limites et complémentarité des recherches d'efficacité potentielle et d'efficacité réelle : nouvelles perspectives pour la recherche en psychothérapie. *L'Encéphale*, 2006, vol. 32, n° 4P1 : p. 402-412.
- [102] Briffault X., Thurin J.M. Nouvelles perspectives pour la recherche en psychothérapie : Evaluation d'un protocole de recherche et proposition d'un dispositif méthodologique et technique. *L'Encéphale*, 2007, 33, n° 6 : p. 911-923.
- [103] Van Broeck N., Lietaer G. Psychology and Psychotherapy in Health Care : A Review of Legal Regulations in 17 European Countries. *European Psychologist*, 2008, vol. 13, n° 1 : p. 53-63.
- [104] Weiss C.H. *The many meanings of research utilisation*. Public administration review, 09-10/1979 : p. 426-431.
- [105] Berridge V., Thom B. Research and policy : what determines the relationship ? *Policy studies*, 1996, vol. 17, n° 1 : p. 23-34.
- [106] Hartnoll R. *Drogues et dépendances aux drogues : comment rapprocher la recherche, les politiques et les pratiques de terrain ?* Strasbourg : Editions du Conseil de l'Europe, 2004 : 111 p.
- [107] Beck F. *Entre représentativité des échantillons et représentation des usages : l'apport des enquêtes en population générale à la compréhension des usages de drogues*. Paris : Université René Descartes, 2006 : p. 477.
- [108] Beck F. Legleye S. *Du chanvre à la une*. Pénombre, 2001, n° 27.
En ligne : <http://www.penombre.org/27/03.htm>
- [109] Beck F. La médiatisation des résultats statistiques de recherches en sciences sociales : l'exemple des drogues. In : Centre Maurice Halbwachs. *Ateliers de Modélisation et Méthodes Statistiques en Sciences Sociales M2S3 [séminaire]*, Paris, 2004. Paris : LASMAS 2004.
- [110] Beck F., Peretti-Watel P. *Devenir et utilisation des données des enquêtes françaises ESPAD et ESCAPAD dans les champs scientifique, médiatique et de la politique publique*. Strasbourg : Groupe Pompidou, Conseil de l'Europe, 2005 : 61 p.
- [111] Grosbois P. Usage légal du titre de « psychothérapeute » : stratégies des acteurs concernés. *Psychologie Clinique*, 2007, vol. 13, n° 4 : p. 381-400.
- [112] Fansten M. *La demande d'extraterritorialité de la psychanalyse française : fondements, problèmes, enjeux [Thèse]*. Paris : Université René Descartes Paris 5, 2004.
- [113] Lépine J.P. Les apports de l'épidémiologie à la clinique. In : Pichot P., Rein W. *L'approche clinique en psychiatrie*. Le Plessis-Robinson : Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance : 1999 : p. 269-305.



ANNEXES

Questionnaire Anadep

Le questionnaire de l'enquête Anadep est présenté dans son intégralité.

GRILLE DE LECTURE DU QUESTIONNAIRE

◆ *Condition de la question*

OPn. Question

★ Directives de l'enquêteur.

◆ *Remarque.*

1 Choix 1

2 Choix 2

... ..

n Choix n

■ Thème 1

■ Thème 2

■ ...

■ Thème m

Date de l'interview

Nombre de vagues d'appel

Durée de l'interview

Liste

1 Rouge

2 Orange

3 Blanche

Ville de résidence

Région UDADiv>

01 Région parisienne

02 Bassin Parisien Ouest

03 Bassin Parisien Est

04 Nord

05 Ouest

06 Est

07 Sud Ouest

08 Centre Est

09 Méditerranée

99 Non renseigné

Région

01 Alsace

02 Aquitaine

03 Auvergne

04 Bourgogne

05 Bretagne

06 Centre

07 Champagne-Ardenne

08 Corse

09 Franche-Comté

10 Ile-de-France

11 Languedoc-Roussillon

12 Limousin

13 Pays de la Loire

14 Lorraine

15 Midi-Pyrénées

16 Nord-Pas-de-Calais

17 Haute-Normandie

18 Basse-Normandie

19 Picardie

20 Poitou-Charentes

21 Provence-Alpes-Côte-d'Azur

22 Rhône-Alpes

TU99

0 Communes rurales

1 2 000 à 4 999 habitants

2 5 000 à 9 999 habitants

3 10 000 à 19 999 habitants

4 20 000 à 49 999 habitants

5 50 000 à 99 999 habitants

6 100 000 à 199 999 habitants

7 200 000 habitants et plus

8 Agglomération parisienne

9 Non renseigné

Code commune Insee

Zonage en aires urbaines : code

Zonage en aires urbaines : libellé

Bonjour, je suis [Nom de l'enquêteur] de la société AT00, je travaille pour le compte de l'INPES, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. C'est une institution qui dépend du Ministère de la Santé et a en charge les actions nationales de prévention et d'information. Nous menons une étude nationale réalisée auprès de 4 000 personnes. Vos réponses nous aideront à mieux connaître les comportements de l'ensemble des personnes résidant en France en matière de santé et ainsi, d'orienter la prévention et l'information. Auriez-vous un peu de temps à m'accorder ?

◆ Exclusive

S02. Tout d'abord je vais vous demander si je vous appelle à votre domicile habituel ?

1 Oui

2 Non, mais c'est un transfert d'appel depuis la résidence principale *** (Le numéro appelé correspond à la résidence principale)

3 Non, il s'agit du numéro de téléphone d'une résidence secondaire → Fin

4 *** (Refus) → Fin

◆ Exclusive

QNPF. Combien de personnes vivent habituellement chez vous, vous y compris ?

01 Une seule (moi-même)

02 Deux

03 Trois

04 Quatre

05 Cinq

06 Six

07 Sept

08 Huit

09 Neuf

10 Dix

11 Onze

12 Douze ou plus

99 *** (Refus)

◆ Si QNPF = 01

◆ Exclusive

QNBPE(1). Êtes-vous âgé(e) de 15 à 75 ans ?

- 01 Oui
 97 Non
 99 *** (Refus) → Fin

◆ Si QNPF = 02 à 99

◆ Exclusive

QNBPE(2). Et parmi ces personnes, combien sont âgées de 15 à 75 ans ?

- 01 Une seule
 02 Deux
 03 Trois
 04 Quatre
 05 Cinq
 06 Six
 07 Sept
 08 Huit
 09 Neuf
 10 Dix
 11 Onze
 12 Douze ou plus
 97 *** (Aucune)
 99 *** (Refus) → Fin

◆ Test de cohérence entre QNPF et QNBPE

◆ Si QNBPE=97 : Vérification qu'il n'y a aucune personne de la tranche d'âge dans le foyer. Si confirmation → Fin

◆ Ouverte

DA. Le principe de cette étude est de n'interroger qu'une seule personne tirée au sort au sein de chaque foyer.

Nous souhaiterions interroger dans votre foyer, parmi les <QNBPE> personnes âgées de 15 à 75 ans, celle qui fêtera son anniversaire en premier à partir d'aujourd'hui, même si cette personne n'est pas chez vous aujourd'hui.

Pourriez-vous me donner son prénom ?

★ 000 Noter en clair

◆ Exclusive

XS. Étant donné que nous allons aborder des sujets vous concernant personnellement, vous est-il possible de vous isoler lors de cet entretien ? Pour commencer, je vais vous poser quelques questions générales.

★ Enquêteur : Demander à l'interviewé de s'isoler, si il le peut, pour répondre à ce questionnaire.

SI NÉCESSAIRE : « Je peux vous proposer de faire l'enquête en plusieurs fois, si vous le souhaitez »

- 1 Valider pour continuer

SIGNALÉTIQUE

◆ Exclusive

S1. Vous êtes...

★ Enquêteur : Valider le sexe de l'interviewé

- 1 Un homme
 2 Une femme

◆ Numérique

S2. Quel est votre âge ?

999 *** (Refus) → Fin

◆ Doit être compris entre 15 et 75

◆ Exclusive

S3A. Quel est votre MOIS de naissance ?

★ Enquêteur : si refus catégorique de donner le mois cocher 99

- 01 Janvier
 02 Février
 03 Mars
 04 Avril
 05 Mai
 06 Juin
 07 Juillet
 08 Août
 09 Septembre
 10 Octobre
 11 Novembre
 12 Décembre
 99 *** (Refus)

◆ Numérique

S3B. Quel est votre ANNÉE de naissance ?

★ Enquêteur : Saisir l'année en 4 CHIFFRES

9999 *** (Refus) → Fin

◆ Doit être compris entre 1929 et 1990

◆ Test de cohérence entre S2 et S3A + S3B

◆ Exclusive- Variable à coder à partir de S2 (RAGE) Recode âge de l'interviewé

15 - 24 ans

25 - 34 ans

35 - 49 ans

50 - 64 ans

65 - 75 ans

◆ Numérique - Variable à calculer

S4. Nombre de personnes dans le foyer, en dehors de l'interviewé

◆ Calculer QNPF - 1

◆ Si S4 > 0

◆ Multiple - Ouverte

S5. Vous m'avez dit que vous vivez habituellement avec <S4> personnes. Qui sont ces personnes ?

★ Enquêteur : ne rien suggérer -
Plusieurs réponses possibles

- 001 Père
002 Mère
003 Beau-père
004 Belle-mère
005 Frère(s) ou demi-frère(s)
006 Sœur(s) ou demi-sœur(s)
007 Grand-père(s)
008 Grand-mère(s)
009 Femme/mari/conjoint(e)/petit(e)-ami(e)/
fiancé(e)/concubin/copain
010 Fils ou beau(x)-fils
011 Fille(s) ou belle(s)-fille(s)
012 Autre(s) membre(s) de la famille (oncle,
tante, neveu, nièce, beau-frère, belle-sœur,
petit-fils, petite fille, cousin, cousine)
013 Ami(es)
014 Colocataire(s)
998 Autres (préciser)
999 *** (NSP/Refus) Item exclusif
◆ *Test de cohérence : le nb de réponses
ne peut être supérieur à S4*
◆ *Exclusive*

S7. Avez-vous, vous-même, des enfants ?

★ Enquêteur : il s'agit de tous les
enfants que l'interviewé considère
comme étant ses enfants

- 1 Oui
0 Non
2 *** (Refus)
◆ *Si S7=Oui*
◆ *Numérique*

S8. Combien avez-vous d'enfants ?

- 999 *** (Refus)
◆ *Doit être compris entre 1 et 20*
◆ *Exclusive*

S9. Quel est votre statut matrimonial ?

★ Enquêteur : énumérer

- 01 Célibataire SANS compagne ou compagnon
02 Célibataire AVEC une compagne ou un
compagnon *** (concubinage)
03 Marié(e) pour la 1ère fois
04 Remarié(e) après un divorce
05 Remarié(e) après un veuvage
06 Veuf(ve) SANS compagne ou compagnon
07 Veuf(ve) AVEC une compagne ou un compagnon
08 Divorcé(e) ou séparé(e) SANS
compagne ou compagnon

- 09 Divorcé(e) ou séparé(e) AVEC une
compagne ou un compagnon
10 Pacsé(e)
99 *** (Refus)
◆ *Test de cohérence : Si S5 = 009 → S9
ne peut pas être = 01, 06, 08*
◆ *Exclusive*

S10A. Quelle est votre situation actuelle ? Vous travaillez ?

- 1 Oui
0 Non
2 *** (NSP/Refus)
◆ *Exclusive*

S10B. (Parallèlement) êtes-vous à l'école, faites-vous des études ou suivez-vous une formation ?

- 1 Oui
0 Non
2 *** (NSP/Refus)
◆ *Exclusive*

S10C. (Parallèlement) êtes-vous au chômage ?

- 1 Oui
0 Non
2 *** (NSP/Refus)
◆ *Si S10A ⇔ Oui et S10B ⇔ Oui et
S10C ⇔ Oui → Aller à S10.4*
◆ *Exclusive*

S10D. Et parallèlement, êtes-vous dans une autre situation ?

- 1 Oui
0 Non
2 *** (NSP/Refus)
◆ *Si S10A = Oui*
◆ *Exclusive - Ouverte*

S10.1. Actuellement, travaillez-vous...

★ Enquêteur : relancer : « Mais considérez-vous
que votre temps de travail moyen correspond
à un temps plein ou à un temps partiel ? »

- 001 A temps plein
002 A temps partiel *** (mi-temps, 4/5^{ème}, etc.)
998 *** (Autre après relance : préciser)
999 *** (NSP/Refus)
◆ *Si S10B = Oui*
◆ *Exclusive - Ouverte*

S10.2. Êtes-vous...

- 001 Étudiant / lycéen / à l'école
002 En apprentissage ou en formation en alternance

- 003 En stage
 004 En formation continue
 998 *** (Autre : préciser)
 999 *** (NSP/Refus)

◆ Si S10C = Oui

◆ Exclusive - Ouverte

S10.3. Êtes-vous...

- 001 Bénéficiaire du RMI
 002 Non bénéficiaire du RMI mais indemnisé par les ASSÉDIC
 003 Non bénéficiaire du RMI et NON indemnisé par les ASSÉDIC
 998 *** (Autre : préciser)
 999 *** (NSP/Refus)

◆ Si S10D = Oui ou (S10A ⇔ Oui et S10B ⇔ Oui et S10C ⇔ Oui)

◆ Exclusive - Ouverte

S10.4. Êtes-vous...

- 001 Retraité ou préretraité
 002 Au foyer
 003 Invalide
 004 En congé de longue durée
 005 En congé parental
 006 En recherche d'emploi
 998 *** (Autre : préciser)
 999 *** (NSP/Refus)

◆ Si S10.2 = 2 → Coder S11 = 005

◆ Si S10.2 = 3 → Coder S11 = 006

◆ Si S10A = Oui ou S10.2 = 4

◆ Exclusive - Ouverte

S11. Quel type de contrat de travail avez-vous ?

★ Enquêteur : citer si nécessaire

- 001 Un contrat à durée déterminée
 *** (CDD, saisonnier)
 002 Un contrat à durée indéterminée *** (CDI)
 003 Un contrat d'intérim
 004 Un contrat de vacataire
 005 Un contrat d'apprentissage ou de formation en alternance
 006 Un contrat de stage
 007 Vous travaillez à votre compte ou en freelance
 998 *** (Autre : préciser)
 999 *** (NSP/Refus)

◆ Si S10.2 = 001, 002, 003 ou 998

◆ Exclusive - Ouverte

S12. Dans quelle classe êtes-vous ?

★ Enquêteur : énumérer si nécessaire - Pour les étudiants n'ayant pas encore les résultats de la 2ème session : prendre la classe de l'année dernière

- 001 6^e
 002 6^e SEGPA (Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté)
 003 5^e
 004 5^e SEGPA (Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté)
 005 4^e
 006 4^e Technologique
 007 3^e
 008 3^e Technologique
 009 CAP 1^{re} année
 010 CAP 2^e année
 011 CAP 3^e année
 012 BEP 1^{re} année
 013 BEP 2^e année
 014 2^{nde} Générale
 015 2^{nde} Technologique
 016 1^{re} Générale
 017 1^{re} Technologique
 018 Terminale enseignement Général
 019 Terminale enseignement Technique
 020 Terminale enseignement Professionnel en une SEULE année
 021 Terminale enseignement Professionnel 1ère année
 022 Terminale enseignement Professionnel 2ème année
 023 Bac+1 1^{re} année de Deug
 024 Bac+1 1^{re} année d'IUT
 025 Bac+1 1^{re} année de BTS
 026 Bac+1 1^{re} année de prépa
 027 Bac+2 DEUG
 028 Bac+2 IUT
 029 Bac+2 BTS
 030 Bac+2 prépa
 031 Bac+3 (licence, école supérieure, etc.)
 032 Bac+4 (maîtrise, master, école supérieure, etc.)
 033 Bac+5 et plus (master, DESS, DEA, MBA, etc.)
 034 Bac+8 et plus (doctorat, post-doctorat)
 997 *** (Ne correspond pas à une classe : formation pour adulte, stage ANPE, etc.)
 998 Autre (préciser)
 999 (NSP)

ÉPISODE DÉPRESSIF

Je vais maintenant vous poser quelques questions concernant des difficultés émotionnelles que vous pourriez avoir vécues.

◆ Exclusive

ED1. Au cours de votre vie, vous est-il arrivé de vivre une période durant laquelle vous vous sentiez triste, déprimé(e), sans espoir pendant au moins deux semaines consécutives ?

- 1 Oui
- 0 Non → Aller en ED9
- 2 *** (NSP) → Aller en ED9
- 3 *** (Refus d'en parler) → Aller en ED9

◆ (Si ED1 = Oui)

Pour répondre aux questions qui suivent, pensez à la période d'au moins deux semaines consécutives où ces sentiments étaient les plus intenses.

◆ (Si ED1 = Oui)

◆ Exclusive

ED1A. Pendant cette période, ce sentiment d'être triste, déprimé, sans espoir durait généralement...

- 1 Toute la journée
- 2 Pratiquement toute la journée
- 3 Environ la moitié de la journée → Aller en ED9
- 4 Moins de la moitié de la journée → Aller en ED9
- 5 *** (NSP) → Aller en ED9
- 6 *** (Refus d'en parler) → Aller en ED9

◆ (Si ED1A = 1 ou 2)

◆ Exclusive

ED1B. Et pendant cette période, ce sentiment arrivait-il...

- 1 Chaque jour
- 2 Presque chaque jour
- 3 Moins souvent → Aller en ED9
- 4 *** (NSP) → Aller en ED9
- 5 *** (Refus d'en parler) → Aller en ED9

◆ (Si ED1B = 1 ou 2)

◆ Exclusive

ED2. Toujours pendant cette période, avez-vous perdu intérêt pour la plupart des choses comme les loisirs, le travail ou les activités qui vous donnent habituellement du plaisir ?

- 1 Oui
- 0 Non
- 2 *** (NSP)
- 3 *** (Refus d'en parler)

◆ (Si ED1B = 1 ou 2)

◆ Exclusive

ED3. Pendant cette période, vous sentiez-vous épuisé(e) ou manquiez-vous d'énergie plus que d'habitude ?

- 1 Oui
- 0 Non
- 2 *** (NSP)
- 3 *** (Refus d'en parler)

◆ (Si ED1B = 1 ou 2)

◆ Exclusive

ED4. Pendant cette période, avez-vous pris ou perdu du poids sans le vouloir ou votre poids est-il resté stable ?

- 1 Vous avez pris du poids
- 2 Vous avez perdu du poids
- 3 Votre poids n'a pas changé → Aller en ED5
- 4 *** (l'interviewé(e) dit spontanément qu'il a pris et perdu du poids)
- 5 *** (l'interviewé(e) dit spontanément qu'il était au régime) → Aller en ED5
- 6 *** (NSP) → Aller en ED5
- 7 *** (Refus d'en parler) → Aller en ED5

◆ Si ED4 = 1 ou 4

◆ Numérique

ED4A. Combien avez-vous pris de kilos ?

★ Enquêteur : pour 3 kg et demi saisir 3

99 *** (Refus)

◆ Doit être compris entre 1 et 50

◆ Si ED4 = 2 ou 4

◆ Numérique

ED4B. Combien avez-vous perdu de kilos ?

★ Enquêteur : pour 3 kg et demi saisir 3

99 *** (Refus)

◆ Doit être compris entre 1 et 50

◆ Si ED4 = 1, 2 ou 4

◆ Exclusive - Variable à calculer

ED4C. Prise et/ou perte de poids

Prise ou perte de poids supérieure ou égale à 5 kg

0 Non

◆ Si ED4A ou ED4B supérieur ou égal à 5 (et différent de 9999) coder 1. Sinon : coder 0

◆ (Si ED1B = 1 ou 2)

◆ Exclusive

ED5. Pendant cette période, avez-vous eu plus de difficultés que d'habitude à dormir ?

- 1 Oui
0 Non
2 *** (NSP)
3 *** (Refus d'en parler)

◆ (Si ED5 = Oui)

◆ Exclusive

ED5A. (Pendant cette période,) cela arrivait-il...

- 1 Chaque nuit
2 Presque chaque nuit
3 Moins souvent
4 *** (NSP)
5 *** (Refus d'en parler)

◆ (Si ED1B = 1 ou 2)

◆ Exclusive

ED6. Toujours pendant cette période, avez-vous eu beaucoup plus de mal que d'habitude à vous concentrer ?

- 1 Oui
0 Non
2 *** (NSP)
3 *** (Refus d'en parler)

◆ (Si ED1B = 1 ou 2)

◆ Exclusive

ED7. Parfois, les gens perdent confiance en eux, se sentent sans valeur ou bon à rien. Pendant cette période, avez-vous ressenti cela ?

- 1 Oui
0 Non
2 *** (NSP)
3 *** (Refus d'en parler)

◆ (Si ED1B = 1 ou 2)

◆ Exclusive

ED8. Pendant cette période, avez-vous beaucoup pensé à la mort, que ce soit la vôtre, celle de quelqu'un d'autre ou la mort en général ?

- 1 Oui → Aller en ED16B
0 Non → Aller en ED16B
2 *** (NSP) → Aller en ED16B
3 *** (Refus d'en parler) → Aller en ED16B

◆ (Si ED1B <> 1 et 2)

◆ Exclusive

ED9. Au cours de votre vie, vous est-il arrivé de vivre une période durant laquelle vous avez perdu intérêt pour la plupart

des choses comme les loisirs, le travail ou les activités qui vous donnent habituellement du plaisir, pendant au moins deux semaines consécutives ?

- 1 Oui
0 Non → Aller en ED16B
2 *** (NSP) → Aller en ED16B
3 *** (Refus d'en parler) → Aller en ED16B

◆ (Si ED9 = Oui)

Pour répondre aux questions qui suivent, pensez à la période d'au moins deux semaines consécutives où la perte d'intérêt pour tout était la plus intense.

◆ (Si ED9 = Oui)

◆ Exclusive

ED9A. Pendant cette période, ressentiez-vous cette perte d'intérêt...

- 1 Toute la journée
2 Pratiquement toute la journée
3 Environ la moitié de la journée
4 Moins de la moitié de la journée → Aller en ED16B
5 *** (NSP) → Aller en ED16B
6 *** (Refus d'en parler) → Aller en ED16B

◆ (Si ED9A = 1, 2 ou 3)

◆ Exclusive

ED9B. Et pendant cette période, ressentiez-vous cette perte d'intérêt...

- 1 Chaque jour
2 Presque chaque jour
3 Moins souvent → Aller en ED16B
4 *** (NSP) → Aller en ED16B
5 *** (Refus d'en parler) → Aller en ED16B

◆ (Si ED9B = 1 ou 2)

◆ Exclusive

ED10. Toujours pendant cette période, vous sentiez-vous épuisé(e) ou manquez-vous d'énergie plus que d'habitude ?

- 1 Oui
0 Non
2 *** (NSP)
3 *** (Refus d'en parler)

◆ (Si ED9B = 1 ou 2)

◆ Exclusive

ED11. Pendant cette période, avez-vous pris ou perdu du poids sans le vouloir ou votre poids est-il resté stable ?

- 1 Vous avez pris du poids

- 2 Vous avez perdu du poids
 3 Votre poids n'a pas changé → Aller en ED12
 4 *** (l'interviewé(e) dit spontanément qu'il a pris et perdu du poids)
 5 *** (l'interviewé(e) dit spontanément qu'il était au régime) → Aller en ED12
 6 *** (NSP) → Aller en ED12
 7 *** (Refus d'en parler) → Aller en ED12

◆ Si ED11 = 1 ou 4

◆ Numérique

ED11A. Combien avez-vous pris de kilos ?

★ Enquêteur : pour 3 kg et demi saisir 3

99 *** (Refus)

◆ Doit être compris entre 1 et 50

◆ Si ED11 = 2 ou 4

◆ Numérique

ED11B. Combien avez-vous perdu de kilos ?

★ Enquêteur : pour 3 kg et demi saisir 3

99 *** (Refus)

◆ Doit être compris entre 1 et 50

◆ Si ED11 = 1, 2 ou 4

◆ Exclusive - Variable à calculer

ED11C. Prise et/ou perte de poids

1 Prise ou perte de poids supérieure ou égale à 5 kg

0 Non

◆ Si ED11A ou ED11B supérieur ou égal à 5 (et différent de 9999) coder 1. Sinon : coder 0

◆ (Si ED9B = 1 ou 2)

◆ Exclusive

ED12. Pendant cette période, avez-vous eu plus de difficultés que d'habitude à dormir ?

1 Oui

0 Non

2 *** (NSP)

3 *** (Refus d'en parler)

◆ Si ED12 = Oui

◆ Exclusive

ED12A. (Pendant cette période,) cela arrivait-il...

1 Chaque nuit

2 Presque chaque nuit

3 Moins souvent

4 *** (NSP)

5 *** (Refus d'en parler)

◆ (Si ED9B = 1 ou 2)

◆ Exclusive

ED13. Toujours pendant cette période, avez-vous eu beaucoup plus de mal que d'habitude à vous concentrer ?

1 Oui

0 Non

2 *** (NSP)

3 *** (Refus d'en parler)

◆ (Si ED9B = 1 ou 2)

◆ Exclusive

ED14. Parfois les gens perdent confiance en eux, se sentent sans valeur. Pendant cette période, avez-vous ressenti cela ?

1 Oui

0 Non

2 *** (NSP)

3 *** (Refus d'en parler)

◆ (Si ED9B = 1 ou 2)

◆ Exclusive

ED15. Pendant cette période, avez-vous beaucoup pensé à la mort, que ce soit la vôtre, celle de quelqu'un d'autre ou la mort en général ?

1 Oui

0 Non

2 *** (NSP)

3 *** (Refus d'en parler)

◆ Si ED1 = 1 ou ED9 = 1

◆ Sinon → Aller en AG1

◆ Exclusive

ED16B. Cette période pendant laquelle vous...

◆ Si ED1=1 et ED9<1 ...vous sentiez triste, déprimé(e), sans espoir

◆ Si ED9=1 ...avez perdu intérêt pour la plupart des choses

...est-elle survenue moins de 2 mois après le décès d'un être cher ?

1 Oui

0 Non

2 *** (NSP)

3 *** (Refus d'en parler)

◆ (Si ED1 = 1 ou ED9 = 1)

◆ Exclusive

ED16. Durant cette période d'au moins deux semaines consécutives pendant laquelle vous ...

◆ Si ED1=1 et ED9<1 ...vous sentiez triste, déprimé(e), sans espoir

◆ Si ED9=1 ...avez perdu intérêt pour la plupart des choses

...est-ce que vos activités habituelles ont été perturbées ?

- 1 Oui
- 0 Non
- 2 *** (NSP)
- 3 *** (Refus d'en parler)

◆ Si ED16 = Oui

◆ Exclusive

ED16A. Dans quelle mesure ?

- 1 Beaucoup
- 2 Moyennement
- 3 Un petit peu
- 4 *** (NSP)
- 5 *** (Refus d'en parler)

◆ (Si ED1 = 1 ou ED9 = 1)

◆ Exclusive

ED17. Durant cette période, avez-vous cessé de travailler ?

- 1 Oui
- 0 Non
- 4 *** (Ne travaillait pas durant cette période)
- 2 *** (NSP)
- 3 *** (Refus d'en parler)

◆ Si ED17 = Oui

◆ Multiple

ED17A. Globalement, combien de temps avez-vous cessé de travailler à cause de ces problèmes ?

★ Enquêteur : ne rien suggérer
- 2 réponses possibles

- 1 Réponse en JOURS
- 2 Réponse en MOIS
- 3 Réponse en ANNÉES
- 4 *** (NSP) Item exclusif
- 5 *** (Refus d'en parler) Item exclusif

◆ Si ED17A = 1

◆ Numérique

ED17B. (Globalement, combien de temps avez-vous cessé de travailler à cause de ces problèmes ?)

★ Enquêteur : Saisir le nombre de JOURS

◆ Doit être compris entre 1 et 30

◆ Si ED17A = 2

◆ Numérique

ED17C. (Globalement, combien de temps avez-vous cessé de travailler à cause de ces problèmes ?)

★ Enquêteur : Saisir le nombre de MOIS

◆ Doit être compris entre 1 et 24

◆ Si ED17A = 3

◆ Numérique

ED17D. (Globalement, combien de temps avez-vous cessé de travailler à cause de ces problèmes ?)

★ Enquêteur : Saisir le nombre d'ANNÉES

◆ Doit être compris entre 1 et 50

◆ Test de cohérence avec S2

◆ (Si ED1 = 1 ou ED9 = 1)

◆ Exclusive

ED18. 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 ?

- 1 Oui
- 0 Non
- 2 *** (NSP)
- 3 *** (Refus d'en parler)

◆ Si ED18 = Oui

◆ Exclusive

ED19. Est-ce que ces problèmes durent encore aujourd'hui ?

- 1 Oui
- 0 Non
- 2 *** (NSP)
- 3 *** (Refus d'en parler)

◆ Si ED19 = Oui

◆ Multiple

ED19A. À combien de temps remonte le début de cette période ?

★ Enquêteur : ne rien suggérer
- 2 réponses possibles

- 1 Réponse en JOURS
2 Réponse en MOIS
3 Réponse en ANNÉES
6 *** (Depuis toujours) Item exclusif
4 *** (NSP) Item exclusif
5 *** (Refus d'en parler) Item exclusif
- ◆ Si ED19A = 1
- ◆ Numérique
-
- ED19B. (À combien de temps remonte le début de cette période ?)**
★ Enquêteur : Saisir le nombre de JOURS
◆ Doit être compris entre 1 et 30
- ◆ Si ED19A = 2
- ◆ Numérique
-
- ED19C. (À combien de temps remonte le début de cette période ?)**
★ Enquêteur : Saisir le nombre de MOIS
◆ Doit être compris entre 1 et 24
- ◆ Si ED19A = 3
- ◆ Numérique
-
- ED19D. (À combien de temps remonte le début de cette période ?)**
★ Enquêteur : Saisir le nombre d'ANNÉES
◆ Doit être compris entre 1 et 75
◆ Test de cohérence avec S2
- ◆ Si ED19 = Non ou (NSP)
- ◆ Multiple
-
- ED19E. Combien de temps a duré la dernière période où vous aviez ces problèmes ?**
★ Enquêteur : ne rien suggérer
- 2 réponses possibles
- 1 Réponse en JOURS
2 Réponse en MOIS
3 Réponse en ANNÉES
4 *** (NSP) Item exclusif
5 *** (Refus d'en parler) Item exclusif
- ◆ Si ED19E = 1
- ◆ Numérique
-
- ED19F. (Combien de temps a duré la dernière période où vous aviez ces problèmes ?)**
★ Enquêteur : Saisir le nombre de JOURS
◆ Doit être compris entre 1 et 30
- ◆ Si ED19E = 2
- ◆ Numérique
-
- ED19G. (Combien de temps a duré la dernière période où vous aviez ces problèmes ?)**
★ Enquêteur : Saisir le nombre de MOIS
◆ Doit être compris entre 1 et 24
- ◆ Si ED19E = 3
- ◆ Numérique
-
- ED19H. (Combien de temps a duré la dernière période où vous aviez ces problèmes ?)**
★ Enquêteur : Saisir le nombre d'ANNÉES
◆ Doit être compris entre 1 et 75
◆ Test de cohérence avec S2
- ◆ (Si ED1 = 1 ou ED9 = 1)
- ◆ Exclusive
-
- ED20. Au cours de votre vie, avez-vous eu d'autres périodes durant lesquelles vous avez eu les mêmes problèmes que ceux que vous venez d'évoquer, avec la même intensité et pendant au moins deux semaines consécutives ?**
- 1 Oui
0 Non
2 *** (NSP)
3 *** (Refus d'en parler)
- ◆ Si ED20 = Oui
- ◆ Numérique
-
- ED20A. Au total, combien de périodes différentes, ayant duré au moins 2 semaines consécutives, avez-vous vécues... au cours des 2 dernières années ?**
- 99 *** (NSP)
97 *** (Refus d'en parler)
◆ Doit être compris entre 0 et 52
◆ Test de cohérence : si ED18 = Oui → ED20A doit être supérieur ou égal à 1
- ◆ Si ED20 = Oui
- ◆ Numérique
-
- ED20B. Et au total, combien de périodes différentes, ayant duré au moins 2 semaines consécutives, avez-vous vécues... au cours de votre vie entière ?**
- 99 *** (NSP)
97 *** (Refus d'en parler)
◆ Doit être compris entre 2 et 96
◆ Test de cohérence ED20B doit être supérieur ou égal à ED20A
- ◆ (Si ED1 = 1 ou ED9 = 1)
- ◆ Numérique

ED21. Quel âge aviez-vous, approximativement, quand, pour la première fois, vous avez vécu 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 ?

99 *** (NSP)

97 *** (Refus d'en parler)

◆ Doit être compris entre 1 et 75

◆ Test de cohérence avec S2

◆ (Si ED1 = 1 ou ED9 = 1)

◆ Exclusive

ED22. Quand vous vivez une période durant laquelle vous ...

◆ Si ED1=1 et ED9>1 ...vous sentez triste, déprimé(e), sans espoir

◆ Si ED9=1 ...perdez intérêt pour la plupart des choses

... avez-vous le sentiment d'être malade ?

1 Oui

0 Non

2 *** (NSP)

3 *** (Refus d'en parler)

◆ Si ED22 = Non

◆ Ouverte

ED22A. Vous n'avez pas le sentiment d'être malade ; comment nommeriez-vous cet état ?

★ 000 Noter en clair

999 *** (NSP)

997 *** (Refus d'en parler)

◆ (Si ED1 = 1 ou ED9 = 1)

◆ Exclusive

ED24. Avez-vous parlé à un professionnel de santé *** (médecin, psychiatre, psychologue, psychothérapeute, etc.) des problèmes que vous avez vécus durant cette période ?

1 Oui

0 Non

2 *** (NSP)

3 *** (Refus d'en parler)

◆ Si ED24 = Non

◆ Exclusive

ED24B. Et à un moment donné, avez-vous pensé à parler de ces problèmes à un professionnel de santé sans pour autant le faire ?

1 Oui

0 Non

2 *** (NSP)

3 *** (Refus d'en parler)

◆ Si ED24 = Non

◆ Ouverte

ED24A. Pour quelles raisons n'en avez-vous pas parlé à un professionnel de santé...

◆ Si ED24B = Oui ...alors que vous y aviez pensé ?

★ 000 Noter en clair

999 *** (NSP)

997 *** (Refus d'en parler)

◆ Si ED24 = Oui

◆ Numérique

ED25. Quel âge aviez-vous, approximativement, quand, pour la première fois, vous avez parlé à un professionnel de santé de ces problèmes ?

99 *** (NSP)

97 *** (Refus d'en parler)

◆ Doit être compris entre 1 et 75

◆ Test de cohérence avec S2

◆ (Si ED1 = 1 ou ED9 = 1)

◆ Exclusive

ED26. Avez-vous pris un ou des médicaments pour les nerfs à cause des problèmes que vous avez vécus durant cette période ?

1 Oui

0 Non

2 *** (NSP)

3 *** (Refus d'en parler)

◆ Si ED26 = Oui

◆ Numérique

ED26A. Quel âge aviez-vous, approximativement, quand, pour la première fois, vous avez pris un ou des médicaments pour ces problèmes ?

99 *** (NSP)

97 *** (Refus d'en parler)

◆ Doit être compris entre 1 et 75

◆ Test de cohérence avec S2

◆ (Si ED1 = 1 ou ED9 = 1)

◆ Exclusive

ED27. Avez-vous fait des séances de psychothérapie, à cause des problèmes que vous avez vécus durant cette période ?

1 Oui

- 0 Non
2 *** (NSP)
3 *** (Refus d'en parler)

◆ Si ED27 = Oui

◆ Numérique

ED27A. Quel âge aviez-vous, approximativement, quand vous avez fait la première séance de psychothérapie pour ces problèmes ?

- 99 *** (NSP)
97 *** (Refus d'en parler)
◆ Doit être compris entre 1 et 75
◆ Test de cohérence avec S2

◆ Si ED27 = Non

◆ Exclusive

ED27C. Et à un moment donné, avez-vous pensé à faire des séances de psychothérapie pour ces problèmes sans pour autant le faire ?

- 1 Oui
0 Non
2 *** (NSP)
3 *** (Refus d'en parler)

◆ Si ED27 = Non

◆ Ouverte

ED27B. Pour quelles raisons n'avez-vous pas fait de séances de psychothérapie ...

◆ Si ED27C = Oui ...alors que vous y aviez pensé ?

★ 000 Noter en clair

- 999 *** (NSP)
997 *** (Refus d'en parler)

ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE

Je vais maintenant vous poser quelques questions concernant d'autres difficultés émotionnelles que vous pourriez avoir vécues

◆ Exclusive

AG1. Au cours de votre vie, avez-vous eu une période durant laquelle vous vous sentiez presque tout le temps inquiet(e), tendu(e), anxieux(se) pendant au moins un mois ?

- 1 Oui
0 Non
2 *** (NSP) Aller à BSA1
3 *** (Refus d'en parler) → Aller à BSA1

◆ Si AG1 = Non

◆ Exclusive

AG1A. Dans une situation donnée, tout le monde ne s'inquiète pas de la même manière. Au cours de votre vie, avez-vous eu le sentiment de vous faire beaucoup plus de souci que la plupart des gens dans la même situation ?

- 1 Oui
0 Non → Aller à BSA1
2 *** (NSP) → Aller à BSA1
3 *** (Refus d'en parler) → Aller à BSA1

◆ (Si AG1 = Oui ou AG1A = Oui)

◆ Exclusive

AG2. Cette période dure-t-elle encore aujourd'hui ?

- 1 Oui
0 Non
2 *** (NSP)
3 *** (Refus d'en parler)

◆ Si AG2 = Non ou (NSP)

◆ Multiple

AG2A. Combien de temps cette période a-t-elle duré ?

★ Enquêteur : ne rien suggérer
- 2 réponses possibles

- 1 Réponse en JOURS
2 Réponse en MOIS
3 Réponse en ANNÉES
4 *** (NSP) Item exclusif
5 *** (Refus d'en parler) Item exclusif

◆ Si AG2A = 1

◆ Numérique

AG2B. (Combien de temps cette période a-t-elle duré ?)

★ Enquêteur : Saisir le nombre de JOURS

◆ Doit être compris entre 1 et 30

◆ Si AG2A = 2

◆ Numérique

AG2C. (Combien de temps cette période a-t-elle duré ?)

★ Enquêteur : Saisir le nombre de MOIS

◆ Doit être compris entre 1 et 24

◆ Si AG2A = 3

◆ Numérique

AG2D. (Combien de temps cette période a-t-elle duré ?)

★ Enquêteur : Saisir le nombre d'ANNÉES

◆ Doit être compris entre 1 et 75

◆ Test de cohérence avec S2

◆ Si AG2 = Oui

◆ Multiple

AG2E. Depuis combien de temps cette période dure-t-elle ?

★ Enquêteur : ne rien suggérer

- 2 réponses possibles

1 Réponse en JOURS

2 Réponse en MOIS

3 Réponse en ANNÉES

6 *** (Depuis toujours) Item exclusif

4 *** (NSP) Item exclusif

5 *** (Refus d'en parler) Item exclusif

◆ Si AG2E = 1

◆ Numérique

AG2F. (Depuis combien de temps cette période dure-t-elle ?)

★ Enquêteur : Saisir le nombre de JOURS

◆ Doit être compris entre 1 et 30

◆ Si AG2F = 2

◆ Numérique

AG2G. (Depuis combien de temps cette période dure-t-elle ?)

★ Enquêteur : Saisir le nombre de MOIS

◆ Doit être compris entre 1 et 24

◆ Si AG2E = 3

◆ Numérique

AG2H. (Depuis combien de temps cette période dure-t-elle ?)

★ Enquêteur : Saisir le nombre d'ANNÉES

◆ Doit être compris entre 1 et 75

◆ Test de cohérence avec S2

◆ (Si AG1 = Oui ou AG1A = Oui)

◆ Exclusive - Variable à calculer

AG3. Durée de la période d'anxiété

1 Durée supérieure ou égale à 6 mois

0 Non

◆ Si AG2 = Non ou (NSP) → Calculer AG2B + AG2C + AG2D en mois

◆ Si AG2 = Oui → Calculer AG2F + AG2G + AG2H en mois

◆ Si (AG2B + AG2C + AG2D) ou (AG2F + AG2G + AG2H) supérieur ou égal à 6 : coder 1. Sinon : coder 0

◆ Si AG3 = 1 (durée >= 6 mois) et AG1 = 1

◆ Exclusive

AG4. Quand vous vivez une période durant laquelle vous vous sentez inquiet(e), tendu(e), anxieux(se), vous faites-vous beaucoup plus de souci que la plupart des gens ?

1 Oui

0 Non

2 *** (NSP)

3 *** (Refus d'en parler)

◆ Si AG3 = 1 (durée >= 6 mois)

◆ Sinon → Aller en AG13

◆ Exclusive

AG5. Pendant une telle période, êtes-vous inquiet(e) pratiquement tous les jours ?

1 Oui

0 Non

2 *** (NSP)

3 *** (Refus d'en parler)

◆ (Si AG3 = 1)

◆ Exclusive

AG6. Pendant une telle période, vous faites-vous beaucoup de souci à propos de quelque chose en particulier * (comme la sécurité de votre emploi, la santé d'un proche) ou de plusieurs choses différentes ?**

1 Une chose en particulier

2 Plusieurs choses différentes

3 *** (NSP)

4 *** (Refus d'en parler)

◆ (Si AG3 = 1)

◆ Exclusive

AG7. Pendant une telle période, trouvez-vous difficile d'arrêter de vous faire du souci ?

1 Oui

0 Non

2 *** (NSP)

3 *** (Refus d'en parler)

◆ (Si AG3 = 1)

◆ Exclusive

AG8. Pendant une telle période, vous arrive-t-il de vous faire beaucoup de souci pour plusieurs choses en même temps ?

- 1 Oui
- 0 Non
- 2 *** (NSP)
- 3 *** (Refus d'en parler)

◆ (Si AG3 = 1)

◆ Exclusive

AG9. Pendant une telle période, à quelle fréquence vous sentez-vous inquiet(e) au point de ne pouvoir penser à autre chose ?

- 1 Souvent
- 2 Parfois
- 3 Rarement
- 4 Jamais
- 5 *** (NSP)
- 6 *** (Refus d'en parler)

◆ (Si AG3 = 1)

◆ Exclusive

AG10. Pendant une telle période, à quelle fréquence vous est-il difficile de contrôler ces préoccupations ?

- 1 Souvent
- 2 Parfois
- 3 Rarement
- 4 Jamais
- 5 *** (NSP)
- 6 *** (Refus d'en parler)

◆ (Si AG3 = 1)

◆ Exclusive

AG12A. Quand vous êtes très soucieux(se) ou anxieux(se)... vous sentez vous également agité(e), survolté(e), à bout ?

- 1 Oui
- 0 Non
- 2 *** (NSP)
- 3 *** (Refus d'en parler)

◆ (Si AG3 = 1)

◆ Exclusive

AG12B. (Quand vous êtes très soucieux(se) ou anxieux(se)... vous sentez-vous également facilement fatigué(e) ?

- 1 Oui
- 0 Non

2 *** (NSP)

3 *** (Refus d'en parler)

◆ (Si AG3 = 1)

◆ Exclusive

AG12C. (Quand vous êtes très soucieux(se) ou anxieux(se)... avez-vous des difficultés pour vous concentrer sur ce que vous faites ou avez-vous des trous de mémoire ?

- 1 Oui
- 0 Non
- 2 *** (NSP)
- 3 *** (Refus d'en parler)

◆ (Si AG3 = 1)

◆ Exclusive

AG12D. Quand vous êtes très soucieux(se) ou anxieux(se)... vous sentez-vous plus irritable que d'habitude ?

- 1 Oui
- 0 Non
- 2 *** (NSP)
- 3 *** (Refus d'en parler)

◆ (Si AG3 = 1)

◆ Exclusive

AG12E. (Quand vous êtes très soucieux(se) ou anxieux(se)... avez-vous les muscles tendus, douloureux ou sensibles ?

- 1 Oui
- 0 Non
- 2 *** (NSP)
- 3 *** (Refus d'en parler)

◆ (Si AG3 = 1)

◆ Exclusive

AG12F. (Quand vous êtes très soucieux(se) ou anxieux(se)... avez-vous des difficultés à vous endormir ou à rester endormi(e) ?

- 1 Oui
- 0 Non
- 2 *** (NSP)
- 3 *** (Refus d'en parler)

◆ (Si AG1 = Oui ou AG1A = Oui)

◆ Exclusive

AG13. A cause de cette tendance à vous faire beaucoup de souci, est-ce que vos activités habituelles ont été perturbées ?

- 1 Oui
- 0 Non

- 2 *** (NSP)
3 *** (Refus d'en parler)

◆ Si AG13 = Oui

◆ Exclusive

AG13A. Dans quelle mesure ?

- 1 Beaucoup
2 Moyennement
3 Un petit peu
4 *** (NSP)
5 *** (Refus d'en parler)

◆ (Si AG1 = Oui ou AG1A = Oui)

◆ Exclusive

AG15. Quand vous vivez une telle période avez-vous le sentiment d'être malade ?

- 1 Oui
0 Non
2 *** (NSP)

◆ Si AG15 = Non

◆ Ouverte

AG15A. Vous n'avez pas le sentiment d'être malade ; comment nommeriez-vous cet état ?

★ 000 Noter en clair

999 *** (NSP)

997 *** (Refus d'en parler)

◆ Si ED1B = 1 ou 2 ou ED9B = 1 ou 2 (et AG1 = 1 ou AG1A = 1)

◆ Exclusive

AG16. Cette période durant laquelle vous vous sentiez inquiet(e), tendu(e), anxieux(se) est-elle la même période que celle où...

◆ Si ED1=1 et ED9<>1 ...vous sentiez triste, déprimé(e), sans espoir ?

◆ Si ED9=1 ...aviez perdu intérêt pour la plupart des choses ?

- 1 Oui
0 Non
2 *** (NSP)
3 *** (Refus d'en parler)

ALCOOL

Les questions qui suivent concernent la consommation de boissons alcoolisées.

◆ Exclusive

BSA1. Avez-vous déjà bu, au moins une fois, des boissons alcoolisées, c'est-à-dire de la bière, du vin ou tout autre type d'alcool ?

- 1 Oui
0 Non
2 *** (NSP)

◆ Si BSA1 = Non ou (NSP)

◆ Exclusive

BSA2. Et avez-vous déjà bu une boisson peu alcoolisée comme du cidre, du panaché ou de la bière légère ?

- 1 Oui
0 Non → Aller à SC1
2 *** (NSP) → Aller à SC1

◆ (Si BSA1 = Oui ou BSA2 = Oui)

◆ Exclusive

AL1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?

- 1 Oui
0 Non
2 *** (NSP)

◆ (Si BSA1 = Oui ou BSA2 = Oui)

◆ Exclusive

AL2. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?

★ Enquêteur : il s'agit d'une consommation élevée

- 1 Oui
0 Non
2 *** (NSP)

◆ (Si BSA1 = Oui ou BSA2 = Oui)

◆ Exclusive

AL3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?

- 1 Oui
0 Non
2 *** (NSP)

◆ (Si BSA1 = Oui ou BSA2 = Oui)

◆ Exclusive

AL4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool, dès le matin, pour vous sentir en forme ?

- 1 Oui
0 Non
2 *** (NSP)

SCREENING DIAGNOSTIC

Je vais maintenant vous poser quelques questions concernant d'autres difficultés émotionnelles que vous pourriez avoir vécues.

◆ *Exclusive*

- SC1. Certaines personnes ressentent une peur intense et irraisonnée dans certaines situations, à tel point qu'elles évitent ces situations même si elles savent que cela ne représente aucun danger réel. Au cours de votre vie, avez-vous déjà ressenti une peur intense et irraisonnée de ce genre ?**

1 Oui
0 Non
2 *** (NSP)
3 *** (Refus d'en parler)

◆ *Si SC1 = Oui*

◆ *Exclusive*

- SC1A. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous ressenti une telle peur intense et irraisonnée ?**

1 Oui
0 Non
2 *** (NSP)
3 *** (Refus d'en parler)

◆ *Exclusive*

- SC2. Avez-vous déjà eu une crise d'angoisse, durant laquelle vous vous êtes senti(e) subitement effrayé(e), anxieux(se) ou très mal à l'aise ?**

1 Oui
0 Non
2 *** (NSP)
3 *** (Refus d'en parler)

◆ *Si SC2 = Oui*

◆ *Exclusive*

- SC2A. Vous est-il déjà arrivé d'avoir une telle crise d'angoisse dans une situation où votre vie était en danger ?**

1 Oui
0 Non
2 *** (NSP)
3 *** (Refus d'en parler)

◆ *Si SC2 = Oui*

◆ *Exclusive*

- SC2B. Et vous est-il déjà arrivé d'avoir une telle crise d'angoisse dans une situation où votre vie n'était pas en danger ?**

1 Oui
0 Non
2 *** (NSP)
3 *** (Refus d'en parler)

◆ *Si SC2B = Oui*

◆ *Exclusive*

- SC2C. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une telle crise d'angoisse dans une situation où votre vie n'était pas en danger ?**

1 Oui
0 Non
2 *** (NSP)
3 *** (Refus d'en parler)

◆ *Exclusive*

- SC3. Avez-vous vécu, à un moment donné de votre vie, un événement terrible, effrayant, horrible qui vous a occasionné des problèmes comme des souvenirs ou des rêves bouleversants, le sentiment d'être détaché(e) des autres, des problèmes de sommeil ou de concentration ou bien une nervosité excessive ?**

1 Oui
0 Non
2 *** (NSP)
3 *** (Refus d'en parler)

◆ *Si SC3 = Oui*

◆ *Exclusive*

- SC3A. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous vécu un tel événement ?**

1 Oui
0 Non
2 *** (NSP)
3 *** (Refus d'en parler)

◆ *Exclusive*

- SC4. Au cours de votre vie, avez-vous eu une période durant laquelle vous étiez heureux(se) ou excité(e), pendant au moins quatre jours, à tel point que cela vous a causé des ennuis, que votre famille ou vos amis se sont inquiétés ou qu'un médecin vous a dit que vous traversiez une phase d'excitation ou de manie ?**

1 Oui
0 Non
2 *** (NSP)
3 *** (Refus d'en parler)

◆ Si SC4 = Oui

◆ Exclusive

SC4A. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous vécu une telle période ?

- 1 Oui
 - 0 Non
 - 2 *** (NSP)
 - 3 *** (Refus d'en parler)
- ◆ Exclusive

SC5. Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de vous sentir déprimé ?

- 1 Souvent
- 2 Parfois
- 3 Rarement
- 4 Jamais
- 5 *** (NSP)
- 6 *** (Refus d'en parler)

COPING DÉCLARÉ FACE AU MAL-ÊTRE

Nous allons maintenant parler de ce que vous faites quand vous n'êtes pas bien dans votre peau, que vous êtes dans un état de mal-être ou de malaise. Pour chacun des moyens que je vais vous citer, vous me direz si vous avez l'habitude de l'utiliser quand vous êtes dans un état de mal-être, pour essayer d'y faire face.

◆ CD1 à CD24 en aléatoire

◆ Exclusive

CD1. Pour faire face à un état de mal-être, discutez-vous avec un ou des proches.

- 1 Souvent
- 2 Parfois
- 3 Rarement
- 4 Jamais
- 5 *** (NSP)
- 6 *** (Refus d'en parler)

CD2. Pour faire face à un état de mal-être, recherchez-vous des informations concernant votre problème

CD3. Pour faire face à un état de mal-être, demandez-vous de l'aide à un professionnel

CD4. Pour faire face à un état de mal-être, faites-vous des exercices de relaxation ou de méditation

CD5. Pour faire face à un état de mal-être, faites-vous une activité physique

CD6. Pour faire face à un état de mal-être, prenez-vous des médecines douces, plantes, homéopathie, acupuncture, etc.

CD7. Pour faire face à un état de mal-être, prenez-vous du millepertuis ou hypericum perforatum

CD8. Pour faire face à un état de mal-être, avez-vous recours à des activités religieuses, prières, célébrations, etc.

CD9. Pour faire face à un état de mal-être, avez-vous recours à des pratiques ésotériques, voyance, astrologie, travail sur les énergies, etc.

CD10. Pour faire face à un état de mal-être, vous critiquez-vous ou vous culpabilisez-vous

CD11. Pour faire face à un état de mal-être, essayez-vous de tout oublier

CD12. Pour faire face à un état de mal-être, essayez-vous de comprendre ce que vous ressentez ou écouter vos émotions

CD13. Pour faire face à un état de mal-être, faites-vous une activité culturelle ou artistique

CD14. Pour faire face à un état de mal-être, vous mettez-vous à fumer des cigarettes, du tabac à rouler, des cigarillos, des cigares ou la pipe

CD14A. Pour faire face à un état de mal-être, vous mettez-vous à fumer du cannabis, du haschisch, de la marijuana, un joint ou du shit

CD14B. Pour faire face à un état de mal-être, vous mettez-vous à consommer des drogues comme des champignons hallucinogènes, du poppers, de la colle ou des solvants, des ecstasy, des amphétamines, du LSD, du crack, de la cocaïne, ou de l'héroïne

CD15. Pour faire face à un état de mal-être, vous mettez-vous à boire de l'alcool

CD16. Pour faire face à un état de mal-être, vous mettez-vous à manger

- CD17. Pour faire face à un état de mal-être, dormez-vous
- CD18. Pour faire face à un état de mal-être, prenez-vous des médicaments par vous-même
- CD19. Pour faire face à un état de mal-être, regardez-vous la télévision
- CD20. Pour faire face à un état de mal-être, réfléchissez-vous à des solutions concrètes pour résoudre vos problèmes
- CD21. Pour faire face à un état de mal-être, vous mettez-vous à lire ou à écrire
- CD22. Pour faire face à un état de mal-être, pensez-vous à des choses irréelles ou fantastiques pour vous sentir mieux
- CD23. Pour faire face à un état de mal-être, vous isolez-vous
- CD24. Pour faire face à un état de mal-être, essayez-vous de voir les choses de façon positive
- ◆ *Exclusive*
- CD25. Et quand vous n'êtes pas bien dans votre peau, que vous êtes dans un état de mal-être ou de malaise, diriez-vous que vous ne savez pas quoi faire pour faire face à ce que vous vivez ?
- 1 Souvent
2 Parfois
3 Rarement
4 Jamais
5 *** (NSP)
6 *** (Refus d'en parler)

RECOURS ET CONSOMMATION DE SOINS POUR RAISON DE SANTÉ MENTALE

Je vais maintenant vous poser des questions sur la consultation de professionnels pour des problèmes émotifs, nerveux, psychologiques ou des problèmes de comportement.

◆ *Exclusive*

- RE4. Au cours de votre vie, avez-vous utilisé les services d'un organisme comme un hôpital, une clinique, un centre, un groupe ou une ligne téléphonique, etc. pour des problèmes émotifs, nerveux, psychologiques ou des problèmes de comportement ?

1 Oui
0 Non
2 *** (NSP)
3 *** (Refus d'en parler)
◆ *Exclusive*

- RE4A. Au cours de votre vie, avez-vous consulté un professionnel comme un médecin, un « psy », un thérapeute, une infirmière, une assistante sociale ou un religieux, etc. pour des problèmes émotifs, nerveux, psychologiques ou des problèmes de comportement ?

1 Oui
0 Non
2 *** (NSP) → RE15
3 *** (Refus d'en parler) → RE15

◆ *Si RE4 = Non et RE4A = Non*

◆ *Exclusive*

- RE4B. Et à un moment donné, avez-vous pensé à utiliser les services d'un organisme ou à consulter un professionnel pour des problèmes émotifs, nerveux, psychologiques ou des problèmes de comportement, sans pour autant le faire ?

1 Oui
0 Non
2 *** (NSP)
3 *** (Refus d'en parler)

◆ *Si RE4B = Oui*

◆ *Ouverte*

- RE4C. Qu'est ce qui a fait que vous n'avez pas utilisé les services d'un organisme ni consulté un professionnel pour de tels problèmes alors que vous y aviez pensé ?

★ 000 Noter en clair

999 *** (NSP)
997 *** (Refus d'en parler)

◆ *Si RE4A = Oui*

◆ *Si non → aller en RE15*

◆ *Ouverte*

- RE5. Quels étaient les problèmes pour lesquels vous avez consulté ?

★ 000 Noter en clair

- 999 *** (NSP)
997 *** (Refus d'en parler)

◆ (Si RE4A = Oui)

◆ Multiple

RE6. Quels sont les professionnels que vous avez consultés pour ces problèmes ?

★ Enquêteur : passer en Oui/Non -

Plusieurs réponses possibles

- 1 Un médecin généraliste ou un médecin de famille
- 2 Un psychiatre
- 3 Un autre médecin spécialiste
- 4 Un psychologue
- 5 Un « psy » dont vous ne savez pas s'il est psychiatre ou psychologue
- 6 Un autre professionnel de santé
- 7 Un autre professionnel
- 8 *** (NSP) Item exclusif
- 9 *** (Refus d'en parler) Item exclusif

◆ (Si RE4A = Oui)

◆ Multiple

RE7. Quels types de traitement ou d'aide avez-vous reçus de la part de ces professionnels ?

★ Enquêteur : passer en Oui/Non -

Plusieurs réponses possibles

◆ Items 01 à 17 en aléatoire

- 01 Une psychothérapie
- 02 Des médicaments pour les nerfs
- 03 Un soutien psychologique
- 04 Ces professionnels vous ont-ils proposé des informations ou des conseils sur la maladie, les traitements, etc.
- 05 Ces professionnels vous ont-ils proposé des exercices de relaxation, de méditation
- 06 Ces professionnels vous ont-ils proposé des massages, des manipulations corporelles
- 07 Ces professionnels vous ont-ils proposé des médecines douces, plantes, homéopathie, acupuncture, etc.
- 08 Ces professionnels vous ont-ils proposé du millepertuis ou hypericum perforatum
- 09 Ces professionnels vous ont-ils proposé des pratiques ésotériques, voyance, astrologie, travail sur les énergies, etc.
- 10 Ces professionnels vous ont-ils proposé des pratiques traditionnelles, des rituels, guérisseur, rebouteux, magnétiseur, marabout, griot, exorciste, etc.
- 11 Ces professionnels vous ont-ils proposé des pratiques religieuses, prières, célébrations, etc.
- 12 Une prise en charge socio-éducative
- 13 Une sismothérapie, des électrochocs
- 14 Une photothérapie ou traitement par la lumière

- 15 Ces professionnels vous ont-ils proposé de l'exercice physique
- 16 Ces professionnels vous ont-ils proposé des conseils nutritionnels, d'hygiène de vie
- 17 Ces professionnels vous ont-ils proposé la lecture d'ouvrages spécialisés
- 18 Un autre type de traitement ou d'aide
- 19 *** (Aucun traitement ou aide) Item exclusif
- 99 *** (NSP) Item exclusif
- 97 *** (Refus d'en parler) Item exclusif

◆ Si RE7 = 01 à 18

◆ Exclusive

RE8. Avec ces traitements ou ces aides, vos problèmes ont-ils diminué ?

- 0 Non
- 1 Oui, ils ont diminué
- 2 Oui, ils ont disparu
- 3 *** (NSP)
- 4 *** (Refus d'en parler)

◆ Si le nombre de réponses en RE7 > 1 et RE8 = 1 ou 2

◆ Exclusive

RE9. Parmi ces traitements ou ces aides, quel est celui qui vous a le plus aidé ?

★ Enquêteur : citer - une seule réponse possible

◆ Présenter les items cochés en RE7

◆ (Si RE4A = Oui)

◆ Exclusive

RE10. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté ces professionnels pour de tels problèmes émotifs, nerveux, psychologiques ou de comportement ?

- 1 Oui
- 0 Non → RE15
- 2 *** (NSP) → RE15
- 3 *** (Refus d'en parler) → RE15

◆ (Si RE10 = Oui)

◆ Ouverte

RE11. Parmi les problèmes que vous avez évoqués, quels sont ceux pour lesquels vous avez consulté au cours des 12 derniers mois ?

★ Enquêteur : citer - Plusieurs

réponses possibles

◆ Afficher RE5

★ 000 Noter en clair

- 999 *** (NSP)
997 *** (Refus d'en parler)

◆ (Si RE10 = Oui) et Nb de réponses en RE6>1

◆ Multiple

RE12. Et parmi les professionnels que vous avez consultés, quels sont ceux que vous avez consultés au cours des 12 derniers mois pour des problèmes émotifs, nerveux, psychologiques ou de comportement ?

★ Enquêteur : passer en Oui/Non -
Plusieurs réponses possibles

◆ Présenter les items cochés en RE6

◆ Si RE12 = 1

◆ Numérique

RE12A. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous consulté un médecin généraliste ou un médecin de famille pour ces problèmes ?

999 *** (NSP)

997 *** (Refus d'en parler)

◆ Doit être compris entre 1 et 365

◆ Si RE12 = 2

◆ Numérique

RE12B. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous consulté un psychiatre pour ces problèmes ?

999 *** (NSP)

997 *** (Refus d'en parler)

◆ Doit être compris entre 1 et 365

◆ Si RE12 = 3

◆ Numérique

RE12C. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous consulté un autre médecin spécialiste pour ces problèmes ?

999 *** (NSP)

997 *** (Refus d'en parler)

◆ Doit être compris entre 1 et 365

◆ Si RE12 = 4

◆ Numérique

RE12D. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous consulté un psychologue pour ces problèmes ?

999 *** (NSP)

997 *** (Refus d'en parler)

◆ Doit être compris entre 1 et 365

◆ Si RE12 = 5

◆ Numérique

RE12E. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous consulté un « psy » pour ces problèmes ?

999 *** (NSP)

997 *** (Refus d'en parler)

◆ Doit être compris entre 1 et 365

◆ Si RE12 = 6

◆ Numérique

RE12F. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous consulté un autre professionnel de santé pour ces problèmes ?

999 *** (NSP)

997 *** (Refus d'en parler)

◆ Doit être compris entre 1 et 365

◆ Si RE12 = 7

◆ Numérique

RE12G. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous consulté un autre professionnel pour ces problèmes ?

999 *** (NSP)

997 *** (Refus d'en parler)

◆ Doit être compris entre 1 et 365

◆ (Si RE10 = Oui) et Nb de réponses en RE7>1

◆ Multiple

RE13. Parmi les traitements ou aides que vous avez reçus, quels sont ceux que vous avez reçus de la part de ces professionnels au cours des 12 derniers mois ?

★ Enquêteur : passer en Oui/Non -
Plusieurs réponses possibles

◆ Présenter les items cochés en RE7

◆ Si RE13 = 01 à 18

◆ Exclusive

RE14. Grâce à ces traitements ou ces aides que vous avez reçus au cours des 12 derniers mois, vos problèmes ont-ils diminué ?

0 Non

1 Oui, ils ont diminué

2 Oui, ils ont disparu

3 *** (NSP)

4 *** (Refus d'en parler)

◆ Si le nombre de réponses en
RE13 > 1 et RE14 = 1 ou 2

◆ Exclusive

RE14A. Parmi ces traitements ou ces aides, quel est celui qui vous a le plus aidé ?

★ Enquêteur : citer - une seule réponse possible

◆ Présenter les items cochés en RE13

◆ Si ED26 = 1 ou RE7 = 02 → Coder RE15 = 1

◆ Si ED26 ⇔ 1 et RE7 ⇔ 02

◆ Exclusive

RE15. Au cours de votre vie, avez-vous pris des médicaments pour les nerfs ou pour dormir comme des tranquillisants, des somnifères ou des antidépresseurs ?

1 Oui

0 Non → RE21

2 *** (NSP) → RE21

3 *** (Refus d'en parler) → RE21

◆ (Si RE15 = Oui)

◆ Exclusive

◆ Si ED26 = 1 ou RE7 = 02

RE16. Vous m'avez dit que vous avez déjà pris des médicaments pour les nerfs. Plus précisément, au cours de votre vie, avez-vous déjà pris des antidépresseurs ?

1 Oui

0 Non → RE17

2 *** (NSP) → RE17

3 *** (Refus d'en parler) → RE17

◆ (Si RE16 = Oui)

◆ Multiple - Ouverte

RE16A. Quel est le nom de ces antidépresseurs ?

★ Enquêteur : ne rien suggérer -
Plusieurs réponses possibles

101 Alprazolam®

102 Amisulpride®

103 Anafranil®

104 Anxorex®

105 Atarax®

106 Athymil®

107 Atrium®

108 Bromazepam®

109 Buspar®

110 Buspirone®

111 Butabarbital®

112 Carbamazépine®

113 Citalopram®

114 Clédial®

115 Clomipramine®

116 Clopixol®

117 Conflitan®

118 Covatine®

119 Défanyl®

120 Dépakote®

121 Dépamide®

122 Deroxat®

123 Diazepam®

124 Dipipéron®

125 Divarius®

126 Dogmatil®

127 Donormyl®

128 Effexor®

129 Elavil®

130 Equanil®

131 Floxyfral®

132 Fluanxol®

133 Fluoxétine®

134 Fluvoxamine®

135 Halcion®

136 Haldol®

137 Havlane®

138 Humoryl®

139 Imovane®

140 Insidon®

141 Insomnyl®

142 Ivadal®

143 Ixel®

144 Kinupril®

145 Largactil®

146 Laroxyl®

147 Léponex®

148 Lexomil®

149 Lidène®

150 Lithium®

151 Lorazepam®

152 Loxapac®

153 Ludiomil®

154 Lysanxia®

155 Marsilid®

156 Melleril®

157 Meprobamate®

158 Mépronizine®

159 Méréprine®

160 Miansérine®

161 Moclabémide®

162 Moclamine®

163 Modécate®

164 Moditen®

165 Mogadon®

166 Motival®

167 Neuleptil®

168 Neurolithium®

169 Noctamide®

170 Noctran®

171 Noctyl®

172 Nopron®

173 Nordaz®

174 Noriel®

175 Normison®

176 Norset®

177 Novazam®
 178 Nozinan®
 179 Nuctalon®
 180 Paroxétine®
 181 Pertofran®
 182 Phénergan®
 183 Piportil®
 184 Pragmarel®
 185 Prazinil®
 186 Prothiaden®
 187 Prozac®
 188 Quietiline®
 189 Quitaxon®
 190 Risperdal®
 191 Rohypnol®
 192 Sémap®
 193 Seresta®
 194 Seriel®
 195 Séroplex®
 196 Séropram®
 197 Sinéquan®
 198 Solian®
 199 Stablon®
 200 Stilnox®
 201 Stresam®
 202 Sulpiride®
 203 Surmontil®
 204 Survector®
 205 Synédil®
 206 Tégrétol®
 207 Temesta®
 208 Téralithe®
 209 Tercian®
 210 Teyssedre®
 211 Théralène®
 212 Tofranil®
 213 Tranxene®
 214 Trilifan®
 215 Urbanyl®
 216 Valium®
 217 Veratran®
 218 Victan®
 219 Vivalan®
 220 Xanax®
 221 Zolof®
 222 Zolpidem®
 223 Zopiclone®
 224 Zyprexa®
 998 Autres (préciser)
 999 *** (NSP) Item exclusif
 997 *** (Refus d'en parler) Item exclusif

◆ (Si RE16 = Oui)

◆ Exclusive

RE16B. Ces médicaments vous ont-ils été prescrits parce que vous étiez dépressif(ve) ou déprimé(e) ?

- 1 Oui
 0 Non
 2 *** (NSP)
 3 *** (Refus d'en parler)

◆ (Si RE16 = Oui)

◆ Exclusive

RE16C. Et au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris ces médicaments antidépresseurs ?

- 1 Oui
 0 Non
 2 *** (NSP)
 3 *** (Refus d'en parler)

◆ Si RE16C = Oui

◆ Exclusive

RE16D. En prenez-vous toujours actuellement ?

- 1 Oui
 0 Non
 2 *** (NSP)
 3 *** (Refus d'en parler)

◆ Si RE16D = Non ou (NSP)

◆ Multiple

RE16E. Globalement, combien de temps en avez-vous pris ?

★ Enquêteur : ne rien suggérer
- 2 réponses possibles

- 1 Réponse en JOURS
 2 Réponse en MOIS
 3 Réponse en ANNÉES
 4 *** (NSP) Item exclusif
 5 *** (Refus d'en parler) Item exclusif

◆ Si RE16E = 1

◆ Numérique

RE16F. (Globalement, combien de temps en avez-vous pris ?)

★ Enquêteur : Saisir le nombre de JOURS

◆ Doit être compris entre 1 et 30

◆ Si RE16E = 2

◆ Numérique

RE16G. (Globalement, combien de temps en avez-vous pris ?)

★ Enquêteur : Saisir le nombre de MOIS

◆ Doit être compris entre 1 et 24

◆ Si RE16E = 3

◆ Numérique

RE16H. **(Globalement, combien de temps en avez-vous pris ?)**

★ Enquêteur : Saisir le nombre d'ANNÉES

◆ Doit être compris entre 1 et 50

◆ Test de cohérence avec S2

◆ Si RE16E = 2 ou 3

◆ Exclusive

RE16O. **Et avez-vous pris ces antidépresseurs pendant...**

◆ Si RE16E = 2 et non 3 ...<RE16G> mois...

◆ Si RE16E = 3 et non 2 ...<RE16H> ans...

◆ Si RE16E = 2 et 3 ...<RE16H> ans et <RE16G> mois...

... sans interruption ?

1 Oui

0 Non *** (avec des interruptions)

2 *** (NSP)

3 *** (Refus d'en parler)

◆ Si RE16D = Oui

◆ Multiple

RE16I. **Globalement, depuis combien de temps en prenez-vous ?**

★ Enquêteur : ne rien suggérer

- 2 réponses possibles

1 Réponse en JOURS

2 Réponse en MOIS

3 Réponse en ANNÉES

4 *** (NSP) Item exclusif

5 *** (Refus d'en parler) Item exclusif

◆ Si RE16I = 1

◆ Numérique

RE16J. **(Globalement, depuis combien de temps en prenez-vous ?)**

★ Enquêteur : Saisir le nombre de JOURS

◆ Doit être compris entre 1 et 30

◆ Si RE16I = 2

◆ Numérique

RE16K. **(Globalement, depuis combien de temps en prenez-vous ?)**

★ Enquêteur : Saisir le nombre de MOIS

◆ Doit être compris entre 1 et 24

◆ Si RE16I = 3

◆ Numérique

RE16L. **(Globalement, depuis combien de temps en prenez-vous ?)**

★ Enquêteur : Saisir le nombre d'ANNÉES

◆ Doit être compris entre 1 et 50

◆ Test de cohérence avec S2

◆ Si RE16I = 2 ou 3

◆ Exclusive

RE16P. **Et prenez-vous ces antidépresseurs depuis...**

◆ Si RE16I = 2 et non 3 ...<RE16K> mois...

◆ Si RE16I = 3 et non 2 ...<RE16L> ans...

◆ Si RE16I = 2 et 3 ...<RE16L> ans et <RE16K> mois...

... sans interruption ?

1 Oui

0 Non *** (avec des interruptions)

2 *** (NSP)

3 *** (Refus d'en parler)

◆ Si RE16P = Non

◆ Multiple

RE16Q. **Donc, actuellement, depuis combien de temps en prenez-vous ?**

★ Enquêteur : ne rien suggérer

- 2 réponses possibles

1 Réponse en JOURS

2 Réponse en MOIS

3 Réponse en ANNÉES

4 *** (NSP) Item exclusif

5 *** (Refus d'en parler) Item exclusif

◆ Si RE16Q = 1

◆ Numérique

RE16R. **(Donc, actuellement, depuis combien de temps en prenez-vous ?)**

★ Enquêteur : Saisir le nombre de JOURS

◆ Doit être compris entre 1 et 30

◆ Si RE16Q = 2

◆ Numérique

RE16S. **(Donc, actuellement, depuis combien de temps en prenez-vous ?)**

★ Enquêteur : Saisir le nombre de MOIS

◆ Doit être compris entre 1 et 24

◆ Si RE16Q = 3

◆ Numérique

RE16T. (Donc, actuellement, depuis combien de temps en prenez-vous ?)

★ Enquêteur : Saisir le nombre d'ANNÉES

◆ Doit être compris entre 1 et 50

◆ Test de cohérence avec S2

◆ Si RE16D = Oui et le nombre de réponses en RE16A > 1 et RE16A < 998

◆ Numérique

RE16M. Combien de types d'antidépresseurs prenez-vous actuellement ?

99 *** (NSP)

97 *** (Refus d'en parler)

◆ Doit être compris entre 1 et 10

◆ (Si RE16 = Oui)

◆ Exclusive

RE16N. Grâce à ces médicaments antidépresseurs, vos problèmes ont-ils diminué ?

0 Non

1 Oui, ils ont diminué

2 Oui, ils ont disparu

3 *** (NSP)

4 *** (Refus d'en parler)

◆ (Si RE15 = Oui)

◆ Exclusive

RE17. Au cours de votre vie, avez-vous déjà pris des anxiolytiques ou des tranquillisants ?

1 Oui

0 Non → RE18

2 *** (NSP) → RE18

3 *** (Refus d'en parler) → RE18

◆ (Si RE17 = Oui)

◆ Multiple - Ouverte

RE17A. Quel est le nom de ces anxiolytiques ou tranquillisants ?

101 Alprazolam®

102 Amisulpride®

103 Anafranil®

104 Anxyrex®

105 Atarax®

106 Athymil®

107 Atrium®

108 Bromazepam®

109 Buspar®

110 Buspirone®

111 Butabarbital®

112 Carbamazépine®

113 Citalopram®

114 Clédial®

115 Clomipramine®

116 Clopixol®

117 Conflictan®

118 Covatine®

119 Défanyl®

120 Dépakote®

121 Dépamide®

122 Deroxat®

123 Diazepam®

124 Dipipéron®

125 Divarius®

126 Dogmatil®

127 Donormyl®

128 Effexor®

129 Elavil®

130 Equanil®

131 Floxyfral®

132 Fluanxol®

133 Fluoxétine®

134 Fluvoxamine®

135 Halcion®

136 Haldol®

137 Havlane®

138 Humoryl®

139 Imovane®

140 Insidon®

141 Insomnyl®

142 Ivadal®

143 Ixel®

144 Kinupril®

145 Largactil®

146 Laroxyl®

147 Léponex®

148 Lexomil®

149 Lidène®

150 Lithium®

151 Lorazepam®

152 Loxapac®

153 Ludiomil®

154 Lysanxia®

155 Marsilid®

156 Melleril®

157 Meprobamate®

158 Mépronizine®

159 Méréprine®

160 Miansérine®

161 Moclabémide®

162 Moclamine®

163 Modécate®

164 Moditen®

165 Mogadon®

166 Motival®

167 Neuleptil®

168 Neurolithium®

169 Noctamide®

170 Noctran®
 171 Noctyl®
 172 Nopron®
 173 Nordaz®
 174 Noriel®
 175 Normison®
 176 Norset®
 177 Novazam®
 178 Nozinan®
 179 Nuctalon®
 180 Paroxétine®
 181 Pertofran®
 182 Phénergan®
 183 Piportil®
 184 Pragmarel®
 185 Prazinil®
 186 Prothiaden®
 187 Prozac®
 188 Quietiline®
 189 Quitaxon®
 190 Risperdal®
 191 Rohypnol®
 192 Sémap®
 193 Seresta®
 194 Seriel®
 195 Séroplex®
 196 Séropram®
 197 Sinéquan®
 198 Solian®
 199 Stablon®
 200 Stilnox®
 201 Stresam®
 202 Sulpiride®
 203 Surmontil®
 204 Survector®
 205 Synédil®
 206 Tégrétol®
 207 Temesta®
 208 Téralithe®
 209 Tercian®
 210 Teyssedre®
 211 Théralène®
 212 Tofranil®
 213 Tranxene®
 214 Trilifan®
 215 Urbanyl®
 216 Valium®
 217 Veratran®
 218 Victan®
 219 Vivalan®
 220 Xanax®
 221 Zolof®
 222 Zolpidem®
 223 Zopiclone®
 224 Zyprexa®
 998 Autres (préciser)
 999 *** (NSP) Item exclusif
 997 *** (Refus d'en parler) Item exclusif

◆ (Si RE17 = Oui)

◆ Exclusive

RE17B. Ces médicaments vous ont-ils été prescrits parce que vous étiez dépressif(ve) ou déprimé(e) ?

- 1 Oui
 0 Non
 2 *** (NSP)
 3 *** (Refus d'en parler)

◆ (Si RE17 = Oui)

◆ Exclusive

RE17C. Et au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris ces médicaments anxiolytiques ou tranquillisants ?

- 1 Oui
 0 Non
 2 *** (NSP)
 3 *** (Refus d'en parler)

◆ Si RE17C = Oui

◆ Exclusive

RE17D. En prenez-vous toujours actuellement ?

- 1 Oui
 0 Non
 2 *** (NSP)
 3 *** (Refus d'en parler)

◆ Si RE17D = Non ou (NSP)

◆ Multiple

RE17E. Globalement, combien de temps en avez vous pris ?

★ Enquêteur : ne rien suggérer
- 2 réponses possibles

- 1 Réponse en JOURS
 2 Réponse en MOIS
 3 Réponse en ANNÉES
 4 *** (NSP) Item exclusif
 5 *** (Refus d'en parler) Item exclusif

◆ Si RE17E = 1

◆ Numérique

RE17F. (Globalement, combien de temps en avez vous pris ?)

★ Enquêteur : Saisir le nombre de JOURS
◆ Doit être compris entre 1 et 30

◆ Si RE17E = 2

◆ Numérique

RE17G. (Globalement, combien de temps en avez vous pris ?)

★ Enquêteur : Saisir le nombre de MOIS

◆ Doit être compris entre 1 et 24

◆ Si RE17E = 3

◆ Numérique

RE17H. (Globalement, combien de temps en avez vous pris ?)

★ Enquêteur : Saisir le nombre d'ANNÉES

◆ Doit être compris entre 1 et 50

◆ Test de cohérence avec S2

◆ Si RE17E = 2 ou 3

◆ Exclusive

RE17O. Et avez-vous pris ces anxiolytiques ou tranquillisants pendant...

◆ Si RE17E = 2 et non 3 ...<RE17G> mois...

◆ Si RE17E = 3 et non 2 ...<RE17H> ans...

◆ Si RE17E = 2 et 3 ...<RE17H> ans et <RE17G> mois...

... sans interruption ?

1 Oui

0 Non ***(avec des interruptions)

2 *** (NSP)

3 *** (Refus d'en parler)

◆ Si RE17D = Oui

◆ Multiple

RE17I. Globalement depuis combien de temps en prenez-vous ?

★ Enquêteur : ne rien suggérer

- 2 réponses possibles

1 Réponse en JOURS

2 Réponse en MOIS

3 Réponse en ANNÉES

4 *** (NSP) Item exclusif

5 *** (Refus d'en parler) Item exclusif

◆ Si RE17I = 1

◆ Numérique

RE17J. (Globalement depuis combien de temps en prenez-vous ?)

★ Enquêteur : Saisir le nombre de JOURS

◆ Doit être compris entre 1 et 30

◆ Si RE17I = 2

◆ Numérique

RE17K. (Globalement depuis combien de temps en prenez-vous ?)

★ Enquêteur : Saisir le nombre de MOIS

◆ Doit être compris entre 1 et 24

◆ Si RE17I = 3

◆ Numérique

RE17L. (Globalement depuis combien de temps en prenez-vous ?)

★ Enquêteur : Saisir le nombre d'ANNÉES

◆ Doit être compris entre 1 et 50

◆ Test de cohérence avec S2

◆ Si RE17I = 2 ou 3

◆ Exclusive

RE17P. Et prenez-vous ces anxiolytiques ou tranquillisants depuis...

◆ Si RE17I = 2 et non 3 ...<RE17K> mois...

◆ Si RE17I = 3 et non 2 ...<RE17L> ans...

◆ Si RE17I = 2 et 3 ...<RE17L> ans et <RE17K> mois...

... sans interruption ?

1 Oui

0 Non ***(avec des interruptions)

2 *** (NSP)

3 *** (Refus d'en parler)

◆ Si RE17P = Non

◆ Multiple

RE17Q. Donc, actuellement, depuis combien de temps en prenez-vous ?

★ Enquêteur : ne rien suggérer

- 2 réponses possibles

1 Réponse en JOURS

2 Réponse en MOIS

3 Réponse en ANNÉES

4 *** (NSP) Item exclusif

5 *** (Refus d'en parler) Item exclusif

◆ Si RE17Q = 1

◆ Numérique

RE17R. (Donc, actuellement, depuis combien de temps en prenez-vous ?)

★ Enquêteur : Saisir le nombre de JOURS

◆ Doit être compris entre 1 et 30

◆ Si RE17Q = 2

◆ Numérique

RE17S. (Donc, actuellement, depuis combien de temps en prenez-vous ?)

★ Enquêteur : Saisir le nombre de MOIS

◆ Doit être compris entre 1 et 24

◆ Si RE17Q = 3

◆ Numérique

RE17T. (Donc, actuellement, depuis combien de temps en prenez-vous ?)

★ Enquêteur : Saisir le nombre d'ANNÉES

◆ Doit être compris entre 1 et 50

◆ Test de cohérence avec S2

◆ Si RE17D = Oui et le nombre de réponses en RE17A > 1 et RE17A < 998

◆ Numérique

RE17M. Combien de types d'anxiolytiques ou de tranquillisants prenez-vous actuellement ?

99 *** (NSP)

97 *** (Refus d'en parler)

◆ Doit être compris entre 1 et 10

◆ (Si RE17 = Oui)

◆ Exclusive

RE17N. Grâce à ces médicaments anxiolytiques ou tranquillisants, vos problèmes ont-ils diminué ?

0 Non

1 Oui, ils ont diminué

2 Oui, ils ont disparu

3 *** (NSP)

4 *** (Refus d'en parler)

◆ (Si RE15 = Oui)

◆ Exclusive

RE18. Au cours de votre vie, avez-vous déjà pris d'autres médicaments pour les nerfs, des calmants ou des somnifères ?

1 Oui

0 Non → RE21

2 *** (NSP) → RE21

3 *** (Refus d'en parler) → RE21

◆ (Si RE18 = Oui)

◆ Multiple - Ouverte

RE18A. Quel est le nom de ces autres médicaments pour les nerfs, de ces calmants ou de ces somnifères ?

★ Enquêteur : ne rien suggérer -

Plusieurs réponses possibles

101 Alprazolam®

102 Amisulpride®

103 Anafranil®

104 Anxorex®

105 Atarax®

106 Athymil®

107 Atrium®

108 Bromazepam®

109 Buspar®

110 Buspirone®

111 Butabarbital®

112 Carbamazépine®

113 Citalopram®

114 Clédial®

115 Clomipramine®

116 Clopixol®

117 Conflictan®

118 Covatine®

119 Défanyl®

120 Dépakote®

121 Dépamide®

122 Deroxat®

123 Diazepam®

124 Dipipéron®

125 Divarius®

126 Dogmatil®

127 Donormyl®

128 Effexor®

129 Elavil®

130 Equanil®

131 Floxyfral®

132 Fluanxol®

133 Fluoxétine®

134 Fluvoxamine®

135 Halcion®

136 Haldol®

137 Havlane®

138 Humoryl®

139 Imovane®

140 Insidon®

141 Insomnyl®

142 Ivadal®

143 Ixel®

144 Kinupril®

145 Largactil®

146 Laroxyl®

147 Léponex®

148 Lexomil®

149 Lidène®

150 Lithium®

151 Lorazepam®

152 Loxapac®

153 Ludiomil®

154 Lysanxia®

155 Marsilid®

156 Melleril®

157 Meprobamate®

158 Mépronizine®

159 Méréprine®

160 Miansérine®
 161 Moclabémide®
 162 Moclamine®
 163 Modécate®
 164 Moditen®
 165 Mogadon®
 166 Motival®
 167 Neuleptil®
 168 Neurolithium®
 169 Noctamide®
 170 Noctran®
 171 Noctyl®
 172 Nopron®
 173 Nordaz®
 174 Noriel®
 175 Normison®
 176 Norset®
 177 Novazam®
 178 Nozinan®
 179 Nuctalon®
 180 Paroxétine®
 181 Pertofran®
 182 Phénergan®
 183 Piportil®
 184 Pragmarel®
 185 Prazinil®
 186 Prothiaden®
 187 Prozac®
 188 Quietiline®
 189 Quitaxon®
 190 Risperdal®
 191 Rohypnol®
 192 Sémap®
 193 Seresta®
 194 Seriel®
 195 Séroplex®
 196 Séropram®
 197 Sinéquan®
 198 Solian®
 199 Stablon®
 200 Stilnox®
 201 Stresam®
 202 Sulpiride®
 203 Surmontil®
 204 Survector®
 205 Synédil®
 206 Tégrétol®
 207 Temesta®
 208 Térallithe®
 209 Tercian®
 210 Teyssedre®
 211 Théralène®
 212 Tofranil®
 213 Tranxene®
 214 Trilifan®
 215 Urbanyl®
 216 Valium®
 217 Veratran®

218 Victan®
 219 Vivalan®
 220 Xanax®
 221 Zolof®
 222 Zolpidem®
 223 Zopiclone®
 224 Zyprexa®
 998 Autres (préciser)
 999 *** (NSP) Item exclusif
 997 *** (Refus d'en parler) Item exclusif

◆ (Si RE18 = Oui)

◆ Exclusive

RE18B. Et au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris ces médicaments pour les nerfs, ces calmants ou ces somnifères ?

1 Oui
 0 Non
 2 *** (NSP)
 3 *** (Refus d'en parler)

◆ Si le nombre de réponses en RE18A > 1 et RE18B = 1

◆ Multiple

RE18C. Lesquels avez-vous pris au cours des 12 derniers mois ?

★ Enquêteur : Ne pas citer - plusieurs réponses possibles
 ★ Présenter les items cochés en RE18A

◆ Exclusive

RE21. Avez-vous déjà fait une psychothérapie ?

1 Oui
 0 Non → C01
 2 *** (NSP) → C01
 3 *** (Refus d'en parler) → C01

◆ (Si RE21 = Oui)

◆ Exclusive

RE21A. Et avez-vous fait plusieurs types de psychothérapies ?

1 Oui, plusieurs
 0 Non, un seul
 2 *** (NSP)
 3 *** (Refus d'en parler)

◆ Si RE21A = Oui

◆ Numérique

RE21B. Combien de psychothérapies différentes avez-vous faites ?

99 *** (NSP)
 97 *** (Refus d'en parler)

◆ *Doit être compris entre 1 et 10*

◆ *(Si RE21 = Oui)*

◆ *Multiple - Ouverte*

RE22B. De quel type étaient cette ou ces psychothérapies ?

★ Enquêteur : ne rien suggérer -
Plusieurs réponses possibles

- 001 Analyse bio-énergétique
- 002 Analyse psycho-organique
- 003 Analyse transactionnelle
- 004 Art-thérapie
- 005 Bio-énergie
- 006 Cure (psychanalytique)
- 007 Danse-thérapie
- 008 Focusing
- 009 Gestalt
- 010 Haptonomie
- 011 Hypnose classique
- 012 Hypnose éricksonienne
- 013 Intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (EMDR)
- 014 Intégration posturale thérapeutique
- 015 Musicothérapie
- 016 PNL (Programmation neuro-linguistique)
- 017 Psychanalyse
- 018 Psychodrame
- 019 Psychologie de la motivation
- 020 Psychothérapie transpersonnelle
- 021 Rebirth
- 022 Sexothérapie
- 023 Sophrologie
- 024 Thérapie cognitive et/ou comportementale
- 025 Thérapie familiale
- 026 Thérapie interpersonnelle
- 027 Thérapie primale
- 028 Thérapie rogéienne ou centrée sur la personne
- 029 Thérapie systémique
- 998 Autres (préciser)
- 999 *** (NSP) Item exclusif
- 997 *** (Refus d'en parler) Item exclusif

◆ *(Si RE21 = Oui)*

◆ *Multiple*

R22B1. Quelle était la profession de votre ou de vos psychothérapeutes ?

★ Enquêteur : citer - Plusieurs
réponses possibles

- 1 Psychologue
- 2 Psychiatre
- 3 Médecin généraliste
- 4 Médecin spécialiste autre que psychiatre
- 5 Thérapeute ni psychologue, ni psychiatre, ni médecin
- 6 *** (NSP) Item exclusif

7 *** (Refus d'en parler) Item exclusif

◆ *(Si RE21 = Oui)*

◆ *Ouverte*

R22B2. Comment avez-vous choisi votre ou vos psychothérapeutes ?

★ 000 Noter en clair

- 999 *** (NSP)
- 997 *** (Refus d'en parler)

◆ *(Si RE21 = Oui)*

◆ *Exclusive*

RE22C. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait des séances de psychothérapie ?

- 1 Oui
- 0 Non
- 2 *** (NSP)
- 3 *** (Refus d'en parler)

◆ *Si RE22C = Oui*

◆ *Exclusive*

RE22D. Poursuivez-vous une psychothérapie encore actuellement ?

- 1 Oui
- 0 Non
- 2 *** (NSP)
- 3 *** (Refus d'en parler)

◆ *Si RE22C = Non ou (NSP) ou
RE22D = Non ou (NSP)*

◆ *Multiple*

RE22E. Combien de temps cette psychothérapie a-t-elle duré ?

★ Enquêteur : ne rien suggérer
- 2 réponses possibles

- 1 Réponse en JOURS
- 2 Réponse en MOIS
- 3 Réponse en ANNÉES
- 4 *** (NSP) Item exclusif
- 5 *** (Refus d'en parler) Item exclusif

◆ *Si RE22E = 1*

◆ *Numérique*

RE22F. (Combien de temps cette psychothérapie a-t-elle duré ?)

★ Enquêteur : Saisir le nombre de JOURS
◆ *Doit être compris entre 1 et 30*

◆ *Si RE22E = 2*

◆ *Numérique*

RE22G. (Combien de temps cette psychothérapie a-t-elle duré ?)

★ Enquêteur : Saisir le nombre de MOIS

◆ Doit être compris entre 1 et 24

◆ Si RE22E = 3

◆ Numérique

RE22H. (Combien de temps cette psychothérapie a-t-elle duré ?)

★ Enquêteur : Saisir le nombre d'ANNÉES

◆ Doit être compris entre 1 et 70

◆ Test de cohérence avec S2

◆ Si RE22C = Non ou (NSP) ou
RE22D = Non ou (NSP)

◆ Exclusive

RE22I. En moyenne, quelle était la fréquence des séances ?★ Enquêteur : ne rien suggérer - 1
seule réponse possible

1 Réponse par SEMAINE

2 Réponse par MOIS

3 Réponse par AN

4 *** (NSP)

5 *** (Refus d'en parler)

◆ Si RE22I = 1

◆ Numérique

RE22J. (En moyenne, quelle était la fréquence des séances ?)★ Enquêteur : Saisir le nombre
de séances par SEMAINE

◆ Doit être compris entre 1 et 21

◆ Si RE22I = 2

◆ Numérique

RE22K. (En moyenne, quelle était la fréquence des séances ?)★ Enquêteur : Saisir le nombre
de séances par MOIS

◆ Doit être compris entre 1 et 20

◆ Si RE22I = 3

◆ Numérique

RE22L. (En moyenne, quelle était la fréquence des séances ?)★ Enquêteur : Saisir le nombre
de séances par AN

◆ Doit être compris entre 1 et 20

◆ Si RE22C = Non ou (NSP) ou
RE22D = Non ou (NSP)

◆ Multiple

RE22M. En moyenne, quelle était la durée des séances ?★ Enquêteur : ne rien suggérer
- 2 réponses possibles

1 Réponse en MINUTES

2 Réponse en HEURES

3 *** (NSP) Item exclusif

4 *** (Refus d'en parler) Item exclusif

◆ Si RE22M = 1

◆ Numérique

RE22N. (En moyenne, quelle était la durée des séances ?)

★ Enquêteur : Saisir le nombre de MINUTES

◆ Doit être compris entre 1 et 60

◆ Si RE22M = 2

◆ Numérique

RE22O. (En moyenne, quelle était la durée des séances ?)

★ Enquêteur : Saisir le nombre d'HEURES

◆ Doit être compris entre 1 et 12

◆ Si RE22C = Non ou (NSP) ou
RE22D = Non ou (NSP)

◆ Exclusive

RE22P. Et en moyenne, quel était le prix des séances ?★ Enquêteur : ne rien suggérer - 1
seule réponse possible

1 Réponse en EUROS

2 Réponse en FRANCS

5 *** (Les séances étaient gratuites)

3 *** (NSP)

4 *** (Refus d'en parler)

◆ Si RE22P = 1

◆ Numérique

RE22Q. (Et en moyenne, quel était le prix des séances ?)

★ Enquêteur : Saisir le nombre d'EUROS

◆ Doit être compris entre 1 et 2000

◆ Si RE22P = 2

◆ Numérique

RE22R. (Et en moyenne, quel était le prix des séances ?)

★ Enquêteur : Saisir le nombre de FRANCS

◆ *Doit être compris entre 1 et 13000*◆ *Si RE22C = Non ou (NSP) ou RE22D = Non ou (NSP) et RE22P < 5*◆ *Exclusive***RE22S. Les séances étaient-elles remboursées ?**

1 Oui, totalement

2 Oui, partiellement

0 Non

3 *** (NSP)

4 *** (Refus d'en parler)

◆ *Si RE22D = Oui*◆ *Multiple***RE23E. Depuis combien de temps dure-t-elle ?**

★ Enquêteur : ne rien suggérer

- 2 réponses possibles

1 Réponse en JOURS

2 Réponse en MOIS

3 Réponse en ANNÉES

4 *** (NSP) Item exclusif

5 *** (Refus d'en parler) Item exclusif

◆ *Si RE23E = 1*◆ *Numérique***RE23F. (Depuis combien de temps dure-t-elle ?)**

★ Enquêteur : Saisir le nombre de JOURS

◆ *Doit être compris entre 1 et 30*◆ *Si RE23E = 2*◆ *Numérique***RE23G. (Depuis combien de temps dure-t-elle ?)**

★ Enquêteur : Saisir le nombre de MOIS

◆ *Doit être compris entre 1 et 24*◆ *Si RE23E = 3*◆ *Numérique***RE23H. (Depuis combien de temps dure-t-elle ?)**

★ Enquêteur : Saisir le nombre d'ANNÉES

◆ *Doit être compris entre 1 et 70*◆ *Test de cohérence avec S2*◆ *Si RE22D = Oui*◆ *Exclusive***RE23I. Quelle est la fréquence des séances ?**

★ Enquêteur : ne rien suggérer - 1 seule réponse possible

1 Réponse par SEMAINE

2 Réponse par MOIS

3 Réponse par AN

4 *** (NSP)

5 *** (Refus d'en parler)

◆ *Si RE23I = 1*◆ *Numérique***RE23J. (Quelle est la fréquence des séances ?)**

★ Enquêteur : Saisir le nombre de séances par SEMAINE

◆ *Doit être compris entre 1 et 21*◆ *Si RE23I = 2*◆ *Numérique***RE23K. (Quelle est la fréquence des séances ?)**

★ Enquêteur : Saisir le nombre de séances par MOIS

◆ *Doit être compris entre 1 et 20*◆ *Si RE23I = 3*◆ *Numérique***RE23L. (Quelle est la fréquence des séances ?)**

★ Enquêteur : Saisir le nombre de séances par AN

◆ *Doit être compris entre 1 et 20*◆ *Si RE22D = Oui*◆ *Multiple***RE23M. Quelle est la durée des séances ?**

★ Enquêteur : ne rien suggérer - 2 réponses possibles

1 Réponse en MINUTES

2 Réponse en HEURES

3 *** (NSP) Item exclusif

4 *** (Refus d'en parler) Item exclusif

◆ *Si RE23M = 1*◆ *Numérique***RE23N. (Quelle est la durée des séances ?)**

★ Enquêteur : Saisir le nombre de MINUTES

◆ *Doit être compris entre 1 et 60*◆ *Si RE23M = 2*◆ *Numérique***RE23O. (Quelle est la durée des séances ?)**

★ Enquêteur : Saisir le nombre d'HEURES

◆ *Doit être compris entre 1 et 12*

◆ Si RE22D = Oui

◆ Numérique

RE23P. Quel est le prix des séances ?

★ Enquêteur : Saisir le nombre d'EUROS

9998 *** (Les séances sont gratuites)

9999 *** (NSP)

9997 *** (Refus d'en parler)

◆ Doit être compris entre 1 et 2000

◆ Si RE22D = Oui et RE23P <> 998

◆ Exclusive

RE23Q. Les séances sont-elles remboursées ?

1 Oui, totalement

2 Oui, partiellement

0 Non

3 *** (NSP)

4 *** (Refus d'en parler)

◆ (Si RE21 = Oui)

◆ Exclusive

RE23R. Grâce à cette ou ces psychothérapies, vos problèmes ont-ils diminué ?

0 Non

1 Oui, ils ont diminué

2 Oui, ils ont disparu

3 *** (NSP)

4 *** (Refus d'en parler)

REPRÉSENTATIONS ET CONNAISSANCES

Nous allons maintenant évoquer vos idées concernant la dépression.

◆ Exclusive

C01. D'après vous, existe-t-il des professionnels qui peuvent aider les personnes dépressives ?

1 Oui

0 Non

2 *** (NSP)

3 *** (Refus d'en parler)

◆ Si C01 = Oui

◆ Multiple - Ouverte

C01A. Lesquels ?

★ Enquêteur : ne rien suggérer - Plusieurs réponses possibles - Relancer une seule fois

001 Médecin généraliste ou un médecin de famille

002 Psychiatre

003 Autre médecin spécialiste

004 Psychologue

005 « Psy » dont ne sait pas s'il est psychiatre, psychologue ou autre psychothérapeute

006 Infirmier(e)

007 Kinésithérapeute

008 Autre professionnel de santé

009 Travailleur social (éducateur, assistante sociale...)

010 Quelqu'un qui pratique la médecine par les plantes, l'homéopathie, l'acupuncture...

013 Quelqu'un qui pratique l'ésotérisme, la voyance, l'astrologie, le travail sur les énergies...

011 Quelqu'un qui pratique la médecine traditionnelle tels que guérisseur, rebouteux, magnétiseur, marabout, griot, exorciste...

012 Religieux

998 Autres professionnels (préciser)

999 *** (NSP) Item exclusif

997 *** (Refus d'en parler) Item exclusif

◆ Exclusive

C02. D'après vous, existe-t-il des traitements qui permettent de soigner la dépression ?

1 Oui

0 Non

2 *** (NSP)

3 *** (Refus d'en parler)

◆ Si C02 = Oui

◆ Multiple - Ouverte

C02A. Lesquels ?

★ Enquêteur : ne rien suggérer - Plusieurs réponses possibles - Relancer une seule fois

001 Psychothérapie

002 Antidépresseurs sans précision

003 Anxiolytiques ou tranquillisants sans précision

004 Médicaments pour les nerfs sans précision

005 L'interviewé cite le(s) nom(s) d'un médicament : préciser dans la question suivante

006 Soutien psychologique

007 Informations ou éducation thérapeutique sur la maladie, les traitements...

008 Exercices de relaxation, de méditation

009 Massage, manipulation corporelle

010 Médecines douces (plantes, homéopathie, acupuncture...)

011 Millepertuis ou hypericum perforatum

012 Pratiques ésotériques (voyance, astrologie, travail sur les énergies...)

013 Pratiques traditionnelles, rituels (guérisseur, rebouteux, magnétiseur, marabout, griot, exorciste...)

014 Pratiques religieuses (prières...)

015 Prise en charge socio-éducative

- 016 sismothérapie, électrochocs
 017 Photothérapie ou traitement par la lumière
 018 Exercice physique
 019 Conseils nutritionnels
 998 Autres traitements (préciser)
 999 *** (NSP) Item exclusif
 997 *** (Refus d'en parler) Item exclusif

◆ Si C02A = 005

◆ Multiple - Ouverte

**C03B. Enquêteur : préciser le nom
du ou des médicaments**

- | | | | |
|-----|----------------|-----|---------------|
| 101 | Alprazolam® | 145 | Largactil® |
| 102 | Amisulpride® | 146 | Laroxyl® |
| 103 | Anafranil® | 147 | Léponex® |
| 104 | Anxyrex® | 148 | Lexomil® |
| 105 | Atarax® | 149 | Lidène® |
| 106 | Athymil® | 150 | Lithium® |
| 107 | Atrium® | 151 | Lorazepam® |
| 108 | Bromazepam® | 152 | Loxapac® |
| 109 | Buspar® | 153 | Ludiomil® |
| 110 | Bupirone® | 154 | Lysanxia® |
| 111 | Butabarbital® | 155 | Marsilid® |
| 112 | Carbamazépine® | 156 | Melleril® |
| 113 | Citalopram® | 157 | Meprobamate® |
| 114 | Clédial® | 158 | Mépronizine® |
| 115 | Clomipramine® | 159 | Méréprine® |
| 116 | Clopixol® | 160 | Miansérine® |
| 117 | Conflictan® | 161 | Moclobémide® |
| 118 | Covatine® | 162 | Moclamine® |
| 119 | Défanyl® | 163 | Modécate® |
| 120 | Dépakote® | 164 | Moditen® |
| 121 | Dépamide® | 165 | Mogadon® |
| 122 | Deroxat® | 166 | Motival® |
| 123 | Diazepam® | 167 | Neuleptil® |
| 124 | Dipipéron® | 168 | Neurolithium® |
| 125 | Divarius® | 169 | Noctamide® |
| 126 | Dogmatil® | 170 | Noctran® |
| 127 | Donormyl® | 171 | Noctyl® |
| 128 | Effexor® | 172 | Nopron® |
| 129 | Elavil® | 173 | Nordaz® |
| 130 | Equanil® | 174 | Noriel® |
| 131 | Floxyfral® | 175 | Normison® |
| 132 | Fluanxol® | 176 | Norset® |
| 133 | Fluoxétine® | 177 | Novazam® |
| 134 | Fluvoxamine® | 178 | Nozinan® |
| 135 | Halcion® | 179 | Nuctalon® |
| 136 | Haldol® | 180 | Paroxétine® |
| 137 | Havlane® | 181 | Pertofran® |
| 138 | Humoryl® | 182 | Phénergan® |
| 139 | Imovane® | 183 | Piportil® |
| 140 | Insidon® | 184 | Pragmarel® |
| 141 | Insomnyl® | 185 | Prazinil® |
| 142 | Ivadal® | 186 | Prothiaden® |
| 143 | Ixel® | 187 | Prozac® |
| 144 | Kinupril® | 188 | Quietiline® |
| | | 189 | Quitaxon® |
| | | 190 | Risperdal® |
| | | 191 | Rohypnol® |
| | | 192 | Sémap® |
| | | 193 | Seresta® |
| | | 194 | Seriel® |
| | | 195 | Séroplex® |
| | | 196 | Séropam® |
| | | 197 | Sinéquan® |
| | | 198 | Solian® |
| | | 199 | Stablon® |
| | | 200 | Stilnox® |
| | | 201 | Stresam® |
| | | 202 | Sulpiride® |

- 203 Surmontil®
 204 Survector®
 205 Synédil®
 206 Tégretol®
 207 Temesta®
 208 Téralithe®
 209 Tercian®
 210 Teyssestre®
 211 Théralène®
 212 Tofranil®
 213 Tranxene®
 214 Trilifan®
 215 Urbanyl®
 216 Valium®
 217 Veratran®
 218 Victan®
 219 Vivalan®
 220 Xanax®
 221 Zoloft®
 222 Zolpidem®
 223 Zopiclone®
 224 Zyprexa®
 998 Autres (préciser)
 999 *** (NSP) Item exclusif
 997 *** (Refus d'en parler) Item exclusif
 ◆ Exclusive

C03. D'après vous, existe-t-il des lieux, des établissements ou des structures qui peuvent aider une personne dépressive ?

- 1 Oui
 0 Non
 2 *** (NSP)
 3 *** (Refus d'en parler)

◆ Si C03 = Oui

◆ Multiple - Ouverte

C03A. Lesquels ?

★ Enquêteur : ne rien suggérer -
 Plusieurs réponses possibles

- 001 Association
 012 Centre d'accueil
 002 Centre de crise
 003 Centre de jour ou hôpital de jour
 004 Centre médico-psychologique (CMP)
 008 Groupe d'entraide
 005 Hôpital général (ou clinique)
 007 Hôpital psychiatrique
 009 Ligne téléphonique d'aide ou d'écoute
 011 Maison de repos
 010 Site Internet
 006 Urgences d'un hôpital
 998 Autres (préciser)
 999 *** (NSP) Item exclusif
 997 *** (Refus d'en parler) Item exclusif
 ◆ Exclusive

C05. Si l'un de vos proches faisait une dépression, lui diriez-vous de faire appel à une aide extérieure ?

- 1 Oui
 0 Non
 2 *** (NSP)
 3 *** (Refus d'en parler)

◆ Si C05 = Oui

◆ Multiple - Ouverte

C06. Si l'un de vos proches faisait une dépression, qui lui diriez-vous d'aller voir ?

★ Enquêteur : ne rien suggérer -
 Plusieurs réponses possibles

- 001 Médecin généraliste ou un médecin de famille
 002 Psychiatre
 003 Autre médecin spécialiste
 004 Psychologue
 005 « Psy » dont ne sait pas s'il est psychiatre, psychologue ou autre psychothérapeute
 006 Infirmier(e)
 007 Kinésithérapeute
 008 Autre professionnel de santé
 009 Travailleur social (éducateur, assistante sociale...)
 010 Quelqu'un qui pratique la médecine par les plantes, l'homéopathie, l'acupuncture, l'énergétique...
 011 Quelqu'un qui pratique la médecine traditionnelle tels que guérisseur, rebouteux, magnétiseur, marabout, griot, exorciste...
 012 Religieux
 998 Autres professionnels (préciser)
 999 *** (NSP) Item exclusif
 997 *** (Refus d'en parler) Item exclusif
 ◆ Exclusive

C09. De façon générale, vous considérez-vous comme dépressif(ve) ?

- 1 Oui
 0 Non
 2 *** (NSP)
 3 *** (Refus d'en parler)

◆ Si C09 = Non

◆ Exclusive

C07. Si vous faisiez une dépression, feriez-vous appel à une aide extérieure ?

- 1 Oui
 0 Non
 2 *** (NSP)
 3 *** (Refus d'en parler)

◆ Si C07 = Oui

◆ Multiple - Ouverte

C08. Si vous faisiez une dépression, qui iriez-vous voir ?

★ Enquêteur : ne rien suggérer -

Plusieurs réponses possibles

- 001 Médecin généraliste ou un médecin de famille
 - 002 Psychiatre
 - 003 Autre médecin spécialiste
 - 004 Psychologue
 - 005 « Psy » dont ne sait pas s'il est psychiatre, psychologue ou autre psychothérapeute
 - 006 Infirmier(e)
 - 007 Kinésithérapeute
 - 008 Autre professionnel de santé
 - 009 Travailleur social (éducateur, assistante sociale...)
 - 010 Quelqu'un qui pratique la médecine par les plantes, l'homéopathie, l'acupuncture, l'énergétique...
 - 011 Quelqu'un qui pratique la médecine traditionnelle tels que guérisseur, rebouteux, magnétiseur, marabout, griot, exorciste...
 - 012 Religieux
 - 998 Autres professionnels (préciser)
 - 999 *** (NSP) Item exclusif
 - 997 *** (Refus d'en parler) Item exclusif
- ◆ *Exclusive*

C011. Vous-même, pensez-vous être très bien informé, plutôt bien informé, plutôt mal informé ou très mal informé sur la dépression ?

★ Enquêteur : relance en 2 si bien informé ou mal informé sans précision

- 1 Très bien informé
 - 2 Plutôt bien informé
 - 3 Plutôt mal informé
 - 4 Très mal informé
 - 5 *** (NSP)
 - 6 *** (Refus d'en parler)
- ◆ *Exclusive*

C012. D'une manière générale, pensez-vous qu'un livret d'information sur la dépression et les aides possibles pourrait être utile ?

★ Enquêteur : relance en 2 si oui ou non sans précision

- 1 Oui, tout à fait
 - 2 Oui, plutôt
 - 3 Non, plutôt pas
 - 4 Non, pas du tout
 - 5 *** (NSP)
 - 6 *** (Refus d'en parler)
- ◆ *Exclusive*

C013. Pensez-vous qu'un site Internet d'information sur la dépression et les aides possibles pourrait être utile ?

★ Enquêteur : relance en 2 si oui ou non sans précision

- 1 Oui, tout à fait
 - 2 Oui, plutôt
 - 3 Non, plutôt pas
 - 4 Non, pas du tout
 - 5 *** (NSP)
 - 6 *** (Refus d'en parler)
- ◆ *Exclusive*

C014. Pensez-vous qu'une ligne d'aide téléphonique sur la dépression et les aides possibles pourrait être utile ?

★ Enquêteur : relance en 2 si oui ou non sans précision

- 1 Oui, tout à fait
 - 2 Oui, plutôt
 - 3 Non, plutôt pas
 - 4 Non, pas du tout
 - 5 *** (NSP)
 - 6 *** (Refus d'en parler)
- ◆ *Exclusive*

C04. Connaissez-vous la différence entre un psychologue et un psychiatre ?

- 1 Oui
- 0 Non
- 2 *** (NSP)
- 3 *** (Refus d'en parler)

ATTITUDES - OPINIONS

Nous allons maintenant évoquer votre opinion sur la dépression et les professionnels de santé. Il s'agit bien d'exprimer votre point de vue et non l'opinion des gens en général. Pour chacune des opinions que je vais vous citer, vous me direz si vous êtes tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt pas d'accord ou pas du tout d'accord.

◆ *OP1 à OP52 en aléatoire*◆ *Exclusive***OP1. Une personne qui fait une dépression souffre**

★ Enquêteur : relance en 2 si d'accord ou pas d'accord sans précision - Une seule relance si (NSP)

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 Plutôt d'accord
- 3 Plutôt pas d'accord
- 4 Pas du tout d'accord

- 5 *** (NSP)
6 *** (Refus d'en parler)
-
- OP2. Les proches d'une personne dépressive souffrent
-
- OP3. La dépression, il n'y a pas de mot pour en parler, c'est une sensation trop personnelle
-
- OP4. La dépression est une maladie
-
- OP5. La dépression est un problème social
-
- OP6. Par rapport aux gens qui ont une vraie maladie physique, une personne dépressive ne va pas si mal
-
- OP7. Une personne dépressive souffre d'un trouble psychique
-
- OP8. Une personne dépressive est une personne qui n'a pas de volonté
-
- OP9. La dépression ça vient comme ça, on ne sait pas pourquoi
-
- OP10. La dépression est causée par des aspects biologiques ou physiologiques
-
- OP11. La dépression est causée uniquement par des événements extérieurs à la personne
-
- OP12. Même si on est jeune, on peut être dépressif
-
- OP13. La dépression est une maladie de femmes
-
- OP14. Il est possible de guérir complètement d'une dépression
-
- OP15. Une personne qui fait une dépression peut s'en sortir toute seule
-
- OP16. Pour guérir de la dépression, il faut en connaître les causes
-
- OP17. On a le droit d'aller mal, de ressentir des choses négatives
-
- OP18. Faire une dépression, c'est culpabilisant
-
- OP19. Les personnes dépressives se complaisent dans leur état
-
- OP20. Quand on fait une dépression, il est risqué d'en parler à ses collègues de travail
-
- OP21. Si on est dépressif, il est risqué d'en parler au médecin du travail
-
- OP22. Si on est dépressif, il est risqué d'en parler à son médecin généraliste ou son médecin de famille
-
- OP23. Il est honteux de parler de ses problèmes « psy » à un professionnel
-
- OP24. Avoir des problèmes de dépression c'est suffisamment grave pour solliciter l'aide de quelqu'un
-
- OP25. Il vaut mieux résoudre ses problèmes de dépression seul
-
- OP26. Quand on est dépressif, on connaît la cause de ses problèmes, c'est inutile d'en parler
-
- OP27. Les médecins généralistes sont motivés pour soigner les problèmes « psy »
-
- OP28. Les médecins généralistes sont compétents pour soigner les problèmes « psy »
-
- OP29. Les « psy » sont des personnes froides et silencieuses
-
- OP30. Les « psy » sont des professionnels de santé comme les autres
-
- OP31. Tous les « psy » ne sont pas pareils et il est important d'en rencontrer plusieurs avant d'en trouver un qui nous convienne
♦ Si C04 = Oui
-
- OP32. Voir un psychologue c'est mieux que de voir un psychiatre
-
- OP33. Quand on va voir un « psy » c'est qu'on est fou
-
- OP34. C'est plus facile de prendre des médicaments pour les nerfs que d'aller voir un « psy »
-
- OP35. Il est honteux d'aller chez un « psy »
-
- OP36. Aller voir un « psy » c'est du luxe

- OP37. Quand les séances de psychothérapie sont remboursées, ça veut dire que la psychothérapie est plus efficace
- OP38. C'est en en parlant que l'on peut régler ses problèmes
- OP39. Aller chez un « psy », c'est raconter sa vie pendant des heures sans qu'il y ait d'échange
- OP40. Une psychothérapie ça dure longtemps, plusieurs années
- OP41. Une psychothérapie ça coûte trop cher
- OP42. L'efficacité des psychothérapies a été prouvée
- OP43. En faisant une psychothérapie, on risque d'être manipulé
- OP44. Les antidépresseurs rendent dépendants, comme les drogues
- OP45. Les antidépresseurs ne soignent pas en profondeur mais traitent seulement en superficie
- OP46. Les antidépresseurs créent un état artificiel, on n'est plus soi-même
- OP47. L'efficacité des antidépresseurs a été prouvée
- OP48. Les antidépresseurs ont de nombreux effets secondaires
- OP49. Les électrochocs, c'est dépassé
- OP50. Certains traitements à base de plantes peuvent soulager les personnes dépressives
- OP51. Voir un psychanalyste c'est mieux que de voir un autre « psy »
- OP52. La dépression est un coup de blues passerager

ÉVÉNEMENTS DE VIE

Je vais maintenant vous poser des questions sur des événements que vous auriez pu vivre au cours de votre vie. Pour chaque événement que je vais vous citer, vous me direz si vous avez vécu ce type d'événement et l'âge que vous aviez lorsque cet événement s'est produit.

◆ *Exclusive*

EV1A. Le décès de votre père ou de votre mère

Avez-vous personnellement vécu cet événement ?

- 1 Oui
0 Non
2 *** (NSP)
3 *** (Refus d'en parler)

◆ *Si EV1A = Oui*

◆ *Numérique*

EV1B. Quel âge aviez-vous la première fois que cet événement s'est produit ?

- 99 *** (NSP)
97 *** (Refus d'en parler)
◆ *Doit être compris entre 0 et 75*
◆ *Test de cohérence avec S2*

EV2A. Des conflits sérieux entre vos parents

EV3A. La séparation ou le divorce de vos parents

EV4A. Des conflits avec votre famille proche

EV5A. Le décès de votre conjoint ou partenaire

EV6A. Des difficultés sexuelles importantes dans votre couple

EV7A. Des conflits sérieux avec votre conjoint ou partenaire

EV8A. Une séparation ou un divorce

EV10A. Une maladie physique d'un membre de votre famille proche

EV11A. Une maladie psychique d'un membre de votre famille proche

EV12A. Le décès d'un de vos enfants

EV13A. Un renvoi professionnel, un licenciement ou une mise en chômage technique

◆ Si S10A ⇨ Oui et S10.2 ⇨ 002, 003, 004 ajouter l'item :

4 *** (N'a jamais travaillé)

EV14A. Le fait de vous retrouver involontairement sans emploi pendant 3 mois ou plus

◆ Si EV13A ⇨ 3

EV15A. Un accident du travail

◆ Si S10A ⇨ Oui et S10.2 ⇨ 002, 003, 004 ajouter l'item :

4 *** (N'a jamais travaillé)

◆ Si EV13A ⇨ 3 et EV15A ⇨ 3

EV16A. Un arrêt de travail important, d'un mois ou plus

◆ Si S10A ⇨ Oui et S10.2 ⇨ 002, 003, 004 ajouter l'item :

4 *** (N'a jamais travaillé)

◆ Si EV13A ⇨ 3 et EV15A ⇨ 3 et EV16A ⇨ 3

EV17A. Un échec professionnel

◆ Si S10A ⇨ Oui et S10.2 ⇨ 002, 003, 004 ajouter l'item :

4 *** (N'a jamais travaillé)

◆ Si EV13A ⇨ 3 et EV15A ⇨ 3 et EV16A ⇨ 3 et EV17A ⇨ 3

EV18A. Une promotion professionnelle

◆ Si S10A ⇨ Oui et S10.2 ⇨ 002, 003, 004 ajouter l'item :

4 *** (N'a jamais travaillé)

◆ Si EV13A ⇨ 3 et EV15A ⇨ 3 et EV16A ⇨ 3 et EV17A ⇨ 3 et EV18A ⇨ 3

EV20A. Des conflits professionnels avec la hiérarchie ou les collègues

◆ Si S10A ⇨ Oui et S10.2 ⇨ 002, 003, 004 ajouter l'item :

4 *** (N'a jamais travaillé)

EV21A. Des problèmes financiers

EV22A. Le décès d'un être cher en dehors de ceux que nous avons déjà évoqués *(père, mère, conjoint, enfant)**

EV23A. Des conflits sérieux avec un ou des voisins

EV24A. Un conflit avec la société comme un délit, un procès, de la prison, etc.

EV25A. Le fait d'être sans domicile pendant un certain temps

EV26A. Une maladie physique importante

EV27A. Une dépression

EV28A. Une déprime

EV29A. Une maladie psychique autre que la dépression ou la déprime

EV30A. Une tentative de suicide

◆ Si S1 = homme

EV31A. Un avortement ou une fausse-couche de votre partenaire

◆ Si BSA2 ⇨ 0 ou 2

EV32A. Des problèmes d'alcool

EV33A. Des problèmes de drogue

EV34A. Un handicap

EV35A. Des violences provenant d'un proche

EV36A. Des violences provenant d'une personne connue mais pas proche

EV37A. Des violences provenant d'une personne inconnue

EV38A. Avez-vous personnellement commis des violences ?

EV40A. Avez-vous personnellement essayé d'avoir un enfant sans y parvenir ?

◆ Si EV1A = Oui ou EV2A = Oui ou ... EV38A = Oui

◆ Multiple

EV39. Parmi les événements que vous avez vécus et dont nous venons de parler, quels sont ceux qui vous ont particulièrement marqué ?

★ Enquêteur : Ne pas citer - Plusieurs réponses possibles - Si un seul événement vécu, reformuler « Cet événement vous a-t-il particulièrement marqué ? »

◆ **Afficher les items en fonction de la réponse aux EV1A à EV38A**

- 01 Le décès de votre père ou de votre mère Si EV1A = Oui
- 02 Les conflits sérieux entre vos parents Si EV2A = Oui
- 03 La séparation ou le divorce de vos parents Si EV3A = Oui
- 04 Les conflits avec votre famille proche etc.
- 05 Le décès de votre conjoint ou partenaire
- 06 Les difficultés sexuelles importantes dans votre couple
- 07 Les conflits sérieux avec votre conjoint ou partenaire
- 08 La séparation ou le divorce
- 10 La maladie physique d'un membre de votre famille proche
- 11 La maladie psychique d'un membre de votre famille proche
- 12 Le décès d'un de vos enfants
- 13 Le renvoi professionnel, le licenciement ou la mise en chômage technique
- 14 Le fait de vous retrouver involontairement sans emploi pendant 3 mois ou plus
- 15 L'accident du travail
- 16 L'arrêt de travail important
- 17 L'échec professionnel
- 18 La promotion professionnelle
- 20 Les conflits professionnels avec la hiérarchie ou les collègues
- 21 Les problèmes financiers
- 22 Le décès d'un être cher
- 23 Les conflits sérieux avec un ou des voisins
- 24 Le conflit avec la société comme un délit, un procès, de la prison, etc.
- 25 Le fait d'être sans domicile pendant un certain temps
- 26 La maladie physique importante
- 27 La dépression
- 28 La déprime
- 29 La maladie psychique autre que la dépression ou la déprime
- 30 La tentative de suicide
- 31 L'avortement ou la fausse-couche
- 32 Les problèmes d'alcool
- 33 Les problèmes de drogue
- 34 Le handicap
- 35 Les violences provenant d'un proche
- 36 Les violences provenant d'une personne connue mais pas proche

- 37 Les violences provenant d'une personne inconnue
- 38 Les violences que vous avez commises
- 40 Le fait d'avoir essayé d'avoir un enfant sans y parvenir
- 41 *** (L'interviewé cite spontanément un 1^{er} autre événement que ceux évoqués : préciser)
- 42 *** (L'interviewé cite spontanément un 2^e autre événement que ceux évoqués : préciser dans la question suivante)
- 39 *** (Aucun en particulier) Item exclusif
- 99 *** (NSP) Item exclusif
- 97 *** (Refus d'en parler) Item exclusif

◆ Si EV39 = 42

◆ *Ouverte*

EV39A. Enquêteur : Préciser le 2ème événement évoqué par l'interviewé.

★ 000 Noter en clair

◆ Si EV39 = 41

◆ *Numérique*

EV41B. Quel âge aviez-vous la première fois que cet événement s'est produit ?

◆ **Afficher EV39 item ouvert**

- 99 *** (NSP)
- 97 *** (Refus d'en parler)
- ◆ *Doit être compris entre 0 et 75*
- ◆ *Test de cohérence avec S2*

◆ Si EV39 = 42

◆ *Numérique*

EV42B. Quel âge aviez-vous la première fois que cet événement s'est produit ?

◆ **Afficher EV39A**

- 99 *** (NSP)
- 97 *** (Refus d'en parler)
- ◆ *Doit être compris entre 0 et 75*
- ◆ *Test de cohérence avec S2*

SOUTIEN SOCIAL

Je vais maintenant vous poser des questions sur votre entourage.

◆ *Exclusive*

SSI. Sur combien de personnes, suffisamment proches, pouvez-vous compter en cas de problèmes personnels importants ?

- 1 Aucune
- 2 Une ou deux

- 3 Trois à cinq
 4 Plus de cinq
 5 *** (NSP)
 6 *** (Refus d'en parler)
 ◆ Exclusive

SS2. Avez-vous un confident ou une confidente, c'est-à-dire quelqu'un à qui parler de vos sentiments ou de vos préoccupations personnelles ?

- 1 Oui
 0 Non
 2 *** (NSP)
 3 *** (Refus d'en parler)
 ◆ Exclusive

SS3. Connaissez-vous quelqu'un sur qui vous pouvez vraiment compter en cas de crise ?

- 1 Oui
 0 Non
 2 *** (NSP)
 3 *** (Refus d'en parler)
 ◆ Exclusive

SS4. Connaissez-vous quelqu'un sur qui vous pouvez vraiment compter lorsque vous avez à prendre des décisions personnelles importantes ?

- 1 Oui
 0 Non
 2 *** (NSP)
 3 *** (Refus d'en parler)
 ◆ Exclusive

SS5. Avez-vous quelqu'un qui vous fait sentir qu'il vous aime et qu'il tient à vous ?

- 1 Oui
 0 Non
 2 *** (NSP)
 3 *** (Refus d'en parler)

SIGNALÉTIQUE

Pour terminer, je vais vous poser quelques questions d'ordre général

- ◆ Si S10C = Oui ou S10.4 = 006
 ◆ Multiple

S13. Depuis combien de temps êtes-vous...

- ◆ Si S10C = Oui ...au chômage ?
 ◆ Si S10.4 = 006 ...en recherche d'emploi ?

★ Enquêteur : ne rien suggérer
 ~ 2 réponses possibles

- 1 Réponse en JOURS
 2 Réponse en MOIS
 3 Réponse en ANNÉES
 4 *** (NSP/Refus) Item exclusif

- ◆ Si S13 = 1
 ◆ Numérique

S13A. (Depuis combien de temps êtes-vous au chômage / en recherche d'emploi ?)

★ Enquêteur : Saisir le nombre de JOURS
 ◆ Doit être compris entre 1 et 30

- ◆ Si S13 = 2
 ◆ Numérique

S13B. (Depuis combien de temps êtes-vous au chômage / en recherche d'emploi ?)

★ Enquêteur : Saisir le nombre de MOIS
 ◆ Doit être compris entre 1 et 24

- ◆ Si S13 = 3
 ◆ Numérique

S13C. (Depuis combien de temps êtes-vous au chômage / en recherche d'emploi ?)

★ Enquêteur : Saisir le nombre d'ANNÉES
 ◆ Doit être compris entre 1 et 20
 ◆ Test de cohérence avec (S2 - 16)
 ◆ Si (S10A = 1) ou (S10.2 = 002, 003 ou 004) ou (S10C = 1) ou (S10.4 = 001, 002, 005 ou 006)

◆ Ouverte

S14. Quelle..

- ◆ Si S10A = 1 ou S10.2 = 002, 003 ou 004

est votre profession ?

- ◆ Si S10C = 1 ou S10.4 = 001, 002, 005 ou 006

était votre dernière profession ?

- ◆ Faire un affichage de la situation actuelle à partir de S10A, S10C, S10.2 et S10.4

★ Enquêteur : Si retraité : coder retraite (ancien.....)
 ★ Si apprentissage, formation en alternance ou stage : coder la profession occupée en tant qu'apprentis, pendant la formation ou le stage
 ★ Si formation continue : coder la profession exercée avant la formation
 ★ Si chômeur, en recherche d'emploi,

au foyer, en congé parental : coder la dernière profession exercée

★ Liaison avec la base des CSP

★ CSP en clair + recode en 8 postes + recode en 10 postes + recode en 24 postes + recode en 42 postes

◆ *Exclusive - Ouverte*

S15. Quel est le diplôme le plus élevé que vous avez obtenu ?

- 001 Aucun diplôme
- 002 Certificat d'études primaires
- 003 CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle
- 004 Brevet des collèges, BEPC
- 005 BEP : Brevet d'Enseignement Professionnel
- 006 Baccalauréat d'Enseignement TECHNIQUE
- 007 Baccalauréat d'Enseignement PROFESSIONNEL
- 008 Baccalauréat d'Enseignement GÉNÉRAL
- 009 Bac + 2 (DEUG, DUT, BTS)
- 010 Bac + 3 (Licence - 1^{re} année du 2^e cycle de l'enseignement supérieur)
- 011 Bac + 4 (maîtrise - dernière année du 2^e cycle de l'enseignement supérieur)
- 012 Bac + 5 ou plus (3^e cycle de l'enseignement supérieur : DEA, DESS, MBA...)
- 013 Bac +8 ou plus (doctorat, post-doctorat...)
- 014 Diplôme d'une grande école / École d'ingénieur
- 998 Autre diplôme (préciser)
- 999 *** (NSP/Refus)

◆ *Exclusive*

S16. Dans quelle tranche environ se situe la somme totale des revenus nets par mois de toutes les personnes vivant avec vous, y compris les revenus autres que salariaux : allocations, rentes, bénéfices industriels commerciaux, bénéfices non commerciaux, bénéfices agricoles :

★ Enquêteur : énumérer

- 01 Moins de 300 € (moins de 2 000 F)
- 02 De 300 à moins de 600 € (de 2 000 à moins de 4 000 F)
- 03 De 600 à moins de 900 € (de 4 000 à moins de 5 900 F)
- 04 De 900 à moins de 1 200 € (de 5 900 à moins de 7 900 F)
- 05 de 1 200 à moins de 1 500 € (de 7 900 à moins de 10 000 F)
- 06 de 1 500 à moins de 1 800 € (de 10 000 à moins de 11 800 F)
- 07 de 1 800 à moins de 2 000 € (de 11 800 à moins de 13 100 F)
- 08 de 2 000 à moins de 3 000 € (de 13 100 à moins de 20 000 F)
- 09 de 3 000 à 6 000 € (de 20 000 à 40 000 F)
- 10 Plus de 6 000 € (Plus de 40 000 F)
- 99 *** (NSP/Refus)

◆ *Exclusive*

S17. Percevez-vous, à titre personnel, des allocations ou des aides sociales ?

- 1 Oui
- 0 Non
- 2 *** (NSP/Refus)

◆ *Si S17 = Oui*

◆ *Multiple - Ouverte*

S17A. Laquelle ou lesquelles ?

★ Enquêteur : ne rien suggérer - plusieurs réponses possibles

- 001 Aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée
- 002 Prestation d'accueil jeune enfant (Paje)
- 003 Allocation d'adoption
- 004 Allocation adulte handicapé
- 021 Allocation chômage
- 005 Allocation compensatrice tierce personne
- 006 Allocation d'éducation spéciale (enfant handicapé)
- 007 Allocation familiale
- 008 Allocation de garde d'enfant à domicile
- 009 Allocation d'insertion
- 010 Allocation logement (APL, ALS, ALF)
- 011 Allocation de parent isolé
- 012 Allocation parentale d'éducation
- 013 Allocation de présence parentale
- 014 Allocation solidarité spécifique (ASS)
- 015 Allocation de soutien familial
- 016 Allocation supplémentaire d'invalidité - Fond spécial d'invalidité
- 017 Allocation supplémentaire vieillesse - Fond de solidarité vieillesse
- 018 Allocation veuvage
- 019 Complément familial
- 020 RMI
- 998 Autre (préciser)
- 999 *** (NSP/Refus) Item exclusif

◆ *Multiple*

S18. Pour la prise en charge de vos frais médicaux, bénéficiez-vous :

★ Enquêteur : Citer - Plusieurs réponses possibles

- 1 De la CMU, Couverture Maladie Universelle
- 2 De la CMUC, Couverture Maladie Universelle Complémentaire
- 3 De l'Aide Médicale d'État *** (AME) Item exclusif
- 4 De la Sécurité sociale ou de la MSA
- 5 D'une mutuelle complémentaire
- 6 *** (Aucune protection sociale) Item exclusif
- 7 *** (NSP/Refus) Item exclusif

◆ *Exclusive*

S19A. Êtes-vous né...

★ Enquêteur : énumérer

- 01 En France métropolitaine *** (Corse incluse)
 02 Dans les Dom / Tom
 03 Dans un autre pays d'Europe
 04 En Afrique du nord
 05 En Afrique noire
 06 En Amérique du nord
 07 En Amérique du sud
 08 En Asie
 09 En Océanie
 10 En Proche ou Moyen Orient
 11 *** (NSP)
 12 *** (Refus d'en parler)
 ◆ Exclusive

S19B. Et votre père est-il né...

★ Enquêteur : énumérer

- 01 En France métropolitaine *** (Corse incluse)
 02 Dans les Dom / Tom
 03 Dans un autre pays d'Europe
 04 En Afrique du nord
 05 En Afrique noire
 06 En Amérique du nord
 07 En Amérique du sud
 08 En Asie
 09 En Océanie
 10 En Proche ou Moyen Orient
 11 *** (NSP)
 12 *** (Refus d'en parler)
 ◆ Exclusive

S19C. Et votre mère est-elle née...

★ Enquêteur : énumérer

- 01 En France métropolitaine *** (Corse incluse)
 02 Dans les Dom / Tom
 03 Dans un autre pays d'Europe
 04 En Afrique du nord
 05 En Afrique noire
 06 En Amérique du nord
 07 En Amérique du sud
 08 En Asie
 09 En Océanie
 10 En Proche ou Moyen Orient
 11 *** (NSP)
 12 *** (Refus d'en parler)
 ◆ Exclusive

S20. Avez-vous une religion ?

- 1 Oui
 0 Non
 2 *** (NSP)
 3 *** (Refus d'en parler)

◆ Si S20 = Oui

◆ Exclusive

S20A. Laquelle ?

★ Enquêteur : ne rien suggérer - Une seule réponse possible

- 001 Bouddhiste
 002 Catholique
 003 Hindouiste
 004 Israélite
 005 Musulmane
 006 Orthodoxe
 007 Protestante
 008 Témoin de Jehova
 998 Autres (préciser)
 999 *** (NSP)
 997 *** (Refus d'en parler)

◆ Si S20 = Oui

◆ Exclusive

S20B. Toujours par rapport à la religion, diriez-vous que...

★ Enquêteur : énumérer

- 1 Vous ne pratiquez pas
 2 Vous pratiquez de temps en temps
 3 Vous pratiquez régulièrement
 4 *** (NSP)
 5 *** (Refus d'en parler)

◆ Si S20B = 2 ou 3

◆ Exclusive

S20C. Le plus souvent, pratiquez-vous...

★ Enquêteur : énumérer

- 1 Seul, chez vous
 2 Avec d'autres personnes, chez vous
 3 Dans des lieux de culte
 4 *** (NSP)
 5 *** (Refus d'en parler)

◆ Si ED1 = Oui ou SC5 = Souvent ou parfois

◆ Sinon → aller en COM01

◆ (Si ED1 = Oui ou SC5 = Souvent ou parfois)

◆ Exclusive

S21. Pour terminer, seriez-vous d'accord pour participer prochainement à un nouvel entretien téléphonique afin d'approfondir avec vous ce que vous avez évoqué aujourd'hui ?

- 1 Oui
 0 Non
 2 *** (NSP)

◆ (Si ED1 = Oui ou SC5 = Souvent ou parfois)

◆ Exclusive

S21A. Et accepteriez-vous de participer prochainement à un autre entretien afin d'approfondir avec vous ce que vous avez évoqué aujourd'hui mais cette fois en face à face ?

*** (Une personne prendra contact avec vous par téléphone pour vous expliquer comment cela se passera et convenir d'une date avec vous)

- 1 Oui
0 Non
2 *** (NSP)

◆ Si S21 = Oui ou S21A = Oui

◆ Ouverte (avec un masque)

S21B. Pour que l'on puisse vous rappeler prochainement pour prendre rendez-vous afin de faire cet entretien, merci de m'indiquer votre nom et votre prénom ainsi que votre numéro de téléphone

Nom :

Prénom :

Téléphone :

◆ Si (ED1 = Oui ou SC5 = Souvent ou parfois) et S5 = 009

◆ Exclusive

S22. Pensez-vous que votre compagne ou compagnon serait d'accord pour participer à un entretien téléphonique sur la même thématique ?

- 1 Oui
0 Non
2 *** (NSP)

◆ Si S22 = Oui

◆ Ouverte (avec un masque)

S22A. Pour que l'on puisse le (la) rappeler prochainement pour prendre rendez-vous afin de faire cet entretien, merci de m'indiquer son nom et son prénom ainsi que le numéro de téléphone auquel il est possible de le joindre.

Nom :

Prénom :

Téléphone :

◆ Exclusive

◆ COM01 et suivantes pour les listes rouges

◆ Numérique

◆ NBLF: Combien y a-t-il de lignes téléphoniques fixes dans votre foyer, sans compter les lignes dédiées exclusivement à Internet ?

99 *** (NSP/Refus)

◆ Doit être compris entre 1 et 10

◆ Exclusive

COLR. Votre numéro de téléphone est-il dans l'annuaire ?

- 1 Oui
2 Non
9 *** (NSP/Refus)

◆ Exclusive

ENQ0. Étiez-vous seul(e) dans la pièce pour répondre à ce questionnaire ?

- 1 Oui
0 Non
2 *** (Refus)

◆ Exclusive

★ ENQ1. Enquêteur : Pensez-vous que l'interviewé(e) était vraiment seul(e) et/ou répondait librement à ce questionnaire ?

- 1 Oui
0 Non
2 *** (NSP)

◆ Exclusive

★ XFIN. Enquêteur : proposer si besoin les numéros de téléphone suivants :

Si 15-25 ans : fil santé jeunes : 0800 235 236

Psychologue de l'INPES : Béatrice

Lamboy : 01 49 33 22 87

Je vous remercie beaucoup de votre participation et je vous souhaite une excellente fin de journée

Liste des tableaux et des figures

Méthodologie de l'enquête Anadep

- 25 **Tableau I** : Récapitulatif des ménages contactés, des questionnaires complétés et des taux de refus
- 27 **Tableau II** : Coefficients de redressement appliqués pour chaque strate
- 28 **Tableau III** : Structure par sexe, âge, taille d'agglomération et région de résidence des individus, après application du poids de redressement, avec ou sans le coefficient de redressement
- 29 **Tableau IV** : Réponses aux différentes parties du questionnaire selon la présence ou l'absence de tristesse/perte d'intérêt

Prévalence de l'épisode dépressif majeur et co-morbidités

- 43 **Tableau I** : Distribution des symptômes chez les personnes ayant déclaré une humeur dépressive ou une anhédonie au cours de la vie selon le sexe
- 45 **Tableau II** : Nombre d'épisodes dépressifs au cours de la vie selon la sévérité des épisodes et le sexe
- 46 **Tableau III** : Nombre moyen d'épisodes

dépressifs selon l'âge au 1^{er} épisode et l'âge au moment de l'enquête

- 47 **Tableau IV** : Prévalence des troubles dépressifs au cours de la vie et dans les 12 derniers mois selon le sexe
- 47 **Tableau V** : Durée de l'épisode dépressif majeur au cours des 12 derniers mois selon la présence actuelle
- 48 **Tableau VI** : Prévalence au cours de la vie de l'anxiété généralisée et des différents critères selon le sexe
- 40 **Figure 1** : Algorithme du diagnostic de l'épisode dépressif majeur (EDM)
- 41 **Figure 2** : Algorithme du diagnostic de l'anxiété généralisée
- 44 **Figure 3** : Retentissement selon le nombre de symptômes lors de périodes d'humeur triste ou d'anhédonie
- 45 **Figure 4** : Prévalence de l'EDM au cours de la vie par classe d'âge et âge au premier épisode de dépression
- 49 **Figure 5** : Prévalence sur la vie des troubles isolés et co-morbides
- 50 **Figure 6** : Prévalences de l'anxiété généra-

lisée et de la consommation problématique d'alcool selon le niveau de dépression par sexe

Facteurs sociodémographiques associés à l'épisode dépressif majeur

- 61 **Tableau I** : Distribution des variables sociodémographiques selon la classe d'âge
- 64 **Tableau II** : Prévalence de l'épisode dépressif majeur au cours des 12 derniers mois selon le lieu de résidence, par sexe
- 64 **Tableau III** : Prévalence de l'épisode dépressif majeur au cours des 12 derniers mois selon la situation familiale et socioculturelle, par sexe
- 66 **Tableau IV** : Prévalence de l'épisode dépressif au cours des 12 derniers mois selon la situation socioprofessionnelle, par sexe
- 69 **Tableau V** : Prévalence de l'épisode dépressif majeur au cours des 12 derniers mois selon le type de protection sociale, par sexe
- 69 **Tableau VI** : Prévalence de l'épisode dépressif majeur au cours des 12 derniers mois selon les allocations perçues, par sexe
- 71 **Tableau VII** : Facteurs associés à l'épisode dépressif majeur des 12 derniers mois chez les 25-54 ans
- 75 **Tableau VIII** : Facteurs associés à l'épisode dépressif majeur des 12 derniers mois chez les 15-24 ans
- 77 **Tableau IX** : Facteurs associés à l'épisode dépressif majeur des 12 derniers mois chez les 55 ans et plus
- 63 **Figure 1** : Prévalence de l'épisode dépressif majeur au cours des 12 derniers mois selon l'âge et le sexe

Recours aux soins pour raisons de santé mentale

- 88 **Tableau I** : Caractéristiques de l'EDM associé au recours à un professionnel au cours de la vie, par sexe

- 90 **Tableau II** : Répartition des types de professionnels consultés au cours de la vie par les répondants qui ont eu recours aux professionnels, par sexe
- 91 **Tableau III** : Répartition de la typologie de recours aux professionnels au cours de la vie selon le sexe des répondants
- 92 **Tableau IV** : Répartition de la typologie de recours aux professionnels selon la sévérité des troubles dépressifs
- 93 **Tableau V** : Répartition de chaque type de professionnel au sein de l'ensemble des professionnels déclarés, selon le nombre de professionnels, par sexe
- 94 **Tableau VI** : Fréquence des types d'aides proposées parmi une liste par les professionnels consultés au cours de la vie selon le sexe du répondant
- 95 **Tableau VII** : Fréquence des types d'aides proposées par les professionnels selon la sévérité des troubles dépressifs
- 97 **Tableau VIII** : Répartition de chaque type de soin, selon le nombre de types de soins, par sexe
- 98 **Tableau IX** : Odds ratios montrant l'association entre les modalités de recours et les différents types de soins, ajustés sur la santé mentale, le sexe et l'âge
- 102 **Tableau X** : Associations entre les professionnels consultés et l'efficacité ressentie
- 104 **Tableau XI** : Répartition de l'efficacité ressentie des types de soins sur la diminution ou la disparition des troubles
- 105 **Tableau XII** : Effet sur les problèmes liés à la consultation des professionnels et aux traitements, selon la sévérité des troubles dépressifs
- 107 **Tableau XIII** : Caractéristiques de la consommation de médicaments psychotropes
- 108 **Tableau XIV** : Répartition de la consommation déclarée des classes de médicaments psychotropes, par sexe
- 109 **Tableau XV** : Comparaison des distributions de sexe, âge et EDM selon la consommation de médicaments psychotropes et le niveau de leur identification

- 111 **Tableau XVI** : Fréquence de consommation des médicaments psychotropes les plus courants, pour l'ensemble des médicaments déclarés et identifiés par l'utilisateur
- 111 **Tableau XVII** : Répartition des médicaments psychotropes consommés selon la classification ATC
- 112 **Tableau XVIII** : Répartition des types de psychothérapies

- 88 **Figure 1** : Taux de recours aux professionnels et nombre de types de professionnels au cours de la vie selon la sévérité des troubles dépressifs
- 103 **Figure 2** : Fréquence des types d'aide et leur efficacité relative
- 104 **Figure 3** : Efficacité attribuée aux différents types de soins en fonction de la sévérité des troubles dépressifs
- 110 **Figure 4** : Distribution de la consommation totale de médicaments psychotropes et pourcentage de médicaments non identifiés chez les personnes ayant déclaré avoir consommé des psychotropes au cours de leur vie

Attitudes et opinions vis-à-vis de la dépression

- 123 **Tableau I** : Perception générale de la dépression et de ses causes
- 124 **Tableau II** : Modèles logistiques sur certaines opinions relatives à la perception de la dépression et de ses causes
- 127 **Tableau III** : Perceptions sur les perspectives de guérison
- 128 **Tableau IV** : Modèle logistique sur la proposition « Il est possible de guérir complètement d'une dépression »
- 129 **Tableau V** : Opinions sur la légitimité de la dépression et l'opportunité d'en parler
- 130 **Tableau VI** : Modèles logistiques sur certaines opinions relatives à la légitimité de la dépression et à l'opportunité d'en parler
- 133 **Tableau VII** : Typologie des opinions relatives à la dépression

Études et enquêtes parues aux éditions de l'INPES

F. Baudier, C. Dressen, F. Alias

Baromètre santé 92

1994, 168 p.

F. Baudier, C. Dressen, D. Grizeau, M.-P. Janvrin, J. Warszawski

Baromètre santé 93/94

1995, 172 p.

J. Arènes, F. Baudier, C. Dressen, M. Rotily, J.-P. Moatti

Baromètre santé médecins généralistes 94/95

1996, 138 p.

F. Baudier, C. Dressen, J. Arènes

Baromètre santé jeunes 94

1997, 148 p.

F. Baudier, J. Arènes (dir.)

Baromètre santé adultes 95/96

1997, 288 p.

F. Baudier, M. Rotily, G. Le Bihan, M.-P. Janvrin, C. Michaud

Baromètre santé nutrition 1996 adultes

1997, 180 p.

J. Arènes, M.-P. Janvrin, F. Baudier (dir.)

Baromètre santé jeunes 97/98

1998, 328 p.

J. Arènes, P. Guilbert, F. Baudier (dir.)

Baromètre santé médecins généralistes 98/99

1999, 224 p.

J.-F. Collin

Santé et prévention. Enquête auprès des pharmaciens d'officine 98/99
1999, 64 p.

E. Godeau, C. Dressen, F. Navarro (dir.)

Les années collège. Enquête santé HBSC 1998
auprès des 11-15 ans en France

2000, 114 p.

P. Guilbert, F. Baudier, A. Gautier, A.-C. Goubert, P. Arwidson,
M.-P. Janvrin.

Baromètre santé 2000. Volume 1. Méthode

2001, 144 p.

P. Guilbert, F. Baudier, A. Gautier (dir.)

Baromètre santé 2000. Volume 2. Résultats

2001, 474 p.

P. Guilbert, A. Gautier, F. Baudier, A. Trugeon (dir.)

Baromètre santé 2000. Les comportements des 12-25 ans.

Volume 3.1 : Synthèse des résultats nationaux et régionaux

2004, 216 p.

M.-C. Bournot, A. Bruandet, C. Declercq, P. Enderlin, F. Imbert,
F. Lelièvre, P. Lorenzo, A.-C. Paillas, A. Tallec, A. Trugeon

Baromètre santé 2000. Les comportements
des 12-25 ans. Volume 3.2 : Résultats régionaux

2004, 256 p.

P. Guilbert, Perrin-Escalon H. (dir.)

Baromètre santé nutrition 2002

2004, 260 p.

A. Gautier (dir.)

Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003

2005, 276 p.

Enjeu de santé publique majeur, la dépression demeure un phénomène dont la description épidémiologique reste parcellaire.

Cet ouvrage s'appuie sur une enquête en population générale mise en œuvre par l'INPES et qui repose sur des indicateurs internationaux validés. Face aux difficultés épidémiologiques à cerner un phénomène tel que la dépression, les auteurs présentent en détail les méthodes et leurs limites, avant d'explorer les différents facteurs sociodémographiques associés à la dépression, ainsi que le recours au soin suscité par cette pathologie.

Outre la volonté de renforcer les connaissances en termes de prévalence et de facteurs associés, cette enquête met également l'accent sur les représentations et les attitudes de la population générale face à la dépression. L'ouvrage dresse ainsi un état des lieux des opinions et perceptions du public pour accompagner la mise en place d'une politique de santé publique plus efficace, car mieux comprise. S'adressant à tous les professionnels de santé, comme aux citoyens, cet ouvrage se veut une photographie de la réalité de la dépression et de ses déterminants sociaux aujourd'hui en France.



Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis cedex – France

E. Godeau, H. Grandjean, F. Navarro (dir.)

La santé des élèves de 11 à 15 ans en France/2002

Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-Aged Children, 2005, 286 p.

P. Guilbert, A. Gautier (dir.)

Baromètre santé 2005, premiers résultats

2006, 176 p.

P. Guilbert, P. Peretti-Watel, F. Beck, A. Gautier (dir.)

Baromètre cancer 2005

2006, 202 p.

N. Lydié (dir.)

Les populations africaines d'Ile-de-France face au VIH/sida.

Connaissances, attitudes, croyances et comportements

2007, 188 p.

F. Beck, P. Guilbert, A. Gautier. (dir.)

Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé

2007, 608 p.

Ménard C., Girard D., Léon C., Beck F. (dir.)

Baromètre santé environnement 2007

2008, 416 p.

Godeau E., Arnaud C., Navarro F. (dir.)

La santé des élèves de 11 à 15 ans en France/2006

2008, 276 p.

Beck F., Legleye S., Le Nézet O., Spilka S.

Atlas régional des consommations d'alcool 2005. Données INPES/OFD

2008, 264 p.

Gautier A., Jauffret-Roustide M., Jestin C. (dir.)

Enquête Nicolle 2006. Connaissances, attitudes et comportements face au risque infectieux

2008, 252 p.

Conception graphique originale **Scripta** - Céline Farez, Virginie Rio
Maquette et réalisation **Philippe Ferrero**
Photographie de couverture **Florence Maillochon**
Impression **Fabrègue**

avril 2009