

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

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

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

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

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

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

David Sapinho (dsapinho@hotmail.com)^{1,2}, Christine Chan-Chee³, Xavier Briffault⁴, Romain Guignard⁵, François Beck^{4,5}

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

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

Résumé / Abstract

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Mots clés / Key words

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

Introduction

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

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

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

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

accompagner la campagne nationale d'information sur la dépression.

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

Matériel et méthodes

Données

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

Outils

Variables sociodémographiques

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

Épisode dépressif majeur (EDM)

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

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

Période d'observation

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

Analyses statistiques

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

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

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

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

Résultats

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Discussion

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

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

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

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

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

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

* ns = non significatif

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

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

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

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

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

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

Malgré le manque de précision de la mesure, la multiplication des estimations fournies à partir d'outils semblables tend à renforcer la connaissance sur l'importance des troubles mentaux en population générale. Une méta-analyse effectuée sur les estimations issues de 17 études en population générale en Europe montre que la prévalence de la dépression au cours des 12 derniers mois s'échelonne de 3 à 10 % avec une médiane à 6,9 % [12]. En France, l'enquête ESEMeD (*European Study of Epidemiology of Mental Disorders*) réalisée entre 2001 et 2003, a mis en évidence une prévalence d'EDM de 6,0 % au cours des 12 derniers mois [6]. Une enquête sur les indicateurs de santé mentale menée en 2005 auprès de plus de 20 000 personnes dans quatre régions¹ utilisant le CIDI-SF par interview téléphonique a trouvé une prévalence d'EDM au cours des 12 derniers mois allant de 7,8 % en Haute-Normandie à 10,6 % en Île-de-France [13].

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

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

Conclusion

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

Références

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