

La dépression en France (2005-2010) : prévalence, recours au soin et sentiment d'information de la population

En population générale, selon le Baromètre santé de l'Inpes, la prévalence de l'épisode dépressif caractérisé au cours des douze derniers mois apparaît stable entre 2005 et 2010. En revanche, la part de personnes qui présentent des troubles dépressifs mais qui n'ont pas utilisé les services d'un organisme, n'ont pas consulté un professionnel de la santé ou suivi une psychothérapie, a nettement baissé, passant de 63 % en 2005 à 39 % en 2010.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les troubles mentaux constituent une des plus lourdes charges en termes de morbidité dans le monde, affectant environ 450 millions de personnes. Les souffrances engendrées par les problèmes de santé mentale ainsi que les répercussions économiques et sociales sont, de fait, considérables. Ainsi, le coût annuel cumulé des troubles mentaux aux États-Unis représenterait environ 2,5 % du produit national brut. En Europe, la part des dépenses consacrées aux troubles mentaux dans le coût total des services de santé se situerait entre 20 et 25 %, en ne tenant compte que des hospitalisations (OMS, 2011). Le Baromètre santé de l'Inpes permet, pour sa part, d'établir une estimation de la survenue de l'épisode dépressif caractérisé et de suivre cette estimation à un rythme quinquennal.

Les troubles mentaux sont susceptibles d'entraîner une souffrance psychique et/ou des retentissements sur la vie quotidienne. Ils sont répertoriés au sein de deux classifications utilisées au niveau international : la Classification internationale des maladies proposée par l'OMS (CIM-10) et le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) développé par l'Association psychiatrique américaine. Les controverses autour de leur pertinence et de la distinction entre le normal et le pathologique restent très vives (1). À partir de ces classifications, des questionnaires standardisés ont été élaborés et intégrés à des enquêtes quantitatives afin d'étudier la prévalence et les facteurs associés aux troubles mentaux. Le questionnaire *Composite International*

Diagnostic Interview - Short Form (CIDI-SF), recommandé par l'OMS, a ainsi été utilisé dans le Baromètre santé. Le recours aux mêmes méthodes et aux outils diagnostiques lors d'enquêtes répétées de santé mentale permet une surveillance temporelle de la prévalence de chacun des troubles globalement et au sein des différentes sous-populations.

Prévalence de l'épisode dépressif caractérisé et évolution par rapport à 2005

La prévalence de l'épisode dépressif caractérisé (EDC) au cours des douze derniers mois telle que mesurée par le CIDI-SF dans le cadre du Baromètre santé de l'Inpes s'élève en France, en 2010, à 7,5 % parmi les 15-85 ans. Cette prévalence est environ deux fois plus importante chez les femmes que chez les hommes. Elle est de 6,4 % parmi les 15-19 ans, 10,1 % parmi les 20-34 ans, 9,0 % parmi les 35-54 ans et 4,4 % entre 55 et 85 ans.

Parmi les 15-75 ans, cette prévalence apparaît stable par rapport à 2005

(7,8 %). Cette stabilité est observée aussi bien chez les hommes (5,6 % en 2010 *vs* 5,1 % en 2005) que chez les femmes (10,0 % en 2010 *vs* 10,4 % en 2005), et les prévalences par tranche d'âge sont elles aussi relativement stables, même s'il semble y avoir une hausse parmi les hommes de 35 à 54 ans (de 5,4 % à 7,3 % ; $p < 0,05$) (Tableau 1).

Les épisodes dépressifs caractérisés peuvent être classés en trois types selon qu'ils sont légers, moyens ou sévères, en fonction du nombre de symptômes déclarés et l'intensité du retentissement. Ainsi, en 2010, 2,8 % des personnes âgées de 15 à 75 ans ont subi dans les douze derniers mois un EDC sévère, 4,3 % un EDC d'intensité moyenne et 0,7 % un EDC léger. Ces chiffres s'avèrent également stables par rapport à 2005 (respectivement 3,0 %, 3,9 % et 0,9 %).

Facteurs associés à l'EDC parmi les 15-75 ans

Parmi les hommes, la prévalence de l'EDC est maximale parmi ceux âgés de 45 à 54 ans (10,3 %), puis diminue

Présentation du Baromètre santé 2010

Les Baromètres santé sont des enquêtes quinquennales réalisées par téléphone. Elles interrogent la population française sur ses attitudes, comportements, connaissances et opinions en matière de santé. Ces enquêtes téléphoniques de type déclaratif utilisent la technique du sondage aléatoire. En 2010, l'échantillon comprenait 27 653 individus.

Ici, l'étude porte sur les personnes ayant été identifiées comme ayant eu un épisode dépressif caractérisé par le CIDI-SF au cours des douze mois précédant l'enquête, ainsi que sur celles d'entre elles n'ayant pas eu de recours aux soins tels que définis : 1) utilisation des services d'un organisme : hôpital, association, centre, ligne téléphonique, site internet ou autre ; 2) consultation d'un professionnel : psychiatre, psychologue, médecin généraliste ou spécialiste, thérapeute, infirmière, assistante sociale ou autre ; 3) recours à une psychothérapie.

Tableau 1. Prévalence au cours des douze derniers mois de l'épisode dépressif caractérisé en population générale en France à partir des Baromètres santé 2005 et 2010.

	Ensemble		Hommes		Femmes	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
	n = 16 883	n = 8 238	n = 7 078	n = 3 686	n = 9 805	n = 4 552
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Total 15-75 ans	7,8	7,8	5,1	5,6	10,4	10,0
15-19 ans	7,0	6,4	4,5	3,7	9,7	9,3
20-34 ans	9,1	10,1	6,4	7,0	11,9	13,2
35-54 ans	8,9	9,0	5,4	7,3	12,3	10,7
55-75 ans	5,3	4,7	3,6	2,6	6,8	6,6

Source : Baromètres santé 2005 et 2010, Inpes.

Tableau 2. Personnes ayant souffert d'un épisode dépressif caractérisé dans l'année sans recours à un professionnel de santé, à un organisme ni à une psychothérapie (en pourcentage).

	Pas de recours à un professionnel de santé, à une structure de soin ni à une psychothérapie		idem + pas de recours aux médicaments psychotropes	
	2005	2010	2005	2010
Ensemble	63	39	45	32
Sexe				
Hommes	67	49	53	39
Femmes	61	33	41	28
Âge				
15-24 ans	75	49	66	44
25-44 ans	59	33	41	30
45-64 ans	56	39	37	28
65-75 ans	77	41	45	30
Statut d'activité				
Travail	60	39	44	31
Etudes	66	51	56	44
Chômage	71	40	48	35
Retraite	72	33	44	21
Autres inactifs	53	25	33	24
Profession et catégorie sociale¹				
Cadres, professions intellectuelles supérieures	52	37	41	36
Professions intermédiaires	58	34	40	26
Employés	66	34	43	26
Ouvriers	71	46	50	36
Autres	73	57	61	49

1. Chômeurs et retraités reclassés, étudiants et inactifs exclus.

Source : Baromètres santé 2005 et 2010, Inpes.

jusqu'à 3,6 % parmi les 55-64 ans et 1,0 % parmi les 65-75 ans. Le niveau de diplôme ou de revenu et la situation professionnelle ne sont pas associés à la survenue d'un EDC. En revanche, le fait de vivre seul (OR=1,8), d'avoir subi des violences au cours des douze derniers mois (OR=3,0) ou des violences sexuelles au cours de la vie (OR=2,1) est fortement associé au risque d'EDC. La consommation quotidienne de tabac est également associée aux EDC chez

les hommes, mais pas la consommation à risque d'alcool au sens de l'Audit-C.

Parmi les femmes, la prévalence de l'EDC au cours des douze derniers mois diminue globalement avec l'âge. Le fait d'être au chômage augmente la probabilité de survenue d'un EDC (OR=1,5) ; parmi les chômeuses, 17,5 % présentent les symptômes d'un tel épisode, contre moins de 10 % pour le reste de la population. Comme chez les hommes, le fait de vivre seul (OR=1,4), d'avoir subi des

violences dans les douze derniers mois (OR=2,1) ou des violences sexuelles au cours de la vie (OR=2,3) sont associés à la survenue d'un EDC. La consommation quotidienne de tabac y est également associée, mais pas la consommation d'alcool.

Un recours aux soins pour cause de dépression qui s'améliore nettement

Selon le *Baromètre santé 2010*, la part de personnes qui présentent des troubles dépressifs mais n'ont ni utilisé les services d'un organisme, ni consulté un professionnel de la santé, ni suivi une psychothérapie est de 39 % (Tableau 2). La part des personnes présentant un épisode dépressif qui ne déclarent aucun recours aux soins et qui n'ont pas non plus utilisé de médicaments psychotropes pour ces problèmes est de 32 %. On observe une baisse très nette de la part de non-recours depuis 2005, où il était de 63 %, ainsi qu'une baisse du recours aux médicaments psychotropes seuls, ce qui est un signe encourageant pour la qualité de la prise en charge de la dépression en France. Alors que seulement 20 % des personnes ayant eu un épisode dépressif caractérisé dans les douze derniers mois avaient consulté un médecin généraliste pour cette raison en 2005, ils sont désormais près de la moitié (47 %) en 2010.

Les hommes ont un recours aux soins moindre que les femmes. Cette absence de prise en charge concerne davantage les plus jeunes (15 à 24 ans) et les ouvriers. La part de personnes consommant des médicaments sans déclarer d'autres recours aux soins est particulièrement élevée pour les hommes, les personnes âgées de 45 ans ou plus et les retraités présentant un épisode dépressif. Précisons qu'entre 2001 et 2003, la France se situait dans une position moyenne parmi six pays d'Europe occidentale (Belgique, France, Italie, Pays-Bas, Espagne, Allemagne) pour ce qui est du non-recours aux soins des personnes ayant des troubles de l'humeur (dont la dépression fait partie).

Un sentiment d'information qui s'améliore, mais reste bas

La moitié de la population se sent bien informée sur la dépression, ce qui situe cette thématique fort loin de celles pour lesquelles le sentiment d'information est globalement très élevé (entre 85

Définition de l'épisode dépressif caractérisé d'après le CIDI-SF

Symptômes

- Symptômes principaux :
 - vivre une période d'au moins deux semaines consécutives en se sentant triste, déprimé ou sans espoir, pratiquement toute la journée, presque tous les jours ;
 - vivre une période d'au moins deux semaines consécutives en ayant perdu intérêt pour la plupart des choses, pratiquement toute la journée, presque tous les jours.
- Symptômes secondaires :
 - se sentir épuisé ou manquer d'énergie plus que d'habitude ;
 - avoir pris ou perdu au moins cinq kilos ;
 - avoir plus que d'habitude des difficultés à dormir ;
 - avoir beaucoup plus de mal que d'habitude à se concentrer ;
 - avoir beaucoup pensé à la mort ;
 - avoir perdu intérêt pour la plupart des choses comme les loisirs, le travail ou les activités qui donnent habituellement du plaisir.

Types de troubles

- Épisode dépressif caractérisé : au moins quatre symptômes (dont au moins un symptôme principal) et ses activités habituelles perturbées par ces problèmes.
- Épisode dépressif caractérisé léger : un maximum de cinq symptômes et ses activités légèrement perturbées.
- Épisode dépressif caractérisé sévère : un minimum de six symptômes et ses activités beaucoup perturbées.
- Épisode dépressif caractérisé : tous les cas entre légers et sévères.

et 92 %), comme le tabac, la contraception, l'alcool et le sida. Il faut toutefois souligner la hausse significative du sentiment d'information sur la dépression : 50 % en 2010 contre 45 % en 2005. Les hommes se sentent globalement moins bien informés que les femmes à propos de la dépression. Le sentiment d'information croît de façon continue avec l'âge chez les hommes comme chez les femmes, avec les deux tiers des jeunes hommes de 15-19 ans se déclarant mal informés sur la dépression alors que ce

n'est le cas que d'un tiers des 75-85 ans. Parmi les femmes, ce sentiment d'être mal informé passe de 55 % à 15-19 ans à 36 % à 75-85 ans. Le sentiment d'information n'apparaît pas lié au niveau de diplôme. En revanche, il semble moins bon parmi les personnes en détresse psychologique (au sens du MH5¹). Le statut d'activité n'apparaît pour sa part pas du tout discriminant.

Cette hausse du sentiment d'information sur la dépression s'inscrit dans le contexte de la première campagne

nationale d'information sur les troubles dépressifs à la fin de l'année 2007, et des actions qui l'ont entourée. Les données d'évaluation de la campagne avaient montré de très bonnes performances en termes de diffusion et de réception du message aussi bien auprès du grand public que des professionnels de santé interrogés. Parallèlement, l'étude d'impact du livret d'information diffusé dans le cadre de la campagne avait montré (suivi à trois mois) une évolution significative des connaissances, croyances et attitudes sur la dépression.

En termes d'information, le niveau reste assez bas malgré cette hausse enregistrée entre 2005 et 2010. Toutefois, l'opportunité d'une nouvelle action très visible sur cette pathologie serait à discuter à la lumière des controverses récentes sur la légitimité de la distinction entre tristesse et dépression, qui s'inscrivent dans la continuité d'une réflexion sur la délimitation entre le normal et le pathologique, avec notamment la crainte d'une surmédicalisation de la souffrance psychique qui serait orchestrée par l'industrie pharmaceutique (2). Signalons par ailleurs que certains acteurs et organisations centrées sur d'autres troubles psychiatriques revendiquent que l'attention des pouvoirs publics porte aussi sur d'autres pathologies mentales, en particulier lorsque celles-ci sont très invalidantes.

François Beck

Chef du département

Enquêtes et analyses statistiques,

Romain Guignard

Statisticien, chargé d'études et de recherche,

Inpes.

Pour en savoir plus

- Beck F., Gautier A., Guignard R., Richard J.-B. dir. *Baromètre santé 2010. Attitudes et comportements de santé*. Saint-Denis : Inpes (à paraître).
- Briffault X., Morvan Y., Guilbert P., Beck F. Évaluation de la dépression dans une enquête en population générale. *BEH*, numéro spécial santé mentale, 2008, n° 35-36 : p. 318-321. En lignes : http://www.invs.sante.fr/beh/2008/35_36/beh_35_36_2008.pdf
- Chan Chee C., Gourier-Fréry C., Guignard R., Beck F. État des lieux de la surveillance de la santé mentale en France. *Santé publique*, 2011/HS, vol. 23, suppl. n° 6 : p. 11-29.
- Ehrenberg A., Lovell A. *La maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société*. Paris : Odile Jacob, 2001 : 311 p.
- Falissard B. *Mesurer la subjectivité en santé. Perspective méthodologique et statistique*. Paris : Masson, coll. Abrégés, 2^e éd., 2008 : 116 p.
- 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, vol. 58, n° 2 : p. 213-220.
- Lovell A. *Étude sur la surveillance dans le champ de la santé mentale*. Rapport InVS, 2004.
- Sapinho D., Chan Chee C., Briffault X., Guignard R., Beck F. Mesure de l'épisode dépressif majeur en population générale : apports et limites des outils. *BEH*, numéro spécial santé mentale, septembre 2008, n° 35-36 : p. 314-317. En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2008/35_36/beh_35_36_2008.pdf

1. La détresse psychologique a été mesurée grâce au MH5, courte échelle de santé mentale intégrée dans le questionnaire de qualité de vie SF-36 (Leplège A., Ecosse E., Verdier A., Perneger T. *The French SF-36 Health Survey: translation, cultural adaptation and preliminary psychometric evaluation*. *Journal of clinical epidemiology*, 1998, vol. 51, n° 11 : p. 1013-1023).

► Références bibliographiques

- (1) Horwitz A.V., Wakefield J.C. *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder*. New York : Oxford University Press, 2007 : 312 p.
- (2) Lane C. *Comment la psychiatrie et l'industrie pharmaceutique ont médicalisé nos émotions*. Paris : Flammarion, coll. Bibliothèque des savoirs, 2009 : 384 p.