

# L'essentiel

## Dépression, détresse psychologique et pensées suicidaires : prévalences, recours aux soins et facteurs associés

Dans un contexte de vieillissement de la population française et d'augmentation de la part des troubles de santé mentale dans la charge totale de morbidité, ce chapitre vise à présenter un premier état des lieux de la santé psychique des personnes âgées de 55 à 85 ans en France. Cet état des lieux s'appuie sur l'exploitation et l'analyse de trois indicateurs du Baromètre santé 2010 : la survenue d'un état de détresse psychologique au cours des quatre dernières semaines ; la survenue d'un épisode dépressif caractérisé (EDC) au cours des douze derniers mois ; et enfin la survenue de pensées suicidaires au cours des douze derniers mois. Une analyse des facteurs associés ainsi que des données de recours aux soins complètent ces premiers résultats.

Chez les 55-85 ans, une femme sur quatre et un homme sur dix ont récemment vécu une période de détresse psychologique ou souffert d'un EDC ou pensé à se suicider au cours des douze derniers mois. Quel que soit le trouble considéré, les prévalences sont systématiquement plus élevées chez les femmes. Parmi les trois états de mal-être renseignés dans notre enquête, le plus prévalent est la détresse psychologique, qui concerne 17,2 % des 55-85 ans, suivi de l'EDC (4,4 %) et des pen-

sées suicidaires (3,5 %). Un résultat intéressant, en particulier pour la prévention et le repérage du risque suicidaire, concerne le lien qu'entretiennent les pensées suicidaires avec les deux autres indicateurs selon le genre : alors que 90 % des femmes exprimant des idées suicidaires ont vécu un EDC ou sont en détresse psychologique, chez les hommes, la moitié de ceux qui déclarent des pensées suicidaires ne reportent ni détresse psychologique ni EDC. Concernant les facteurs associés, le fait d'être plus jeune (55-64 ans), d'être dans une situation financière difficile, de vivre seul, ainsi que d'être physiquement diminué par une maladie chronique ou un handicap depuis au moins six mois sont globalement liés aux trois troubles considérés. Ces résultats suggèrent des pistes de réflexion pour la prévention. Ils sous-tendent notamment les initiatives visant la promotion du lien social et les actions auprès des personnes âgées touchées par une limitation fonctionnelle.

Les données de recours aux soins indiquent que près de la moitié des personnes âgées de 55 à 85 ans présentant au moins un trouble ne déclarent aucun recours aux soins au cours des douze derniers mois. Cette tendance est plus importante chez les hommes (61,3 %) que chez

les femmes (40,8 %). Parmi les deux types de recours aux soins observés (psychothérapie et médicaments psychotropes), c'est la prise de médicaments psychotropes qui domine sur la psychothérapie. Plus de la moitié (51,8 %) des personnes concernées par au moins l'un des trois troubles déclarent avoir consommé des médicaments psychotropes, contre moins de 9 % déclarant avoir suivi une psychothérapie. En 2010, les personnes âgées de 55-75 ans sont en proportion moins nombreuses à recourir aux psychothérapies en cas d'EDC (11,9 %) qu'elles ne l'étaient en 2005 (22,8 %). Cette évolution est liée à une diminution importante du recours aux psychothérapies chez les femmes, notamment sur la tranche d'âge 55-64 ans. Sur la même période, alors que le recours aux psychothérapies a globalement diminué, le recours aux médicaments psychotropes a quant à lui augmenté de façon significative (52,0 % des personnes ayant vécu un EDC avaient recours aux médicaments en 2005 vs 66,1 % en 2010). Enfin, concernant l'évolution de la prévalence des EDC, nos résultats suggèrent une tendance globalement stable avec cependant une évolution à la baisse entre 2005 et 2010 chez les 65-75 ans (4,7 % en 2005 vs 2,9 % en 2010).

# Dépression, détresse psychologique et pensées suicidaires : prévalences, recours aux soins et facteurs associés

ENGUERRAND DU ROSCOËT  
THOMAS SAÏAS  
CHRISTOPHE LÉON

## INTRODUCTION

Selon les dernières estimations, les troubles neuropsychiatriques seraient devenus le principal contributeur de la charge totale de morbidité<sup>1</sup> mesurée au sein de l'Union européenne. Ils représenteraient 30,1 % de cette charge chez les femmes et 23,4 % chez les hommes. Parmi ces troubles, la dépression est d'ores et déjà le contributeur le plus important de cette charge, devant les maladies cardiovasculaires [1].

Nous traiterons dans ce chapitre de l'état de la santé mentale des personnes âgées de 55 à 85 ans tel que mesuré en 2010 au travers de trois indicateurs : les épisodes dépressifs caractérisés (EDC), la détresse psychologique et les pensées suicidaires.

La survenue d'un EDC au cours des douze derniers mois mesurée selon le Cidi-SF (*Composite International Diagnostic Interview Short Form*) [2] correspond à un état pathologique de profonde tristesse et/ou de perte d'intérêt pour les activités quotidiennes nécessitant une prise en charge médico-

psychologique. Les personnes âgées qui présentent des symptômes dépressifs sont confrontées à un certain nombre de conséquences négatives, y compris un déclin fonctionnel (cognitif et physique) très handicapant pour la gestion de la vie quotidienne [3], une diminution de la qualité de la vie, des comorbidités entre autres cardiovasculaires et une mortalité plus élevée, notamment par suicide [4].

La détresse psychologique telle que mesurée par le MH5 [5] correspond à un état de santé mentale dégradée associé à des symptômes de nature anxiodépressive [6]. La détresse psychologique ne permet pas de poser un diagnostic clinique et ne nécessite pas forcément une prise en charge clinique [7, 8]. Elle constitue néanmoins un indicateur pertinent dans la mesure où elle

1. La charge totale de morbidité (indicateur OMS) est une évaluation dans le temps des années de vie perdues du fait d'une mortalité prématurée ainsi que des années vécues sans être en pleine santé.

peut, à terme, être associée à la survenue de troubles psychiatriques [6] ainsi qu'à diverses comorbidités. Les personnes âgées ayant un score élevé de détresse psychologique seraient ainsi davantage susceptibles de fumer, d'être obèses, de souffrir de diabète ou d'une maladie cardiaque, ou de vivre un accident vasculaire cérébral [9]. Une méta-analyse récente [10] réalisée sur dix cohortes a étudié les certificats de décès en fonction du score de détresse psychologique des individus au moment de leur inclusion dans la cohorte. Elle montre une

relation linéaire entre le niveau de détresse psychologique et la mortalité, toutes causes confondues.

Les pensées suicidaires telles que mesurées dans notre enquête correspondent à la survenue au cours des douze derniers mois de pensées relatives au fait de se donner la mort (voir encadré ci-dessous). Elles sont l'indication d'un risque suicidaire et un facteur fortement associé aux actes suicidaires [11]. Au regard de l'évolution démographique dans les pays européens et en France (dont les projections prévoient

## DÉFINITION DES TROUBLES DÉPRESSIFS SELON LE CIDI-SF

**Épisode dépressif caractérisé (EDC) :** avoir au moins quatre symptômes (dont au moins un symptôme principal) et ses activités habituelles perturbées par ces problèmes.

EDC léger : avoir un maximum de cinq symptômes et ses activités un petit peu perturbées.

EDC sévère : avoir un minimum de six symptômes et ses activités beaucoup perturbées.

EDC moyen : tous les cas entre légers et sévères.

Symptômes principaux :

- vivre une période d'au moins deux semaines consécutives en se sentant triste, déprimé(e), sans espoir pratiquement toute la journée, presque tous les jours.

- vivre une période d'au moins deux semaines consécutives en ayant perdu de l'intérêt pour la plupart des choses pratiquement toute la journée, presque tous les jours.

Autres symptômes :

- se sentir épuisé(e) ou manquer d'énergie plus que d'habitude.

- avoir pris ou perdu au moins 5 kg.

- 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 de l'intérêt pour la plupart des choses comme les loisirs, le travail ou les activités qui donnent habituellement du plaisir.

### Détresse psychologique (selon le MH5) :

Le MH5 est une sous-échelle du questionnaire SF-36<sup>a</sup>.

Les personnes répondent aux cinq questions suivantes en utilisant une échelle de réponse en cinq points (tout le temps/très souvent/parfois/peu souvent/jamais). Les personnes doivent donner la réponse qui se rapproche le plus de ce qu'ils ont ressenti au cours des quatre dernières semaines :

a. « Étiez-vous très nerveux ? »

b. « Étiez-vous si triste que rien ne pouvait vous égayer ? »

c. « Vous sentiez-vous au calme, en paix ? »

d. « Étiez-vous triste et maussade ? »

e. « Étiez-vous quelqu'un d'heureux ? »

Un score est calculé sur la base de la somme des réponses aux cinq items (tout le temps =1 point/très souvent =2 points/parfois =3 points/peu souvent =4 points/jamais =5 points). Le score est ensuite transformé sur une échelle de 0 à 100. Un score inférieur à 56 indique la présence d'une détresse psychologique.

### Pensées suicidaires :

La survenue de pensées suicidaire au cours des douze derniers mois est mesurée par l'item suivant : « Au cours des douze derniers mois, avez-vous pensé à vous suicider ? » (oui/non/NSP)

a. Le SF-36 (« Medical Outcome Study Short Form », questionnaire en 36 items) est un questionnaire auto-administré qui tente de mesurer la qualité de vie à travers différentes dimensions physiques, émotionnelles et sociales.

une forte augmentation des plus de 60 ans au cours des vingt prochaines années<sup>2</sup>), et au regard de l'évolution du poids des troubles de santé mentale dans la charge de morbidité, la question de l'état de la santé mentale des personnes âgées s'impose de plus en plus comme un enjeu prioritaire de santé publique. Dans ce chapitre, nous présenterons les données recueillies en 2010 sur l'état de santé mentale d'un échantillon représentatif de la population française des 55-85 ans. Nous détaillerons dans un premier temps les données de prévalence

de la dépression, de la détresse psychologique et des pensées suicidaires par sexe et par âge. Dans un deuxième temps, nous présenterons les facteurs associés à chacun de ces trois indicateurs, avec notamment un éclairage en termes d'inégalités sociales de santé, avant d'aborder les données relatives au recours aux soins. Pour finir, nous rendrons compte des évolutions de ces indicateurs entre 2005 et 2010.

2. Sources : Insee, estimations de population et statistiques de l'état civil jusqu'en 2007, projection de population 2007-2060.

## RÉSULTATS

### DESCRIPTION DE L'ÉTAT DE LA SANTÉ MENTALE DES PERSONNES ÂGÉES DE 55 À 85 ANS PAR SEXE ET PAR ÂGE : DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE, EDC ET PENSÉES SUICIDAIRES

#### Prévalence des EDC au cours des douze derniers mois

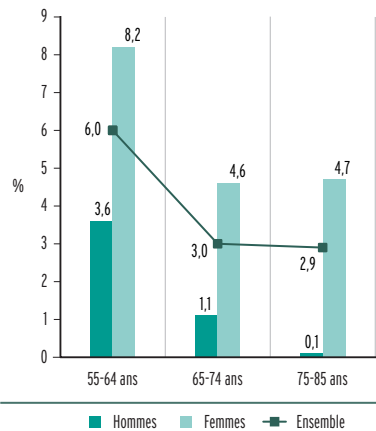
Selon la définition du Cidi-SF, 4,4 % des personnes de 55 à 85 ans déclarent avoir vécu un épisode dépressif caractérisé (EDC) au cours des douze derniers mois vs 9,1 % des 15-54 ans ( $p < 0,001$ ). Comme chez les 15-54 ans, les EDC d'intensité moyenne et sévère sont nettement plus fréquents que les épisodes d'intensité légère (environ 94,3 % des cas chez les 55-85 ans, et 91,0 % des cas pour les 15-54 ans).

Les femmes sont en proportion plus nombreuses (6,2 %) que les hommes (2,1 %;  $p < 0,001$ ) à avoir vécu un EDC au cours des douze derniers mois, ce qui est également observé aux autres âges de la vie. Si l'on regarde la distribution des EDC par classe d'âge [figure 1], on observe que la classe d'âge la plus concernée reste la plus jeune, c'est-à-dire les 55-64 ans avec une préva-

lence de 6,0 % (3,6 % des hommes vs 8,2 % des femmes;  $p < 0,001$ ). Entre 65 et 74 ans, le taux de prévalence diminue à 3,0 % (1,1 % des hommes vs 4,6 % des femmes;  $p < 0,01$ ) et se stabilise ensuite puisqu'il concerne toujours 2,9 % des 75-85 ans. Cette baisse de la prévalence des EDC entre 65 et 74 ans est observée aussi bien chez les hommes que chez les

FIGURE 1

#### Prévalence des EDC parmi les 55-85 ans en fonction du sexe et de l'âge en 2010



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

femmes. Cependant, au-delà de 74 ans, la prévalence des EDC continue de diminuer chez les hommes pour ne plus concerner que 0,1 % des 75-85 ans alors qu'elle reste stable chez les femmes autour de 4,7 %.

## Prévalence de la détresse psychologique

Selon les critères du MH5, 17,2 % des 55-85 ans seraient en état de détresse psychologique (sans différence significative avec les 15-54 ans), les femmes étant en proportion deux fois plus nombreuses (23,2 %) que les hommes (10,0 %;  $p < 0,001$ ). Chez les femmes, la prévalence de la détresse psychologique reste stable (différences non significatives) sur les trois tranches d'âge [figure 2]. Chez les hommes le pourcentage diminue significativement entre 65 et 74 ans (7,9 % vs 10,5 % des 55-64 ans) avant de repartir à la hausse au-delà de 74 ans (11,6 % des 75-85 ans).

## Prévalence des pensées suicidaires

Parmi les personnes âgées de 55 à 85 ans, 3,5 % déclarent avoir eu des pensées sui-

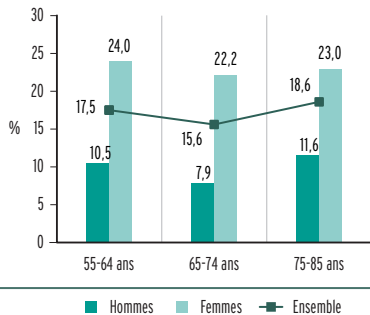
cidaires au cours des douze derniers mois (contre 4,1 % chez les 15-54 ans,  $p < 0,05$ ), les femmes étant en proportion plus nombreuses (4,4 %) que les hommes (2,5 %,  $p < 0,001$ ). C'est dans la tranche d'âge la plus jeune (55-64 ans) que l'on retrouve les plus forts taux de pensées suicidaires (4,1 %), aussi bien chez les hommes (3,1 %) que chez les femmes (5,1 %). La prévalence diminue ensuite de façon significative pour les deux sexes entre 65 et 74 ans (2,8 % au total). Après 74 ans, la prévalence reste stable chez les femmes (3,6 % des 75-85 ans vs 3,9 % des 65-74 ans) alors qu'elle tend à repartir à la hausse chez les hommes (2,4 % des 75-85 ans vs 1,6 % des 65-74 ans) [figure 3].

## Liens observés entre les différents indicateurs de santé mentale suivant le sexe des personnes interrogées

Parmi les 55-85 ans, près de deux personnes sur dix (18,0 %) déclarent au moins un trouble (EDC au cours des douze derniers mois ou détresse psychologique au cours des quatre dernières semaines ou pensées suicidaires au cours des douze derniers mois),

FIGURE 2

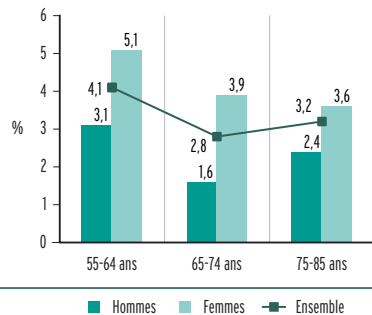
Prévalence de la détresse psychologique parmi les 55-85 ans en fonction du sexe et de l'âge en 2010



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

FIGURE 3

Prévalence des pensées suicidaires parmi les 55-85 ans en fonction du sexe et de l'âge en 2010



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

les femmes étant plus nombreuses que les hommes (24,0 % vs 10,9 %;  $p < 0,001$ ).

L'examen des relations entre les trois indicateurs de santé mentale (effectifs et pourcentages non pondérés) **[figure 4]** montre que la majorité des individus en détresse psychologique (74 % chez les hommes et 71 % chez les femmes) n'ont vécu ni épisodes dépressifs ni pensées suicidaires aux cours des douze derniers mois.

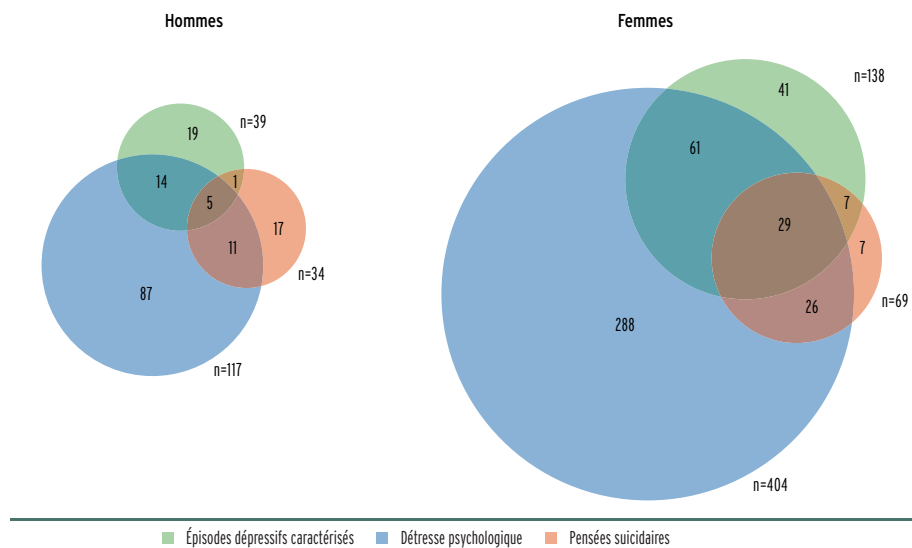
Le résultat principal tient à la différence importante observée entre hommes et femmes sur les relations entre les pensées suicidaires et les deux autres indicateurs. Chez les hommes, la moitié de ceux qui déclarent avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois ne présentent ni EDC ni détresse psychologique. Un peu moins de la moitié (47 %) répondent au critère de détresse psychologique et seulement 18 % au critère d'EDC. Chez les femmes, le schéma de résultat est inverse : parmi celles décla-

rant avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois, seulement 10 % ne déclarent aucun autre trouble; 80 % d'entre elles répondent au critère de détresse psychologique et 52 % ont vécu un épisode dépressif au cours des douze derniers mois.

Enfin, l'articulation de l'EDC au cours des douze derniers mois avec les pensées suicidaires et la détresse psychologique permet à nouveau d'observer des différences hommes-femmes. Chez les hommes ayant vécu un EDC, 51 %, ne déclarent ni pensées suicidaires ni détresse psychologique. Moins de la moitié (49 %) d'entre eux sont en détresse psychologique au moment de l'enquête et seulement 15 % déclarent des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois. À l'inverse, les femmes ayant vécu un EDC au cours des douze derniers mois répondent majoritairement au critère de détresse psychologique (65 % d'entre elles) et 26 % disent avoir eu des pensées

**FIGURE 4**

Distribution du nombre de personnes de 55-85 ans par indicateur et association d'indicateurs en 2010 (effectifs non pondérés)



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

suicidaires au cours des douze derniers mois.

## FACTEURS ASSOCIÉS À LA SANTÉ MENTALE

Les facteurs associés ont été analysés par le biais de régressions logistiques impliquant une liste de variables disponibles dans l'enquête et pouvant être associées à chacun des trois indicateurs considérés (EDC au cours des douze derniers mois, détresse psychologique au cours des quatre dernières semaines et pensées suicidaires au cours des douze derniers mois).

Compte tenu de l'association entre le sexe et les résultats observée sur les trois critères de santé mentale analysés, des analyses par genre ont été conduites. Les femmes de 55-85 ans sont en effet près de deux fois plus à risque que les hommes d'avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois (OR=1,8;  $p<0,001$ ) et près de trois fois plus à risque d'être en détresse psychologique (OR=2,6;  $p<0,001$ ) ou d'avoir vécu un EDC au cours des douze derniers mois (OR=3,1;  $p<0,001$ ) [tableau I].

### Facteurs associés à la survenue d'un EDC au cours des douze derniers mois

Chez les hommes, la tranche d'âge 75-85 ans (OR=0,1;  $p<0,05$ ) semble moins concernée par les états dépressifs caractérisés que la tranche d'âge 65-74 ans. Chez les femmes, les 55-64 ans sont les plus concernées (OR=1,9;  $p<0,05$ ), en comparaison des 65-74 ans et des 75-85 ans [tableau II].

Si les variables socioprofessionnelles – c'est-à-dire le statut d'activité (actif, retraité) ou les catégories d'emploi exercées (ouvrier, employé, cadre...) – n'apparaissent pas liées aux EDC dans ce modèle, la perception de sa propre situation financière est associée chez les femmes à la survenue d'un EDC. Les

femmes se déclarant en situation difficile ou endettée ont ainsi deux fois plus de risque d'avoir souffert d'un EDC au cours des douze derniers mois que celles qui se déclarent plus à l'aise financièrement (OR=2,2;  $p<0,01$ ).

La présence d'une maladie chronique n'est pas significativement associée à la survenue d'un EDC, mais le fait d'être limité depuis au moins six mois dans ses activités à cause d'un handicap majeure quant à lui de trois fois (OR=2,9;  $p<0,001$ ) le risque de développer un EDC chez les femmes de 55 ans et plus, ce lien n'étant pas observé chez les hommes.

Enfin, le fait de vivre seul multiplie par quatre chez les hommes (OR=3,8;  $p<0,001$ ) et par deux chez les femmes (OR=1,9;  $p<0,01$ ) la probabilité de survenue d'un état dépressif au cours des douze derniers mois.

### Facteurs associés à la détresse psychologique (hors EDC et pensées suicidaires)

Le fait d'être âgée de 65 à 74 ans est identifié comme un facteur majorant le risque de détresse psychologique chez les femmes (OR=1,6;  $p<0,05$ ). Le fait de se déclarer en activité augmente également le risque de détresse psychologique aussi bien pour les hommes (OR=2,6;  $p<0,05$ ) que pour les femmes (OR=2,1;  $p<0,01$ ) [tableau III].

Chez les femmes, la détresse psychologique est en lien avec la situation financière perçue. Le risque de détresse psychologique augmente lorsque la situation financière est perçue comme étant «*juste*» (OR=1,6;  $p<0,01$ ) et double lorsque les personnes déclarent «*y arriver difficilement*» ou «*ne pas y arriver sans faire de dettes ou avoir recours aux crédits à la consommation*» (OR=2,1;  $p<0,01$ ).

Le fait de vivre seul est un facteur associé à un état de détresse psychologique chez les hommes seulement (OR=2,3;  $p<0,01$ ). Chez les femmes, si le fait de vivre seul n'est pas associé à la détresse psychologique, le

TABLEAU I

**Prévalence et odds ratios bruts selon le genre et le trouble psychologique associé parmi les 55-85 ans en 2010**

	Épisode dépressif caractérisé au cours des douze derniers mois (n=3 193)			Détresse psychologique au cours des quatre dernières semaines (hors EDC et pensées suicidaires) (n=2 955)			Pensées suicidaires au cours des douze derniers mois (n=9 921)		
	%	OR	IC à 95%	%	OR	IC à 95%	%	OR	IC à 95%
<b>Sexe</b>	***			***			***		
Homme (réf.)	2,1	1		7,5	1		2,5	1	
Femme	6,2	3,1***	[2,0 ; 4,7]	17,4	2,6***	[1,9 ; 3,5]	4,4	1,8***	[1,4 ; 2,3]

\* : p&lt;0,05; \*\* : p&lt;0,01; \*\*\* : p&lt;0,001.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

TABLEAU II

**Modèles logistiques sur le fait d'avoir eu un EDC dans l'année parmi les 55-85 ans suivant le sexe en 2010**

	Hommes (n=1286)			Femmes (n=1837)		
	%	OR	IC à 95 %	%	OR	IC à 95 %
<b>Âge</b>	***			**		
55-64 ans	3,6	3,3	[0,8 ; 14,2]	8,2	1,9*	[1,1 ; 3,4]
65-74 ans (réf.)	1,1	1		4,6	1	
75-85 ans	0,1	0,1*	[0,0 ; 0,8]	4,7	0,8	[0,4 ; 1,5]
<b>Situation professionnelle</b>	***					
Travail	4,3	1,6	[0,7 ; 3,8]	8,9	1,4	[0,8 ; 2,5]
Retraite (réf.)	1,5	1		5,4	1	
Autre situation (chômage, au foyer, invalide)	3,4	1,1	[0,2 ; 4,6]	7,4	1,1	[0,5 ; 2,2]
<b>Catégorie socioprofessionnelle</b>	***					
Agriculteurs exploitants	0,3	0,2	[0,0 ; 1,5]	4,8	1,1	[0,3 ; 3,4]
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	1,5	0,7	[0,2 ; 2,6]	3,8	0,7	[0,2 ; 2,5]
Cadres, professions intellectuelles supérieures	2,5	1,0	[0,4 ; 2,3]	7,3	1,7	[0,7 ; 4,3]
Professions intermédiaires	1,2	0,4	[0,1 ; 1,2]	8,5	1,9	[0,9 ; 3,9]
Employés	3,0	0,8	[0,2 ; 2,8]	5,0	0,8	[0,4 ; 1,6]
Ouvriers (réf.)	3,1	1		5,6	1	
<b>Perception financière</b>	***					
À l'aise/ça va (réf.)	1,7	1		4,8	1	
C'est juste	2,9	1,7	[0,7 ; 4,0]	6,8	1,6	[0,9 ; 2,6]
Difficile/dettes	2,6	1,2	[0,2 ; 6,0]	10,7	2,2**	[1,3 ; 3,9]
<b>Vit seul</b>	***					
Non (réf.)	1,5	1		5,0	1	
Oui	5,1	3,8***	[1,8 ; 8,3]	8,5	1,9**	[1,3 ; 2,8]
<b>Maladie chronique</b>	***					
Non (réf.)	1,7	1		4,7	1	
Oui	2,7	1,9	[0,8 ; 4,2]	8,4	1,3	[0,8 ; 2,1]
<b>Limité depuis au moins 6 mois</b>	***					
Non (réf.)	2,0	1		4,0	1	
Oui	2,4	1,1	[0,5 ; 2,3]	13,0	2,9***	[1,8 ; 4,8]

\* : p&lt;0,05; \*\* : p&lt;0,01; \*\*\* : p&lt;0,001.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

TABLEAU III

**Modèles logistiques sur le fait d'être en détresse psychologique (score < 56 au MH5) au cours des quatre dernières semaines suivant le sexe (sans EDC, ni pensées suicidaires au cours des douze derniers mois) parmi les 55-85 ans en 2010**

	Hommes (n=1 218)			Femmes (n=1 668)		
	%	OR	IC à 95%	%	OR	IC à 95 %
<b>Âge</b>						
55-64 ans (réf.)	6,9	1		16,9	1	
65-74 ans	7,0	1,5	[0,7 ; 3,1]	19,0	1,6*	[1,0 ; 2,4]
75-85 ans	9,4	1,6	[0,7 ; 3,8]	16,5	1,1	[0,6 ; 1,8]
<b>Situation professionnelle</b>						
	*			**		
Travail	9,9	2,6*	[1,1 ; 5,7]	19,5	2,1**	[1,3 ; 3,4]
Retraite (réf.)	6,2	1		14,5	1	
Autre situation (chômage, au foyer, invalide)	16,2	2,1	[0,7 ; 6,6]	28,3	2,8***	[1,7 ; 4,6]
<b>Catégorie socioprofessionnelle</b>						
	**			**		
Agriculteurs exploitants	10,4	1,3	[0,5 ; 3,7]	16,0	0,8	[0,3 ; 1,9]
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	8,3	1,1	[0,5 ; 2,6]	15,2	0,6	[0,3 ; 1,3]
Cadres, professions intellectuelles supérieures	5,0	0,7	[0,3 ; 1,6]	15,7	0,9	[0,5 ; 1,7]
Professions intermédiaires	4,7	0,5	[0,2 ; 1,1]	11,7	0,7	[0,4 ; 1,2]
Employés	6,2	0,6	[0,2 ; 2,1]	19,6	1,0	[0,6 ; 1,6]
Ouvriers (réf.)	10,0	1		21,3	1	
<b>Perception financière</b>						
	**			***		
À l'aise/ça va (réf.)	5,4	1		13,3	1	
C'est juste	10,2	1,5	[0,7 ; 3,0]	20,5	1,6**	[1,1 ; 2,3]
Difficile/dettes	12,7	2	[0,9 ; 4,1]	30,8	2,1**	[1,3 ; 3,2]
<b>Vit seul</b>						
	**			*		
Non (réf.)	6,6	1		16,1	1	
Oui	11,8	2,3**	[1,4 ; 3,9]	20,0	1,4	[1,0 ; 1,9]
<b>Conversation ou visite au cours des 8 derniers jours</b>						
	*					
Non (réf.)	10,6	1,4	[0,8 ; 2,4]	20,1	1,1	[0,7 ; 1,7]
Oui	6,6	1		16,8	1	
<b>Activité ou loisir au cours des 8 derniers jours</b>						
				***		
Non	8,9	1,5	[0,9 ; 2,5]	22,2	1,6**	[1,1 ; 2,2]
Oui (réf.)	6,0	1		12,2	1	
<b>Maladie chronique</b>						
				***		
Non (réf.)	7,4	1		14,2	1	
Oui	7,5	1,0	[0,5 ; 1,7]	22,2	1,3	[0,9 ; 1,8]
<b>Limité depuis au moins 6 mois</b>						
	*			***		
Non (réf.)	6,9	1		13,9	1	
Oui	9,4	1,4	[0,8 ; 2,4]	30,1	2,2***	[1,5 ; 3,1]

\* : p<0,05; \*\* : p<0,01; \*\*\* : p<0,001.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

fait de ne pas participer à des activités de groupe ou de loisirs (OR=1,6 ; p<0,01) est en revanche identifié comme un facteur de risque.

Enfin, la présence d'une limitation physique est un facteur associé à la détresse psychologique chez les femmes seulement (OR=2,2 ; p<0,001).

## Facteurs associés aux pensées suicidaires au cours des douze derniers mois

Alors que l'âge – à mesure qu'il augmente – constituait pour les EDC un facteur de protection, ce lien reste en-deçà du seuil

de significativité concernant l'expression des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois [tableau IV].

Les facteurs associés aux pensées suicidaires au cours des douze derniers mois sont le fait de vivre seul pour les hommes (OR=4,5;  $p<0,001$ ) et le fait de se déclarer

TABLEAU IV

Modèles logistiques sur le fait d'avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois suivant le sexe (y compris les EDC comme facteur) parmi les 55-85 ans en 2010

	Hommes (n=1208)			Femmes (n=1763)		
	%	OR	IC à 95 %	%	OR	IC à 95 %
<b>Âge</b>	*			**		
55-64 ans	3,1	1		5,1	1	
65-74 ans (réf.)	1,6	0,5	[0,1 ; 1,5]	3,9	0,6	[0,3 ; 1,3]
75-85 ans	2,4	0,7	[0,2 ; 2,2]	3,6	0,4	[0,1 ; 1,1]
<b>Situation professionnelle</b>	***			**		
Travail	3,1	1		4,0	1	
Retraite (réf.)	2,0	0,5	[0,2 ; 1,8]	4,1	1,0	[0,5 ; 2,2]
Autre situation (chômage, au foyer, invalide)	7,0	1,4	[0,3 ; 5,9]	6,0	1,0	[0,4 ; 2,8]
<b>Catégorie socioprofessionnelle</b>						
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	2,1	1,9	[0,5 ; 6,9]	4,7	0,4	[0,1 ; 2,5]
Cadres, professions intellectuelles supérieures	2,6	0,7	[0,2 ; 2,6]	5,5	0,9	[0,3 ; 2,5]
Professions intermédiaires	2,7	1,5	[0,5 ; 4,7]	3,7	0,7	[0,2 ; 1,8]
Employés	2,9	0,8	[0,2 ; 3,1]	4,7	0,6	[0,2 ; 1,4]
Ouvriers (réf.)	2,6	1		4,4	1	
<b>Perception financière</b>	***			***		
À l'aise/ça va (réf.)	1,7	1		3,1	1	
C'est juste	2,6	0,5	[0,1 ; 1,5]	4,6	2,2*	[1,2 ; 4,3]
Difficile/dettes	6,7	1,0	[0,3 ; 3,2]	9,0	1,7	[0,9 ; 3,2]
<b>Vit seul</b>	***			***		
Non (réf.)	2,0	1		3,6	1	
Oui	5,0	4,5***	[2,0 ; 10,0]	5,7	1,8	[0,9 ; 3,4]
<b>Maladie chronique</b>	***			***		
Non (réf.)	1,2	1		3,0	1	
Oui	4,2	3,3*	[1,3 ; 8,4]	6,1	1,1	[0,6 ; 2,1]
<b>Limité depuis au moins 6 mois</b>	***			***		
Non (réf.)	1,6	1		3,0	1	
Oui	5,6	3,9**	[1,6 ; 9,1]	8,2	2,3*	[1,2 ; 4,4]
<b>EDC au cours des 12 derniers mois</b>	***			***		
Non (réf.)	1,7	1		1,8	1	
Oui	10,2	3,1*	[1,1 ; 8,5]	22,6	11,4***	[6,0 ; 21,7]

\* :  $p<0,05$ ; \*\* :  $p<0,01$ ; \*\*\* :  $p<0,001$ .

dans une situation financière «*limite*» ou «*juste*» (en contrôlant pour la variable dépression) pour les femmes (OR=2,2 ;  $p<0,05$ ).

On observe également un lien entre pensées suicidaires et condition physique des personnes interrogées : chez les hommes, en contrôlant pour la variable dépression, la présence d'une maladie chronique (OR=3,3 ;  $p<0,05$ ) ou le fait d'être physiquement limité depuis au moins six mois (OR=3,9 ;  $p<0,01$ ) augmentent de manière significative l'expression de telles idéations. Chez les femmes, si la présence d'une maladie chronique n'est pas significativement associée aux pensées suicidaires, la limitation augmente quant à elle de plus de deux fois la présence d'idées suicidaires (OR=2,3 ;  $p<0,05$ ).

La dépression reste, dans ce modèle, le facteur le plus associé aux pensées suicidaires au cours des douze derniers mois (OR=3,1 ;  $p<0,05$  chez les hommes et OR=11,4 avec  $p<0,001$  chez les femmes).

## RECOURS AUX SOINS AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS : SUIVI D'UNE PSYCHOTHÉRAPIE ET/OU CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES

Près de la moitié des personnes âgées de 55 à 85 ans présentant au moins un trouble ne déclarent aucun recours aux soins au cours des douze derniers mois. Cette tendance est plus importante chez les hommes (61,3 %) que chez les femmes (40,8 % ;  $p<0,01$ ), et sans différence significative selon l'âge [tableau V].

Parmi les deux types de recours aux soins mesurés (psychothérapie et médicaments psychotropes), c'est la prise de médicaments psychotropes qui domine. Près de 52 % des personnes concernées par au moins un des trois troubles ont consommé des médicaments psychotropes au cours

des douze derniers mois, tandis que moins de 9 % d'entre eux ont suivi une psychothérapie. Les femmes sont en proportion plus nombreuses à consommer des médicaments psychotropes en cas de difficulté psychologique que les hommes (57,7 % des femmes présentant au moins un trouble vs 33,8 % pour les hommes ;  $p<0,01$ ). Cet effet du genre est également retrouvé parmi les personnes ne présentant aucun des trois troubles considérés : 21,6 % des femmes déclarent consommer des médicaments psychotropes vs 12,2 % des hommes ( $p<0,001$ ).

Concernant les effets liés à l'âge, on n'observe globalement pas de différences sur le recours aux psychotropes en cas de difficultés psychologiques (au moins un trouble au cours des douze derniers mois). En revanche, les 65-85 ans ont significativement moins recours aux psychothérapies que les 55-64 ans (3,8 % vs 13,4 % ;  $p<0,001$ ).

## Recours aux médicaments psychotropes au cours des douze derniers mois : taux de recours et facteurs associés

### Taux de recours

On observe que 60,3 % des personnes ayant vécu un EDC au cours des douze derniers mois, 46,6 % des personnes en détresse psychologique et 66,7 % des personnes ayant eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois ont consommé des médicaments psychotropes, contre 16,9 % des personnes ne déclarant aucun de ces trois troubles [tableaux V et VI]. À l'exception des personnes ayant souffert d'un EDC, pour lesquelles la proportion de consommation ne diffère pas entre les hommes et les femmes, on observe une proportion de consommation de médicaments plus importante chez les femmes en cas de détresse psychologique (53,9 % vs 21,8 % des hommes ;  $p<0,01$ ) ou de pensées

TABLEAU V

**Taux de recours aux soins au cours des douze derniers mois de l'ensemble des 55-85 ans selon le sexe et l'âge en 2010**

	Au moins un trouble (n=613)			Aucun trouble (n=2 580)		
	Recours à un médicament psychotrope ou à une psychothérapie	Recours à une psychothérapie	Recours à un médicament psychotrope	Recours à un médicament psychotrope ou à une psychothérapie	Recours à une psychothérapie	Recours à un médicament psychotrope
Ensemble	54,2	8,5	51,8	17,4	1,0	16,9
<b>Sexe</b>						
Hommes	38,7	8,2	33,8	12,9	1,0	12,2
Femmes	59,2**	8,6	57,7**	21,9***	1,0	21,6***
<b>Âge</b>						
55-64 ans	56,2	13,4	51,6	17,5	1,7	16,5
65-85 ans	51,9	3,8***	51,9	17,2	0,5**	17,1

\* : p&lt;0,05; \*\* : p&lt;0,01; \*\*\* : p&lt;0,001.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

TABLEAU VI

**Taux de recours aux médicaments psychotropes au cours des douze derniers mois selon le sexe, l'âge et la nature du trouble parmi les 55-85 ans en 2010**

	EDC (12 derniers mois)	Détresse psychologique (hors EDC et pensées suicidaires)	Pensées suicidaires (12 derniers mois)	Aucun des trois troubles
	n=101	n=184	n=63	n=1307
Ensemble	60,3	46,6	66,7	16,9
<b>Sexe</b>				
		**	*	***
Homme (réf.)	60,0	21,8	44,6	12,2
Femme	60,4	53,9	78,1	21,6
<b>Âge</b>				
	*			
55-64 ans	70,3	39,2	61,5	16,5
65-85 ans (réf.)	43,2	52,6	78,1	17,1

\* : p&lt;0,05; \*\* : p&lt;0,01; \*\*\* : p&lt;0,001.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

suicidaire (78,1 % vs 44,6 % des hommes ; p<0,05). Cette plus grande consommation de psychotropes chez les femmes est également retrouvée parmi les personnes ne présentant aucun des trois troubles (21,6 % des femmes déclarent avoir consommé des médicaments psychotropes vs 12,2 % des hommes ; p<0,001).

On observe par ailleurs une proportion plus importante de consommation de psychotropes chez les 55-64 ans (70,3 %) que chez les 65-85 ans (43,2 %) en cas d'EDC (p<0,05). En revanche, en cas de détresse psychologique ou de pensées suicidaires, la consommation de médicaments psychotropes semblerait plus élevée chez les 65 ans et plus. Enfin, on n'observe

aucune différence liée à l'âge parmi les personnes ne présentant aucun trouble (16,5 % des 55-64 ans et 17,1 % des 65-85 ans ont consommé des médicaments psychotropes au cours des douze derniers mois).

### Facteurs associés

La survenue d'un trouble est positivement associée à la prise de médicaments psychotropes : OR=3,0 pour les pensées suicidaires ( $p<0,01$ ), OR=4,1 pour la détresse psychologique ( $p<0,001$ ) et OR=2,4 pour un EDC ( $p<0,01$ ). Lorsque l'on ajuste sur les variables sociodémographiques ainsi que sur la nature du trouble, on observe

que seuls le sexe et le type d'agglomération ont une incidence sur la consommation de médicaments psychotropes. Le fait d'être une femme multiplie par deux (OR=2,2;  $p<0,001$ ) et le fait de résider dans un environnement urbain (et non rural) par 1,7 ( $p<0,001$ ) la consommation de médicaments psychotropes au cours des douze derniers mois. Si, globalement, le fait de vivre dans un environnement urbain favorise le recours aux médicaments psychotropes en cas de trouble, le détail des régressions selon le genre indique que cet effet n'est significatif que chez les femmes (OR=2,0;  $p<0,001$ ) [tableau VII].

TABLEAU VII

**Modèles logistiques sur le fait d'avoir consommé des médicaments psychotropes au cours des douze derniers mois selon les variables sociodémographiques et la nature du trouble parmi les 55-85 ans en 2010**

	Ensemble (n=1617)			Hommes (n=663)			Femmes (n=954)		
	%	OR	IC à 95%	%	OR	IC à 95%	%	OR	IC à 95%
<b>Sexe</b>	***								
Homme (réf.)	14,3	1		-	-	-	-	-	-
Femme	30,6	2,2***	[1,6; 3,0]	-	-	-	-	-	-
<b>Âge</b>									
55-64 ans	23,9	1,1	[0,8; 1,5]	14,2	0,9	[0,5; 1,5]	32,3	1,2	[0,8; 1,8]
65-85 ans (réf.)	22,5	1		14,5	1		29,3	1	
<b>Situation professionnelle</b>									
Travail (réf.)	23,7	1		14,3	1		32,0	1	
Retraite	22,9	1,3	[0,8; 2,0]	14,1	1,2	[0,5; 2,8]	31,4	1,4	[0,8; 2,3]
Autre situation (chômage, au foyer, invalide)	23,8	0,7	[0,4; 1,2]	16,9	1,0	[0,3; 2,9]	25,9	0,7	[0,4; 1,2]
<b>Type d'agglomération</b>	**								
Rural (réf.)	17,2	1		11,5	1		22,0	1	
Urbain	25,3	1,7***	[1,3; 2,4]	15,3	1,4	[0,8; 2,3]	33,8	2,0***	[1,3; 2,9]
<b>Perception financière</b>	**								
À l'aise/ça va (réf.)	21,0	1		13,5	1		28,2	1	
C'est juste/difficile	26,5	1,0	[0,8; 1,4]	16,1	1,1	[0,6; 1,9]	34,0	1,0	[0,7; 1,4]
<b>Vit seul</b>	**								
Non (réf.)	21,5	1		13,2	1		30,3	1	
Oui	27,6	0,9	[0,6; 1,1]	19,4	1,1	[0,6; 1,8]	31,3	0,8	[0,5; 1,1]
<b>EDC au cours des douze derniers mois</b>	***								
Non (réf.)	21,1	1		13,3	1		28,2	1	
Oui	60,3	2,4**	[1,4; 4,2]	60,0	7,0**	[2,1; 23,0]	60,4	1,7	[0,9; 3,2]

TABLEAU VII (SUITE)

	Ensemble (n=1617)			Hommes (n=663)			Femmes (n=954)		
	%	OR	IC à 95%	%	OR	IC à 95%	%	OR	IC à 95%
<b>Détresse psychologique</b>	***			***			***		
Non (réf.)	17,5	1		12,4	1		22,5	1	
Oui	54,3	4,1***	[2,9; 5,8]	38,2	3,0**	[1,5; 5,8]	58,8	4,6***	[3,1; 7,0]
<b>Penser au suicide au cours des douze derniers mois</b>	***			***			***		
Non (réf.)	21,7	1		13,6	1		28,7	1	
Oui	66,6	3,0**	[1,4; 6,1]	44,6	2,9*	[1,1; 7,6]	78,1	3,2*	[1,2; 8,6]

\* : p&lt;0,05; \*\* : p&lt;0,01; \*\*\* : p&lt;0,001.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

## Recours à une psychothérapie au cours des douze derniers mois : taux de recours et facteurs associés

### Taux de recours

Au total, 10,1 % des personnes ayant vécu un EDC au cours des douze derniers mois, 6,1 % des personnes en détresse psychologique (sans EDC, ni pensées suicidaires) et 24,4 % des personnes ayant eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois ont suivi une psychothérapie dans l'année, (vs 1 % des personnes ne déclarant aucun de ces trois troubles)

[tableaux V et VIII]. Une différence significative homme-femme n'est observée que parmi les personnes ayant vécu un EDC au cours des douze derniers mois, les hommes étant, en proportion, plus nombreux que les femmes (17,1 % vs 8,1 %, p<0,05) à avoir suivi une psychothérapie au cours des douze derniers mois. La même tendance est retrouvée (mais reste non significative) chez les personnes ayant eu des pensées suicidaires (28,8 % d'hommes vs 22,2 % de femmes). Une tendance inverse est observée chez les personnes en détresse psychologique (2,0 % des hommes ont suivi une psychothérapie vs 7,6 % des femmes).

TABLEAU VIII

### Taux de recours à une psychothérapie selon le sexe, l'âge et la nature du trouble parmi les 55-85 ans en 2010

	EDC (douze derniers mois) (n=177)	Détresse psychologique (hors EDC et pensées suicidaires) (n=375)	Pensées suicidaires (douze derniers mois) (n=103)
Ensemble	10,1	6,1	24,4
<b>Sexe</b>	*		
Homme (réf.)	17,1	2,0	28,8
Femme	8,1	7,6	22,2
<b>Âge</b>	*		
55-64 ans	13,8	9,9	32,2
65-85 ans (réf.) (n=57)	3,8	3,3	9,7

\* : p&lt;0,05; \*\* : p&lt;0,01; \*\*\* : p&lt;0,001.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

## Facteurs associés

De façon générale, on observe une proportion plus importante de personnes ayant suivi une psychothérapie dans la tranche d'âge la plus jeune (55-64 ans) : 13,8 % des personnes de 55-64 ans ayant vécu un EDC ont suivi une psychothérapie, contre seulement 3,8 % des 65-85 ans ( $p < 0,05$ ) ; 9,9 %

des 55-64 ans en détresse psychologique ont suivi une psychothérapie contre 3,3 % chez les 65-85 ans ( $p < 0,01$ ) ; et 32,2 % des 55-64 ans ayant eu des pensées suicidaires ont suivi une psychothérapie contre moins de 10 % des 65-85 ans.

En ajustant sur la nature du trouble pour l'ensemble de l'échantillon [tableau IX],

### TABLEAU IX

**Modèles logistiques sur le fait d'avoir suivi une psychothérapie au cours des douze derniers mois selon les variables sociodémographiques et la nature du trouble parmi les 55-85 ans en 2010**

	Ensemble (n=3173)			Hommes (n=1301)			Femmes (n=1872)		
	%	OR	IC à 95 %	%	OR	IC à 95 %	%	OR	IC à 95 %
<b>Sexe</b>	*								
Homme (réf.)	1,8	1		-	-	-	-	-	-
Femme	2,8	0,9	[0,5 ; 1,7]	-	-	-	-	-	-
<b>Âge</b>	***								
55-64 ans	4,0	3,0***	[1,6 ; 5,6]	3,1	1,9	[0,4 ; 8,1]	4,8	3,6***	[1,7 ; 7,5]
65-85 ans (réf.)	1,0	1		0,6	1		1,3	1	
<b>Situation professionnelle</b>	***								
Travail (réf.)	4,6	1		2,6	1		6,5	1	
Retraite	1,4	0,6	[0,3 ; 1,2]	0,8	0,6	[0,1 ; 2,5]	2,0	0,6	[0,3 ; 1,3]
Autre situation (chômage, au foyer, invalide)	4,9	1,1	[0,5 ; 2,4]	10,1	4,3*	[1,0 ; 17,4]	3,0	0,5	[0,2 ; 1,3]
<b>Type d'agglomération</b>	*								
Rural (réf.)	1,4	1		0,7	1		2,0	1	
Urbain	2,7	1,8	[1,0 ; 3,5]	2,3	2,9	[0,6 ; 13,5]	3,1	1,4	[0,7 ; 2,9]
<b>Perception financière</b>	*								
À l'aise/ça va (réf.)	2,0	1		1,4	1		2,5	1	
C'est juste/difficile	3,0	0,9	[0,5 ; 1,5]	2,6	1,4	[0,5 ; 4,0]	3,2	0,7	[0,3 ; 1,3]
<b>Vit seul</b>	*								
Non (réf.)	2,0	1		1,9	1		2,2	1	
Oui	3,2	1,5	[0,9 ; 2,4]	1,7	0,3	[0,1 ; 1,1]	3,9	2,2*	[1,2 ; 4,0]
<b>EDC au cours des douze derniers mois</b>	***								
Non (réf.)	2,0	1		1,5	1		2,4	1	
Oui	10,1	1,1	[0,5 ; 2,3]	17,1	7,9**	[1,7 ; 37,3]	8,1	0,7	[0,3 ; 1,6]
<b>Détresse psychologique</b>	***								
Non (réf.)	1,1	1		1,2	1		1,0	1	
Oui	9,2	5,8***	[3,2 ; 10,6]	8,6	2,8	[1,0 ; 8,2]	9,3	8,7***	[4,4 ; 17,3]
<b>Penser au suicide au cours des douze derniers mois</b>	***								
Non (réf.)	1,8	1		1,3	1		2,2	1	
Oui	24,3	5,6***	[2,7 ; 11,8]	28,8	20,7***	[5,8 ; 74,1]	22,2	4,1**	[1,7 ; 9,7]

\* :  $p < 0,05$ ; \*\* :  $p < 0,01$ ; \*\*\* :  $p < 0,001$ .

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

on observe que seul l'âge reste associé au suivi d'une psychothérapie. Les personnes âgées entre 55 et 64 ans ont ainsi trois fois plus de chance d'avoir suivi une psychothérapie au cours des douze derniers mois que les personnes âgées entre 65 et 85 ans ( $p < 0,001$ ). Si l'on regarde le détail des régressions selon le genre, chez les femmes, le fait de vivre seule ( $OR=2,2$ ;  $p < 0,05$ ) ainsi qu'un âge plus jeune (55-64 ans) sont positivement associés au suivi d'une psychothérapie. Chez les hommes, après ajustement, la seule variable qui reste positivement associée au suivi d'une psychothérapie est le fait de n'être ni en activité professionnelle ni en retraite (il s'agit essentiellement de chômeurs ou de personnes « au foyer » :  $OR=4,3$ ;  $p < 0,05$ ).

## ÉVOLUTIONS 2005-2010

Parmi les indicateurs considérés, la détresse psychologique n'était pas mesurée dans le Baromètre santé 2005. Les pensées suicidaires sont suivies depuis 2005 mais les modalités de mesure ont évolué entre 2005 et 2010, ne permettant pas la comparaison entre ces deux années. Au final, seule la mesure des EDC au cours des douze derniers mois peut faire l'objet d'une analyse pour les

55-75 ans (les évolutions sont calculées pour les 55-75 ans, les 76-85 ans n'ayant pas été interrogés avant 2010).

## Évolution des EDC entre 2005 et 2010

Globalement, la prévalence des EDC est restée stable entre 2005 et 2010 (respectivement 5,3 % et 4,7 %), sans différences significatives, que ce soit chez les hommes (3,6 % en 2005 vs 2,6 % en 2010) ou chez les femmes (6,8 % en 2005 vs 6,6 % en 2010) [tableau X]. Notons que cette stabilité est également observée parmi les 15-54 ans.

Une différence est cependant observée chez les personnes âgées de 65 à 75 ans dans le sens d'une diminution significative de la prévalence entre 2005 (4,7 %) et 2010 (2,9 %;  $p < 0,05$ ).

## Évolutions du recours aux soins parmi les personnes ayant vécu un EDC au cours des douze derniers mois entre 2005 et 2010

Globalement, concernant le traitement suivi en cas d'EDC, on observe des évolutions significatives sur l'ensemble des 55-75 ans avec une augmentation du recours aux

TABLEAU X

Évolution des EDC au cours des douze derniers mois parmi les 55-75 ans selon le sexe et l'âge entre 2005 et 2010 (en pourcentage)

	2005 (n=5183)	2010 (n=2649)	Évolutions 2005-2010
Ensemble	5,3	4,7	ns
<b>Sexe</b>			
Hommes	3,6	2,6	ns
Femmes	6,8	6,6	ns
<b>Âge</b>			
55-64 ans	5,8	6	ns
65-75 ans	4,7	2,9	*

\* :  $p < 0,05$ ; \*\* :  $p < 0,01$ ; \*\*\* :  $p < 0,001$ ; ns : non significatif.

Source : Baromètre santé 2005 et 2010, Inpes.

médicaments psychotropes au détriment, semble-t-il, du recours à une psychothérapie [tableau XI].

La consommation de médicaments psychotropes en cas d'EDC a augmenté de plus de 10 points entre 2005 (52,0 %) et 2010 (66,1 %;  $p < 0,05$ ), cette augmentation étant principalement portée par les 55-64 ans (de 53,5 % en 2005 à 70,3 % en 2010;  $p < 0,05$ ), sans que l'on observe d'évolution significative chez les 65-75 ans.

Sur la même période (2005-2010), le recours à une psychothérapie a quant à lui suivi une évolution inverse avec une diminution importante du taux de recours : 22,8 % des 55-75 ans ayant souffert d'un EDC déclaraient avoir suivi une psychothérapie en 2005, contre 11,9 % en 2010 ( $p < 0,05$ ). Dans le détail, la diminution du recours à une psychothérapie n'est significative que chez les femmes (de 26,1 % en 2005 à 10,0 % en 2010;  $p < 0,01$ ) et chez les 55-64 ans (de 29,4 % en 2005 à 13,8 % en 2010;  $p < 0,01$ ).

**TABLEAU XI**

**Évolution entre 2005 et 2010 du recours aux traitements au cours des douze derniers mois parmi les personnes de 55-75 ans ayant déclaré un EDC dans l'année (en pourcentage)**

	Consommation de psychotropes au cours des douze derniers mois			Réalisation d'une psychothérapie au cours des douze derniers mois		
	2005 (n=314)	2010 (n=91)	Évolutions 2005-2010	2005 (n=314)	2010 (n=156)	Évolutions 2005-2010
Ensemble	52,0	66,1	*	22,8	11,9	*
<b>Sexe</b>						
Hommes	42,6	60,0	ns	16,2	17,3	ns
Femmes	56,7	68,0	ns	26,1	10,0	**
<b>Âge</b>						
55-64 ans	53,5	70,3	*	29,4	13,8	**
65-75 ans	49,6	54,6	ns	12,3	6,4	ns

\* :  $p < 0,05$ ; \*\* :  $p < 0,01$ ; \*\*\* :  $p < 0,001$ ; ns : non significatif.

Source : Baromètre santé 2005 et 2010, Inpes.

## DISCUSSION

Les données du Baromètre santé 2010, analysées chez les 55 ans et plus, témoignent que près d'une personne sur cinq au sein de cette population est ou a été en état de souffrance psychologique au cours des douze derniers mois (épisode dépressif caractérisé, détresse psychologique ou pensées suicidaires). Si ces taux restent en-deçà des données relevées chez les personnes plus jeunes, ils doivent néanmoins être considérés avec attention, compte tenu des enjeux de santé associés aux troubles du spectre dépressif

et de leur implication dans l'aggravation des troubles liés au vieillissement.

Par ailleurs, la moindre prévalence des EDC chez les 55-85 ans, et surtout chez les 65-85 ans, en comparaison à celle de la population générale, pourrait en partie résulter d'un déficit de diagnostic lié à l'outil de mesure. Des échelles de mesure des états dépressifs ont en effet été spécialement développées pour les populations plus âgées, dont l'expression des troubles dépressifs peut être notamment masquée

par des plaintes somatiques [12]. Si l'utilisation du Cidi-SF est classique dans une enquête en population générale comme le Baromètre santé, son exploitation auprès des segments les plus âgés de l'échantillon pourrait nous conduire à sous-estimer la prévalence des EDC en population âgée.

Globalement – à l'exception des troubles dépressifs, qui diminuent après 64 ans (peut-être du fait d'une sous-estimation potentielle) – l'évolution des indicateurs relatifs à la détresse psychologique et aux pensées suicidaires suit une courbe en U. On observe effectivement une plus grande vulnérabilité aux troubles psychologiques chez les personnes plus jeunes (55-64 ans), une diminution entre 65 et 74 ans, suivie d'une tendance à la hausse à partir de 75 ans.

Ce mouvement illustre sans doute les difficultés psychologiques qui résultent du passage à l'âge de la retraite et, plus tard (au-delà de 74 ans), des difficultés d'adaptation au vieillissement.

Cinq types de facteurs se sont révélés être positivement associés aux trois troubles (EDC, détresse psychologique et pensées suicidaires) :

- le genre : les femmes sont particulièrement touchées par l'ensemble des troubles du spectre dépressif étudiés dans ce chapitre, avec des risques relatifs de deux à trois fois supérieurs aux hommes ;

- l'âge : en contrôlant pour les autres variables, la tranche d'âge 55-64 ans reste significativement associée aux EDC et aux pensées suicidaires. Si l'âge n'est pas directement associé à la détresse psychologique, on note en revanche que le fait d'être en activité constitue un facteur de risque d'une telle détresse. Le passage à la retraite – qui intervient le plus souvent dans la tranche d'âge 55-64 ans – est en effet reconnu comme un facteur précipitant des états dépressifs chroniques [13] ;

- l'isolement social : qu'il s'agisse de vivre seul (pour les EDC ou les pensées suici-

dares) ou de ne pas avoir de contacts sociaux (pour la détresse psychologique), l'isolement social reste un facteur associé aux troubles du spectre dépressif. Ce résultat est en ligne avec les données observées dans différentes populations, dont les personnes âgées [14] ;

- la précarité : le fait de percevoir sa situation financière comme précaire est positivement associé dans notre étude aux trois indicateurs étudiés. Cette donnée est également corroborée par la littérature internationale [9] ;

- la limitation fonctionnelle : la présence d'un handicap ou d'une maladie chronique est associée à un état de santé mentale dégradé chez les femmes, quel que soit le trouble, et aux pensées suicidaires chez les hommes.

Concernant le recours aux soins, nos données montrent que six hommes sur dix et quatre femmes sur dix en état de souffrance psychologique n'ont recours à aucun soin. Bien sûr, la question de l'adéquation d'une prise en charge médicopsychologique peut être discutée en cas de détresse psychologique [7, 8] ; et la question de la prise en charge des personnes déclarant avoir eu des pensées suicidaires reste complexe : elle mérite une investigation du potentiel suicidaire et ne relève pas forcément d'une prise en charge médicale. La situation est cependant différente dans le cas des épisodes dépressifs caractérisés, dont le repérage et la prise en charge s'avèrent très bien documentés. Ainsi, parmi les personnes ayant vécu un EDC au cours des douze derniers mois, quatre personnes sur dix n'ont bénéficié d'aucun traitement pharmacologique et neuf personnes sur dix n'ont bénéficié d'aucune prise en charge psychothérapeutique. Les facteurs associés à un moindre recours aux médicaments psychotropes sont le fait d'être un homme, l'avancée en âge en cas d'EDC et le fait de vivre dans un environnement rural. Le recours aux psychothérapies est quant à lui associé à un âge plus jeune (55-64 ans) et, chez les femmes, au fait de vivre seule.

Si la marge de progression reste importante, les données d'évolution du recours aux soins montrent cependant une forte hausse du recours à un traitement psychotrope en cas d'EDC entre 2005 et 2010 (+ 10 points chez les 55-64 ans). À cette évolution correspond, sur la même période et auprès de la tranche d'âge immédiatement supérieure (65-74 ans), une diminution significative de la prévalence des épisodes dépressifs. Peut-être peut-on y voir un effet des actions de communication et de formation conduites entre 2007 et 2009 par les pouvoirs publics autour de l'identification et de la prise en charge des troubles dépressifs. Cette hypothèse est d'ailleurs cohérente avec la hausse observée du sentiment d'information de la population au cours de cette période [15]. Pour autant, sur la même période, les données d'évolution indiquent une diminution comparable du recours aux psychothérapies en cas d'EDC, diminution surtout observée chez les femmes (- 15 points). Dans un contexte où les séances ne bénéficient d'aucune prise en charge (en dehors de celles délivrées par les médecins et psychiatres), il est probable que la crise économique de 2008 a contribué à cette diminution significative du recours aux psychothérapies.

Toujours à propos des données de recours aux soins, nos résultats montrent une consommation de psychotropes très inférieure chez les hommes par rapport aux femmes en cas de détresse psychologique et de pensées suicidaires. Il faut que soit identifié un état dépressif caractérisé pour retrouver chez les hommes un niveau de recours aux soins comparable à celui des femmes. Ces résultats corroborent une donnée classique de la littérature qui tend à montrer que, par rapport aux femmes, les hommes retardent généralement le recours au soin [16, 17].

Enfin, il nous semble important de mettre l'accent sur les résultats qui suggèrent une relative indépendance chez les hommes

entre les pensées suicidaires et les deux autres indicateurs considérés (détresse psychologique et EDC). En effet, la moitié des hommes de 55-85 ans exprimant des pensées suicidaires n'ont ni vécu d'épisode dépressif au cours des douze derniers mois ni semblés être en détresse psychologique (vs 10 % des femmes et 17 % des hommes de moins de 55 ans). Ces données rendent compte des difficultés potentielles pour identifier et donc prendre en charge le risque suicidaire chez les hommes âgés. Elles pourraient contribuer à expliquer à la fois le moindre recours aux soins et la plus grande proportion de suicides chez les hommes [18]. En outre, elles interrogent sur l'évolution du lien existant entre pensées suicidaires et troubles psychiques avec l'avancée en âge. Le caractère psychopathologique des pensées et des actes suicidaires, très nombreux parmi les personnes âgées, est d'ailleurs questionné dans les débats sociétaux qui entourent la fin de vie.

Pour conclure, à la lumière des principaux facteurs associés à la survenue de troubles psychologiques et au recours aux soins chez les personnes de 55 à 85 ans, nous proposerons quelques grandes lignes directrices pour la prévention du mal-être chez les personnes âgées.

Concernant le genre, nos données confirment la plus forte prévalence des états de mal-être chez les femmes. Des programmes de sensibilisation, de repérage et de prise en charge des troubles dépressifs ont été conduits notamment au Japon dans les milieux ruraux, avec une diminution significative des taux de suicide chez les femmes [19]. Les hommes semblent quant à eux avoir moins recours aux soins, sauf en cas d'EDC. Des interventions ciblées auprès des hommes âgés visant précisément le repérage des troubles dépressifs et du risque suicidaire mériteraient d'être développées.

Concernant l'âge, nos résultats suggèrent une plus grande vulnérabilité des personnes

en fin de parcours professionnel (55-64 ans). Des programmes favorisant le développement d'actions centrées sur l'adaptation à la retraite ou encore sur la prévention des risques psychosociaux au travail chez les plus de 55 ans pourraient dès lors présenter un bénéfice en terme de prévention du mal-être. Dans le paysage français, le guide *Les sessions de préparation à la retraite*, édité en 2012 par l'Inpes dans le cadre de l'année européenne pour le vieillissement actif et la solidarité entre les générations, constitue ainsi un outil intéressant pour le développement d'un programme d'accompagnement à la retraite<sup>3</sup> au sein des organisations de travail (entreprises, collectivités...), en cofinancement avec les mutuelles. Les données qui montrent quant à elles un déficit de recours aux soins en cas d'EDC chez les personnes de plus de 65 ans supposent, ici encore, un renforcement des capacités de repérage et de prise en charge de la dépression chez la personne âgée. À titre d'exemple, aux États-Unis, des programmes visant à mettre à disposition des médecins généralistes des guides de prise en charge des personnes âgées dépressives ont montré leur efficacité sur la diminution des pensées suicidaires [20, 21]. Les bilans de santé proposés gratuitement aux personnes par les centres de prévention pourraient être l'occasion d'un dépistage systématique des troubles dépressifs et du potentiel suicidaire.

L'isolement social paraît également être un facteur de risque du mal-être psychologique. Le développement d'actions de lutte contre l'isolement, d'actions communautaires et de promotion de la vie sociale reste aujourd'hui privilégié dans de nombreux contextes internationaux [22], pour répondre aux enjeux associés à « l'insularisation sociale » des personnes âgées [23]. Aux actions centrées sur les individus doivent donc s'ajouter des actions plus spécifiques sur les environnements – notamment sociaux – favorables à la santé et à la santé mentale.

La prise en compte de la précarité, également liée aux états de souffrance psychologique mesurés dans notre enquête, est aujourd'hui un élément incontournable des politiques sociales et sanitaires, incitant à développer des actions en priorité auprès des populations en situation de vulnérabilité socioéconomique. La prise en compte des inégalités sociales de santé chez les personnes âgées s'incarne entre autres dans les Observatoires de la fragilité développés au sein des Caisses d'assurance retraite et santé au travail (Carsat), qui s'efforcent de repérer, sur la base d'indicateurs socio-économiques, les situations de fragilité et d'adapter en conséquence les offres de services.

La limitation fonctionnelle est également impliquée dans le développement des situations de mal-être chez les personnes âgées. À ce titre, il semble important de continuer à développer des programmes de prévention des chutes et, plus largement, des programmes de promotion de la mobilité (ateliers équilibre, ateliers d'activité physique, aides à l'aménagement du logement...), dont les données d'évaluation témoignent de l'efficacité [24].

Au final, dans la ligne du Plan national « *Bien vieillir* » 2007-2009<sup>4</sup>, la prévention du mal-être et des troubles psychiques associés, ainsi que la promotion de la santé mentale, doivent relever d'une prise en charge globale du vieillissement axée sur l'adaptation aux changements (passage à la retraite, limitation fonctionnelle, isolement) et prenant en compte les inégalités sociales de santé, dont les répercussions se cumulent avec l'avancée en âge [25].

3. Ce guide peut être commandé ou téléchargé sur : [www.inpes.sante.fr/nouveautes-editoriales/2011/sessions-preparation-retraite.asp](http://www.inpes.sante.fr/nouveautes-editoriales/2011/sessions-preparation-retraite.asp) [12/12/2013]

4. En ligne : [www.travail-emploi-sante.gouv.fr/IMG/pdf/presentation\\_plan-3.pdf](http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan-3.pdf) [12/12/2013]

## Bibliographie

- [1] Wittchen H.U., Jacobi F., Rehm J.R., Gustavsson A., Svensson M., Jönsson B., *et al.* "The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010". *European Neuropsychopharmacology*, 2011, vol. 21, n° 9 : p. 655-679.
- [2] 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.
- [3] Patrick J.H., Johnson J.C., Goins R.T., Brown D.K. "The effects of depressed affect on functional disability among rural older adults". *Quality of Life Research*, 2004, vol. 13, n° 5 : p. 959-967.
- [4] Fiske A., Wetherell J.L., Gatz M. "Depression in older adults". *Annual review of clinical psychology*, 2009, vol. 5 : p. 363-389.
- [5] Lepège A., Ecosse E., Verdier A., Perneger T. V. "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.
- [6] Watson R., Gardiner E., Hogston R., Gibson H., Stimpson A., Wrate R., *et al.* "A longitudinal study of stress and psychological distress in nurses and nursing students". *Journal of Clinical Nursing*, 2009, vol. 18, n° 2 : p. 270-278.
- [7] Korkeila J., Lehtinen V., Bijl R., Dalgard O.-S., Kovess V., Morgan A., *et al.* "Review Article : Establishing a set of mental health indicators for Europe". *Scandinavian Journal of Public Health*, 2003, vol. 31, n° 6 : p. 451-459.
- [8] Kovess-Masfety V., Boisson M., Godot C., Sauneron S. *La santé mentale, l'affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de vie*. Paris : Centre d'Analyse Stratégique, 2010 : 254 p. En ligne : [www.ladocumentationfrancaise.fr/docfra/rapport\\_telechargement/var/storage/rapports-publics/094000556/0000.pdf](http://www.ladocumentationfrancaise.fr/docfra/rapport_telechargement/var/storage/rapports-publics/094000556/0000.pdf) [dernière consultation : 14/11/2013]
- [9] Platt S., Boyle P., Crombie I., Feng Z., Exeter D. *The epidemiology of suicide in Scotland 1989-2004 : an examination of temporal trends and risk factors at national and local levels*. Edinburgh : Scottish Executive Social Research, 2007 : 255 p. En ligne : [www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/168696/0046868.pdf](http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/168696/0046868.pdf) [14/11/2013]
- [10] Russ T.C., Stamatakis E., Hamer M., Starr J.M., Kivimaki M., Batty G. D. "Association between psychological distress and mortality : individual participant pooled analysis of 10 prospective cohort studies". *British Medical Journal*, 2012, vol. 345 : e4933
- [11] Beck F., Guignard R., Du Roscoät E., Saïas T. « Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010 ». *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 13 décembre 2011, n° 47-48 : p. 488-492. En ligne : [www.invs.sante.fr/content/download/24991/137049/version/6/file/BEH\\_47\\_48\\_2011.pdf](http://www.invs.sante.fr/content/download/24991/137049/version/6/file/BEH_47_48_2011.pdf) [14/11/2013]
- [12] Lyness J.M., Noel T.K., Cox C., King D. A., Conwell Y., Caine E.D. "Screening for Depression in Elderly Primary Care Patients. A Comparison of the Center for Epidemiologic Studies - Depression Scale and the Geriatric Depression Scale". *Archives of Internal Medicine*, 1997, vol. 157, n° 4 : p. 449-454.
- [13] Lapiere S., Dubé M., Bouffard L., Alain M. "Addressing suicidal ideations through the realization of meaningful personal goals". *Crisis : The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 2007, vol. 28, n° 1 : p. 16-25.
- [14] Saïas T., Beck F., Bodard J., Guignard R., du Roscoät E. "Social participation, social environment and death ideations in later life". *PLoS one*, 2012, vol. 7, n° 10 : p. e46723. doi : 46710.41371/journal.pone.0046723. En ligne : [www.plosone.org/article/abstract?id=EB4ED4483A8DDF03B0BF34767AD6BFA?uri=info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0046723&representation=PDF](http://www.plosone.org/article/abstract?id=EB4ED4483A8DDF03B0BF34767AD6BFA?uri=info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0046723&representation=PDF) [14/11/2013]
- [15] Beck F., Guignard R. « La dépression en France : évolution de la prévalence, du recours au soin et du sentiment d'information de la population ». *La Santé de l'Homme*, 2012, n° 421 : p. 43-45. En ligne : [www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/pdf/SH-depression.pdf](http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/pdf/SH-depression.pdf) [14/11/2013]
- [16] Aliaga C. « Les femmes plus attentives à leur santé que les hommes ». *Insee Première*, octobre 2002, n° 869 : 4 p. En ligne : [www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/ip869.pdf](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ip869.pdf) [14/11/2013]
- [17] Beck F., Maillochon F. « Genre, santé et soins ». In : Bimes-Arbus S., Czernichow P., Simeoni M.-C., Carricaburu D., Dartigues J.-F., Le Coz P., Le Faou A.-L., Metzger M.-H. *Santé - Société - Humanité (Cours UE 7)*. Paris : Elsevier-Masson, 2012 : p. 559-567.
- [18] Aouba A., Péquignot F., Camelin L., Laurent F., Jouglé E. « La mortalité par suicide en France en 2006 ». *Drees. Études et Résultats*, 2009 (702) : 1-8.
- [19] Oyama H., Goto M., Fujita M., Shibuya H., Sakashita T. "Preventing elderly suicide through primary care by community-based screening for depression in rural Japan". *Crisis : The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 2006, vol. 27, n° 2 : p. 58-65.
- [20] Bruce M.L., Ten Have T.R., Reynolds C.F., Schulberg H.C., Mulsant B.H., *et al.* "Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients : a randomized controlled trial". *The Journal of the American Medical Association*, 2004, vol. 291, n° 9 : p. 1081-1091. En ligne : <http://jama.jamanetwork.com/data/Journals/JAMA/4918/JOC32219.pdf> [14/11/2013]
- [21] Du Roscoät E., Beck F. "Efficient interventions on suicide prevention : A literature review". *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2013, vol. 61, n° 4 : p. 363-374.
- [22] Raymond E., Gagné D., Sévigny A., Tourigny A. *La participation sociale des aînés dans une perspective de vieillissement en santé*. Québec : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Institut national de santé publique

du Québec, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université Laval, 2008 : 111 p.

En ligne : [www.inspq.qc.ca/pdf/publications/859\\_RapportParticipationSociale.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/859_RapportParticipationSociale.pdf) [14/11/2013]

- [23]** Saïas T., Véron L., Lapiere V. « Prévention du suicide de la personne âgée : la place des interventions communautaires ». *Pratiques Psychologiques*, 2013, vol. 19, n° 2 : p. 103-117.
- [24]** McClure R., Turner C., Peel N., Spinks A., Eakin E., Hughes K. "Population-based interventions for the prevention of fall-related injuries in older people". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005, n° 1 : CD004441.
- [25]** Ferraro K.F., Shippee T.P. "Aging and cumulative inequality : How does inequality get under the skin?" *The Gerontologist*, 2009, vol. 49, n° 3 : p. 333-343.
- 