



Liberté - Égalité - Fraternité
Établissement Français

Ministère de l'Emploi,
de la Cohésion sociale
et du Logement

Ministère de la Santé
et des Solidarités



Études et Résultats



N° 545 • décembre 2006

Cette étude se fonde sur trois enquêtes en population générale qui proposent chacune un outil de caractérisation de l'épisode dépressif.

Deux de ces outils relèvent d'une approche catégorielle (systèmes diagnostiques du DSM-IV et de la CIM 10) et l'autre d'une approche dimensionnelle.

Malgré ces différences de définition et de questionnaire, les corrélations entre caractéristiques sociodémographiques et épisode dépressif sont souvent

du même ordre. Ainsi, les femmes présentent, toutes choses égales par ailleurs, entre 1,5 et 2 fois plus de risques de vivre un épisode dépressif que les hommes.

Les troubles dépressifs apparaissent également étroitement liés à la situation conjugale (vie maritale, vie en couple, célibat) et notamment au fait d'avoir vécu ou non une rupture (divorce, séparation ou décès du conjoint).

Il en est de même pour la situation professionnelle: les chômeurs déclarent un épisode dépressif entre 1,4 et 2,1 fois plus souvent que les actifs occupés. Par ailleurs, deux enquêtes mettent en évidence une corrélation négative entre niveau d'étude et risque d'épisode dépressif.

Enfin, de façon moins nette, l'âge semble avoir un impact sur ces risques, les 60-75 ans présentant une «dépressivité» moindre toutes choses égales par ailleurs.

Facteurs de risque des épisodes dépressifs en population générale

ENTRE 1999 et 2005, trois enquêtes ont apporté leur contribution à la mesure statistique des troubles dépressifs en population générale (encadré 1): l'enquête Santé mentale en population générale (SMPG), réalisée par le centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en partenariat avec la DREES, l'enquête décennale Santé de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) et de la DREES et le baromètre Santé de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES).

Les troubles dépressifs sont un enjeu de santé publique majeur et soulèvent de nombreuses questions de société. D'une part, la souffrance psychologique de certaines catégories de population reste mal connue et leur prise en charge semble, dans certains cas, insuffisante ou inadaptée (moindre recours des populations les moins favorisées aux spécialistes et difficultés à initier ou à suivre une démarche de soins¹). D'autre part, la consommation d'antidépresseurs est en très forte progression en France: les ventes d'antidépresseurs ont ainsi été multipliées par sept en 20 ans (Amar, Balsan, 2004).

Isabelle LEROUX, Thomas MORIN

Ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement
Ministère de la Santé et des Solidarités
DREES

1. Sur les déterminants sociaux du recours aux soins, suivant une approche non spécifique aux troubles psychiques, voir Raynaud D., 2005, «Les déterminants individuels des dépenses de santé: l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire», *Études et Résultats*, DREES, n° 378, février.



Le rapprochement de l'enquête SMPG, du baromètre Santé et de l'enquête Santé permet d'aborder les troubles dépressifs de manière nuancée, la dépression ne pouvant être réduite ni à une seule définition ni à une seule mesure trop rigide (encadré 2).

Ces trois enquêtes utilisent des questionnaires et des périodes de référence différents. Dans ce contexte, l'objectif de cette étude n'est pas de comparer les prévalences de l'épisode dépressif, mais d'identifier les facteurs de risque, c'est-à-dire les caractéristiques démographiques et sociales les plus souvent

associées à un épisode dépressif, sans préjuger du sens de la causalité (encadré 3).

Plus d'épisodes dépressifs parmi les femmes

Pour deux hommes dépressifs, il y a selon l'enquête considérée entre trois et quatre femmes qui le sont. Toutes choses égales par ailleurs, les femmes sont plus touchées que les hommes par les troubles dépressifs. En effet, à âge, formation, situation conjugale et professionnelle identiques, une femme présente

entre 1,5 et 2 fois plus de risques qu'un homme de vivre un épisode dépressif (tableau 1). Ces résultats apparaissent cohérents avec ceux d'enquêtes antérieures en population générale, comme l'enquête Santé et protection sociale de 1996-1997 en France ou les enquêtes européennes Depress de 1996 et ESEMeD (étude européenne sur l'épidémiologie des troubles mentaux) de 2000-2002.

Cet écart entre hommes et femmes face aux troubles dépressifs doit cependant être nuancé, en raison d'un éventuel biais de sous-déclaration (encadré 4).

E•1

Trois enquêtes sur l'épisode dépressif

	Enquête Santé mentale en population générale (SMPG)	Baromètre Santé	Enquête décennale Santé
Description des enquêtes			
Organisme	OMS - DREES	INPES	INSEE - DREES
Date de collecte	1999-2003	2004-2005	2002-2003
Champs	France entière 18-75 ans	France métropolitaine 18 ans et plus	France métropolitaine 18 ans et plus pour la santé mentale
Type d'entretien	Face-à-face	Téléphone	Auto-questionnaire SF 36 pour la santé mentale
Méthode d'échantillonnage	Agrégation d'enquête par quotas	Tirage aléatoire (liste d'abonnés)	Tirage aléatoire dans l'échantillon maître de l'INSEE
Diagnostic de l'épisode dépressif			
Terminologie (1)	Épisode dépressif	Épisode dépressif majeur	Score de dépressivité
Classification (2)	Approche catégorielle reposant sur la Classification internationale des maladies, 10 ^e révision (CIM 10)	Approche catégorielle reposant sur le Diagnostic and Statistical Manual, 4 ^e révision (DSM-IV)	Approche dimensionnelle : ne repose pas sur une classification
Questionnaire santé mentale	MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview)	CIDI-SF (Composite International Diagnostic Interview Short-Form)	Échelle CES-D (Center for Epidemiologic Studies - Depression Scale)
Algorithme	Parmi 10 symptômes, au moins 4 doivent être présents, dont 2 des 3 premiers :	Parmi 8 symptômes, au moins 4 doivent être présents, dont 1 des 2 premiers :	Il n'y a pas d'algorithme, mais un score de dépressivité construit à partir de 20 items :
Symptômes proches ou commun (pour l'enquête Santé seuls les items ayant leur équivalent dans les deux autres enquêtes sont mentionnés)	<ul style="list-style-type: none"> • Humeur dépressive, tristesse • Perte d'intérêt (anhédonie) • Fatigue ou perte d'énergie • Trouble de l'appétit • Troubles du sommeil • Ralentissement/agitation psychomotrice • Sentiment d'infériorité • Sentiment de culpabilité inappropriée • Difficultés de concentration • Idées noires. Pensée de mort 	<ul style="list-style-type: none"> • Humeur dépressive, tristesse • Perte d'intérêt (anhédonie) • Fatigue ou perte d'énergie • Trouble de l'appétit • Troubles du sommeil • Sentiment d'infériorité • Difficultés de concentration • Idées noires. Pensée de mort 	<ul style="list-style-type: none"> • Humeur dépressive, tristesse • Fatigue ou perte d'énergie • Trouble de l'appétit • Troubles du sommeil • Sentiment d'infériorité • Difficultés de concentration
Prise en compte du retentissement (3)	Ajoutée <i>a posteriori</i> : <i>Quand vous avez (aviez) ces problèmes, est-ce que vos activités habituelles sont (ont été) perturbées ?</i>	Prévue dans le diagnostic : <i>Ces problèmes vous gênent-ils (vous ont ils gêné) dans votre vie de tous les jours ?</i>	Prise en compte du retentissement social mais pas comme une condition <i>sine qua non</i> .
Période de référence	Les symptômes doivent être présents durant les deux dernières semaines.	Les symptômes doivent être présents durant deux semaines consécutives au cours des 12 derniers mois.	La fréquence des symptômes est renseignée sur la dernière semaine.
Prévalence (4) de l'épisode dépressif (18-75 ans, métropole)	Sans tenir compte du retentissement : 11,1 % Avec retentissement : 7,9 %	7,9 %	8,8 %

Les personnes mariées ou vivant en couple sont moins exposées que les personnes célibataires

La situation économique et sociale est étroitement liée au risque d'épisode dépressif. En effet, le tissu familial et relationnel, d'une part, et l'insertion professionnelle, d'autre part, diminuent le risque de trouble dépressif. En retour, vivre un épisode dépressif peut provoquer ou aggraver des situations d'isolement ou d'exclusion. À cet égard, le risque d'épisode dépressif est fortement corrélé à la situation conjugale (on

distingue les personnes mariées, celles qui vivent en couple sans être mariées, les personnes célibataires, veuves ou séparées/divorcées qui ne se sont pas remises en couple). Les trois enquêtes mettent en lumière une gradation nette entre l'isolement familial et le risque d'épisode dépressif.

Les personnes les moins exposées sont celles qui vivent en couple et *a fortiori* les personnes mariées. De fait, la prévalence de l'épisode dépressif des personnes mariées est de 4 points inférieure à celle des personnes qui ne le sont pas, quelle que soit l'enquête envi-

E•2

Les troubles dépressifs, entre pathologie, mal-être et représentations

La mesure statistique des troubles psychiques, et notamment celle des troubles dépressifs, soulève des difficultés particulières.

Tout d'abord, se pose la question de la mesure objective d'un phénomène subjectif. En effet, dans le domaine de la santé mentale, le lien entre les symptômes et la pathologie est souvent plus flou et moins bien défini que dans le domaine de la santé physique¹. Ainsi, malgré un ressenti et des comportements similaires, il est parfois malaisé de distinguer ce qui relève d'un mal-être diffus ou d'une souffrance liée à une situation difficile, les plus souvent bénins et temporaires, de ce qui relève d'une structure de personnalité pathologique stricto sensu.

Par ailleurs, le trouble dépressif est une maladie multifactorielle, qui s'exprime différemment selon les personnes et les conditions de vie. Il s'inscrit donc dans une histoire personnelle et un contexte culturel et social². La santé mentale d'une personne est en effet indissociable de ses relations avec son entourage. Cette dimension sociale des troubles dépressifs met en avant la question des représentations de la maladie, ces dernières variant selon les cultures, les positions sociales et économiques, l'âge, le sexe ou encore les trajectoires de vie : ainsi, un épisode dépressif ne revêt pas le même sens, ne s'exprime pas et n'est pas perçu de la même manière pour un ouvrier et un cadre, ou encore pour un homme et une femme.

Enfin, le niveau à partir duquel une situation de mal-être est interprétée comme relevant du domaine pathologique dépend aussi du seuil à partir duquel une société considère qu'une souffrance psychique nécessite une thérapeutique.

1. Il n'existe pas aujourd'hui de véritable consensus autour de la notion de « validation d'un instrument de mesure subjectif », selon Falissard B., 2001, *Mesurer la subjectivité en santé, perspective méthodologique et statistique*, Paris, Masson.

2. Dans les troubles mentaux, la dimension biologique, le psychisme individuel et le réseau de relations réciproques tissent des liens indissociables. Voir Zarifian E., 1999, *Les jardiniers de la folie*, Paris, Odile Jacob.

(1) Une notion pour trois enquêtes

La notion d'« épisode dépressif » utilisée dans cette étude regroupe les termes correspondants dans les trois enquêtes, malgré les différences sémantiques relevées. En effet, s'il n'est pas certain que ces enquêtes mesurent exactement la même pathologie au sens médical, on peut considérer qu'elles décrivent un phénomène voisin, dont la gravité est à peu près semblable et l'appartenance à la catégorie des troubles dépressifs indiscutable. Par ailleurs, pour des raisons de faisabilité et de cohérence, l'angle de la temporalité n'est pas abordé. La distinction entre les épisodes dépressifs isolés et les troubles dépressifs récurrents ou chroniques n'est donc pas faite dans cette étude.

(2) Approches catégorielles et dimensionnelles

Les questionnaires utilisés dans le baromètre Santé et l'enquête SMPG s'appuient sur des systèmes diagnostiques différents, respectivement le DSM-IV et la CIM 10. Ces derniers regroupent les différents troubles mentaux en catégories de comportements distinctes, dont l'épisode dépressif. À l'opposé, le questionnaire utilisé dans l'enquête décennale Santé, l'échelle CES-D, n'établit pas de diagnostic, mais construit un score de dépressivité. La dépression y est envisagée comme une dimension, et non comme une catégorie. Ainsi, la population se répartit le long d'une échelle de dépressivité, selon un continuum de gravité qui s'étendrait d'un état de bien-être psychologique total à un état dépressif grave. Afin de pouvoir comparer ces trois enquêtes, l'approche catégorielle des troubles dépressifs a dû être appliquée à l'enquête Santé. En nous inspirant des expertises réalisées sur ce questionnaire, nous avons admis un seuil (23/60) à partir duquel l'on peut considérer que la personne présente des syndromes dépressifs.

(3) Prise en compte du retentissement

Dans le baromètre Santé, pour que le diagnostic soit validé, le trouble doit avoir un retentissement social : les symptômes doivent être associés à une perturbation de la vie de tous les jours. La contrainte du retentissement n'est a priori pas présente dans l'enquête SMPG. Pour y remédier, le critère a été ajouté à partir de questions postérieures au diagnostic, à savoir : « Ces problèmes vous ont-ils gêné dans la vie de tous les jours ? » Le critère du retentissement social n'est pas spécifiquement pris en compte dans l'enquête Santé, au sens où il n'est pas renseigné comme conséquence des troubles et dans la mesure où il n'est pas une condition nécessaire du diagnostic. Toutefois, certaines questions prises en compte dans le score de dépressivité reflètent les relations sociales plus ou moins dégradées de la personne interrogée. Ainsi, les items suivants traduisent une forme de détresse sociale : « j'ai moins parlé que d'habitude », « je me suis senti seul », « les autres ont été hostiles avec moi ».

(4) Peut-on parler de prévalence ?

Au sens épidémiologique du terme, ces enquêtes déclaratives ne permettent pas de mesurer une prévalence stricto sensu (nombre de cas d'une maladie au sein d'une population donnée à une date donnée) de l'épisode dépressif. Néanmoins, l'enquête Santé fournit un indicateur de prévalence, en considérant qu'il y a un épisode dépressif à partir d'un certain niveau de dépressivité. De plus, les critères du baromètre Santé et de l'enquête SMPG sont empruntés à des diagnostics cliniques scientifiquement validés, même s'ils ne sont que « déclarés » et non pas repérés par examen médical. Pour ces raisons, le terme de « prévalence » est donc employé par convention dans cette étude.

T 01 analyses logistiques des facteurs de risque de l'épisode dépressifs à partir de trois enquêtes

Odds ratio

	Ensemble			Hommes			Femmes		
	Enquête décennale Santé	Baromètre Santé	Enquête SMPG	Enquête décennale Santé	Baromètre Santé	Enquête SMPG	Enquête décennale Santé	Baromètre Santé	Enquête SMPG
Sexe									
Homme	réf.	réf.	réf.						
Femme	2,0	1,8	1,5						
Âge									
18-29	0,7	n.s.	n.s.	0,6	n.s.	n.s.	0,7	n.s.	n.s.
30-39	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,8	n.s.	n.s.
40-49	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.
50-59	n.s.	n.s.	0,9	n.s.	0,6	0,8	n.s.	n.s.	n.s.
60-75	0,6	0,5	0,6	n.s.	0,4	0,6	0,7	0,6	0,7
Situation conjugale									
Marié(e)	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.
Couple non marié	1,4	1,2	1,8	n.s.	1,4	1,9	1,5	n.s.	1,6
Célibataire	2,4	1,6	1,5	2,3	1,7	1,6	2,3	1,5	1,4
Veuf/Veuve	2,8	2,3	1,7	5,3	5,7	2,5	2,4	1,8	1,4
Divorcé(e) ou séparé(e)	3,1	2,5	2,3	2,9	2,6	2,9	3,1	2,4	1,9
Situation professionnelle									
Travail	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.
Études	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Chômage	2,1	1,4	2,1	2,1	1,9	2,3	2,1	n.s.	1,9
Retraite	1,3	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	1,4	n.s.	n.s.
Inactif	1,8	1,6	1,7	4,4	3,2	3,0	1,6	1,3	1,3
Formation									
Primaire	1,3	0,8	1,4	n.s.	0,6	n.s.	1,4	n.s.	1,5
Secondaire	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	1,3	n.s.	n.s.
Bac	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.
Universitaire	0,8	n.s.	0,7	0,7	n.s.	0,6	n.s.	n.s.	0,8
Réf. : modalité de référence. N.S. : non significativement différent de 1 (au seuil de 5%). Lecture : selon l'enquête décennale Santé, une femme a deux fois plus de risques de vivre un épisode dépressif qu'un homme, à âge, situation conjugale, situation professionnelle et formation identiques. Champ : France métropolitaine, 18-75 ans.									

4

sagée. Les personnes vivant en couple sans être mariées sont davantage exposées au risque d'épisode dépressif que les personnes mariées, mais le sont moins que les célibataires. Ainsi, toutes choses égales par ailleurs, le risque d'un célibataire de vivre un épisode dépressif est entre 1,5 et 2,4 fois plus élevé que pour une personne mariée. Pour une personne vivant en couple, ce risque est de 1,2 à 1,8 fois plus important que pour une personne mariée. À noter toutefois, le lien entre le mariage et une moindre exposition au risque de vivre un épisode dépressif est peut-être en partie imputable à des effets qui n'ont pas pu être pris en compte dans le modèle, comme la durée de la relation, la présence d'enfant, l'acceptation de l'entourage, etc.

Séparation, divorce, veuvage : des facteurs de risque majeurs

La circonstance la plus dommageable est celle où le couple a été rompu. La rupture pourrait accroître la vulnérabilité face aux troubles dépressifs, lorsqu'elle conduit à un isolement non désiré et auquel la personne se sent alors inadaptée. Inversement, un état de souffrance psychique serait susceptible de fragiliser les relations conjugales. Ainsi, une personne se déclarant célibataire est moins exposée aux troubles dépressifs qu'une personne vivant seule et se déclarant divorcée, séparée ou veuve. Toutes choses égales par ailleurs, une personne veuve a entre 1,7 et 2,8 fois plus de risques de vivre un épisode dépressif

E 3

Facteur de risque et causalité

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit le facteur de risque comme une situation sociale ou économique, un état biologique, un comportement ou un environnement qui sont liés, éventuellement par une relation de cause à effet, à une vulnérabilité accrue à une maladie, à des problèmes de santé ou à des traumatismes déterminés (Glossaire de la promotion de la santé, 1998). Conformément à cette définition, l'étude présente a pour objectif d'identifier des associations statistiquement significatives entre certaines caractéristiques sociodémographiques et le diagnostic d'épisode dépressif. Néanmoins, elle ne permet pas d'indiquer des relations causales. En effet, dans bien des cas, il n'est pas possible de déterminer si l'épisode dépressif est la cause ou l'effet du facteur de risque associé.

qu'une personne mariée. Cependant, dans certains cas, la souffrance liée au deuil peut être repérée à tort comme un trouble dépressif, notamment quand la perte du conjoint est récente (encadré 5). Le risque atteint son maximum pour un divorcé ou séparé (odds ratios compris entre 2,3 et 3,1).

Pour les hommes comme pour les femmes, on observe moins d'épisodes dépressifs en couple, davantage pour le célibat et plus encore en cas de rupture. Les différentes ruptures dans les trajectoires de vie n'ont cependant pas les mêmes degrés de répercussion sur les troubles dépressifs selon le sexe. Pour les hommes, le veuvage est l'événement le plus fréquemment associé à des épisodes dépressifs alors que, pour les femmes, c'est la séparation ou le divorce. Par rapport à une femme mariée, une veuve court ainsi un risque 1,4 à 2,4 fois plus élevé de vivre un épisode dépressif, tandis que ce risque est 1,9 à 3,1 fois plus élevé pour une femme séparée ou divorcée. Par rapport à un homme marié, le risque est 2,5 à 5,7 fois plus élevé pour un veuf, et 2,6 à 2,9 fois plus élevé pour un homme séparé ou divorcé.

Selon le baromètre Santé et l'enquête SMPG, ne pas vivre en couple est un facteur de risque moins important pour

les plus jeunes (18-29 ans) et les plus âgés (plus de 60 ans). Ce résultat se retrouve dans l'enquête Santé, mais le risque y est également moindre pour les individus de 40-49 ans.

Plus généralement, quel que soit leur lien avec les autres occupants du logement, les personnes n'habitant pas seules sont moins souvent sujettes à des épisodes dépressifs. La différence de prévalence entre les personnes vivant seules et celles partageant leur logement avec au moins une autre personne est d'environ 3 points, selon le baromètre Santé et l'enquête SMPG. Toutes choses égales par ailleurs (y compris la situation conjugale), habiter seul multiplie le risque d'épisode dépressif respectivement par 1,2 et 1,5 dans l'enquête SMPG et l'enquête Santé, mais n'a pas d'effet significatif dans le baromètre Santé.

Le tissu relationnel proche apparaît donc important pour prévenir les troubles dépressifs. À ce titre, les migrations peuvent accroître l'exposition à ce risque, car elle provoquent souvent une rupture avec le milieu d'origine et des difficultés d'insertion. Ainsi, dans l'enquête SMPG comme dans l'enquête Santé, les personnes nées à l'étranger vivent plus souvent des épisodes dépressifs que celles nées en France. Néanmoins, toutes choses égales par ailleurs, ces deux enquêtes montrent qu'être né à l'étranger n'augmente le risque d'épisodes dépressifs que pour les hommes.

L'inactivité et le chômage sont plus souvent associés à des épisodes dépressifs

Comme la situation conjugale, la situation professionnelle est étroitement liée au risque d'épisode dépressif. Vivre une période de dépressivité prolongée entrave l'insertion professionnelle, en provoquant une perte de la confiance en soi, une gêne relationnelle, une diminution de l'énergie. En retour, vivre une situation d'exclusion aggrave les risques de connaître un épisode dépressif. En effet, l'activité professionnelle n'est pas seulement un moyen de subsistance, elle est aussi une instance d'intégration, productrice de lien social².

E•4

Sous-déclaration des hommes et/ou surexposition aux troubles dépressifs des femmes ?

Dans toutes les enquêtes, et quel que soit l'outil utilisé, les femmes présentent plus de risques de vivre un épisode dépressif que les hommes. Pour obtenir une morbidité proche entre hommes et femmes, il faut choisir des critères moins contraignants pour le diagnostic masculin. Cette dernière option est celle choisie par R. Fuhrer et F. Rouillon (1989). Dans leur validation de la version française de l'échelle CES-D (Centre for Epidemiologic Studies - Depression Scale), questionnaire utilisé dans l'enquête Santé, ils choisissent un seuil de repérage plus élevé pour les femmes. Cette démarche, qui n'a pas été retenue ici, revient à supposer une sous-déclaration masculine des symptômes de l'épisode dépressif. Les hommes auraient plus de mal à reconnaître (dans les deux sens du terme) des états comme la tristesse, une perte d'intérêt ou le manque de confiance en soi.

Dans l'enquête SMPG, un tiers des hommes juge qu'une personne dépressive est « responsable de sa dépression », contre un quart des femmes. Cela viendrait appuyer l'idée qu'il est plus dévalorisant pour un homme de se reconnaître soi-même comme dépressif.

En outre, l'enquête Santé montre que l'écart entre les hommes et les femmes est sensible à la manière dont l'épisode dépressif est repéré. En effet, cette enquête propose deux outils permettant de compter les personnes souffrant d'épisodes dépressifs.

La première méthode repose sur les déclarations spontanées de maladie, recodées selon la CIM-10 (Classification internationale des maladies, 10^e révision) : suivant cette approche, le pourcentage de femmes déclarant un trouble dépressif est trois fois plus élevé que celui des hommes (la déclaration porte sur l'année écoulée).

La seconde consiste à utiliser l'échelle CES-D, où l'épisode dépressif est repéré à partir du score de dépressivité, lui-même construit à l'aide de 20 items. Cette méthode, plus élaborée, aboutit à des différences de genre importantes, mais moins prononcées que selon la déclaration spontanée : le pourcentage de femmes pour lesquelles un épisode dépressif est repéré est deux fois plus élevé que celui des hommes (les questions portent sur la semaine écoulée).

Autrement dit, l'écart entre hommes et femmes se réduit lorsque l'on utilise un questionnaire plus médiateur (en l'occurrence l'échelle CES-D), moins sensible au biais de sous-déclaration. On peut dès lors supposer qu'après un examen clinique, l'écart entre hommes et femmes serait encore inférieur (sans pouvoir préjuger de l'ampleur de cet écart réel).

1. Aïach P., 2001, *Femmes et hommes dans le champ de la santé*, Rennes, Éditions de l'ENSP.

5

E•5

Deuil et épisode dépressif

Qu'une séparation ou la perte d'un proche corresponde souvent à une souffrance psychique importante ne fait aucun doute. Néanmoins, l'assimilation de ce type de souffrance temporaire à un épisode dépressif peut être remise en cause, malgré la similitude des symptômes, en particulier en cas de deuil. En effet, le deuil ne peut pas être considéré « comme un état morbide ». Ainsi, dans le DSM-IV, les symptômes ne doivent pas être expliqués par un « deuil », « la mort d'un être cher », pour qu'un épisode dépressif soit repéré. Cependant, ces restrictions ne sont pas prises en compte dans les enquêtes. En outre, pour un veuf, il est difficile de statuer sur la nature de l'impact du deuil sur son affliction (effets directs liés au choc, indirects en lien avec un bouleversement des conditions et des modes de vie), d'autant plus que l'on ignore l'ancienneté de la perte du conjoint.

Dans ce sens, les trois enquêtes montrent qu'occuper un emploi est la situation la moins associée à des troubles dépressifs. La prévalence de l'épisode dépressif parmi les personnes qui

2. Marc Collet étudie l'interaction entre « dégradation des conditions de vie » et « effritement de l'équilibre psychique » dans Collet M., Menahem G., Picard H., 2006, *Motifs médicaux de recours aux centres de soins gratuits et logiques de recours aux soins de consultants*, Rapport n° 1627, série Résultats, Paris, IRDES.

occupent un emploi est, selon l'enquête, de 1 à 3 points moins élevée que celle des personnes qui ne travaillent pas.

À l'opposé, les chômeurs et les inactifs (hors étudiants et retraités) constituent la population la plus exposée. C'est dans l'enquête Santé que l'effet est le plus visible : la proportion de personnes déclarant un épisode dépressif atteint 16 % parmi les chômeurs et les inactifs, contre 8,8 % en population générale. De plus, à sexe, âge, situation conjugale et formation donnés, les chômeurs sont, selon les enquêtes, de 1,4 à 2,1 fois plus exposés au risque d'épisode dépressif que les actifs occupés. En cas d'inactivité, ce facteur varie de 1,6 à 1,8.

Parmi les personnes qui n'occupent pas d'emploi, les retraités apparaissent comme les moins exposés aux troubles dépressifs. Être retraité n'a d'impact que dans l'enquête Santé, avec un risque 1,3 fois supérieur à celui d'un actif occupé, toutes choses égales par ailleurs, notamment à situation matrimoniale et âge contrôlés. Toutefois, une analyse par sexe montre que l'augmentation du risque n'est significative que pour les femmes.

Le lien entre inactivité et troubles dépressifs est plus particulièrement marqué pour les hommes. Toutes choses égales par ailleurs, le risque d'épisode dépressif est ainsi de 3 à 4,4 fois plus élevé pour les hommes inactifs que pour ceux qui occupent un emploi, selon les enquêtes. Pour les femmes, l'odds ratio varie de 1,3 à 1,6. Être inactif (au sens socioprofessionnel du terme) recouvre toutefois des situations très variées. Pour les femmes, il s'agit principalement de personnes au foyer, tandis que, parmi les hommes, l'inactivité est beaucoup plus rare et correspond plus souvent à des conditions de vie précaires (handicap, maladie, problèmes de santé mentale).

Le travail est donc associé à un risque moins élevé d'épisode dépressif. Pour autant, parmi les personnes occupant un emploi, il subsiste des inégalités face aux troubles dépressifs. Quand elles exercent des métiers appartenant à des catégories socioprofessionnelles supérieures, elles sont moins exposées aux troubles dépressifs : ainsi, le risque

est moindre pour les cadres, les personnes exerçant des professions intellectuelles supérieures et celles exerçant des professions intermédiaires, y compris en tenant compte du sexe, de l'âge et de la formation.

À l'opposé, les employés et les ouvriers sont ceux qui souffrent le plus souvent d'épisodes dépressifs. Toutes choses égales par ailleurs, le risque d'épisode dépressif est 1,2 à 1,4 fois plus élevé pour un employé que pour un cadre. De même, un ouvrier est entre 1,1 et 1,4 fois plus exposé qu'un cadre. Par ailleurs, quelle que soit l'enquête, les employés présentent toujours un risque légèrement plus important que les ouvriers.

Le risque d'épisode dépressif diminue avec le niveau d'étude

Dans l'enquête Santé comme dans l'enquête SMPG, le risque de trouble dépressif diminue avec le niveau de diplôme. Toutes choses égales par ailleurs, le risque d'avoir un épisode dépressif est de 1,3 à 1,4 fois plus élevé chez un titulaire du seul baccalauréat que chez un diplômé du supérieur. L'écart est du même ordre entre une personne sans diplôme et un bachelier.

Cette corrélation entre troubles dépressifs et niveau d'études n'est toutefois pas confirmée par le baromètre Santé : il n'y a pas de différence significative entre des personnes ayant suivi un cycle secondaire, obtenu le baccalauréat ou fait des études supérieures. Qui plus est, pour les hommes, n'avoir aucun diplôme diminue le risque de vivre un épisode dépressif.

Par ailleurs, en comparant la situation professionnelle et le niveau d'étude, il apparaît que ce dernier est moins corrélé que la première aux troubles dépressifs.

Le revenu, un facteur de risques moins significatif que la situation professionnelle

Les personnes vivant dans des ménages à bas revenus souffrent plus souvent d'épisodes dépressifs que les autres. Ainsi, dans l'enquête Santé, le tiers de la population le moins aisé présente un

risque de trouble dépressif 1,3 fois supérieur à celui du tiers le plus aisé. De même, dans l'enquête SMPG, toutes choses égales par ailleurs, lorsque le revenu du ménage est inférieur à 1 300 euros, le risque d'épisode dépressif est doublé. Toutefois, ce lien entre bas revenu et risque accru n'est pas significatif dans le baromètre Santé.

En tenant compte du revenu dans un modèle logistique (au même titre que le sexe, l'âge, la situation conjugale et la formation), être chômeur ou inactif reste associé, dans l'enquête Santé et l'enquête SMPG, à un risque plus important de vivre un épisode dépressif. Cela vient confirmer l'idée que l'apport monétaire ne suffit pas à expliquer le lien entre la situation professionnelle et le risque de troubles dépressifs, celle-ci ayant un impact propre, probablement dû à l'intégration sociale qu'elle suppose³. Le seul cas où le revenu l'emporte sur la situation professionnelle est celui des étudiants : à ressources égales, ces derniers ne sont pas plus exposés que les personnes ayant un emploi.

Dépressivité moindre entre 60 et 75 ans

Le risque de vivre un épisode dépressif n'est pas constant tout au long de la vie. Pour autant, l'effet de l'âge est moins marqué que celui de la situation conjugale ou de la situation professionnelle.

Toutefois, dans les trois enquêtes, à sexe, formation, situation conjugale et professionnelle identiques, les personnes âgées de 60 à 75 ans sont moins vulnérables aux troubles dépressifs que les plus jeunes. Cette observation mérite cependant d'être nuancée, car les personnes vivant en institution (maison de retraite ou structures médicalisées) sont peu ou pas représentées dans les échantillons étudiés⁴. Or cette partie de

3. Le lien entre « précarité du travail » et « vulnérabilité relationnelle » est notamment défendu par Castel R., 1995, *Les métamorphoses de la question sociale, une chronique du salariat*, Paris, Fayard. L'auteur décrit un processus de « désaffiliation » allant de pair avec un sentiment « d'inutilité sociale ».

4. Le baromètre Santé et l'enquête décennale Santé portent sur la population des ménages et, dans l'enquête SMPG, les personnes interrogées sont rencontrées dans des lieux publics.

la population, croissante avec l'âge, est potentiellement plus fragile et davantage susceptible d'être exposée à des situations d'isolement familial et/ou social.

Dans l'enquête Santé et dans l'enquête SMPG, la prévalence de l'épisode dépressif croît de nouveau à partir de 80 ans, particulièrement chez les femmes. Cette information ne peut pas être confirmée par le baromètre Santé, car la limite d'âge des personnes interrogées est de 75 ans.

Entre 18 et 50 ans, l'âge semble avoir peu d'impact sur le risque de vivre un épisode dépressif. Certes, dans les trois enquêtes, la prévalence de l'épisode dépressif est supérieure à la moyenne pour les 18-29 ans. Mais, à situation sociodémographique identique, selon l'enquête SMPG et le baromètre Santé, l'âge n'a pas d'effet en deçà de 50 ans. Dans l'enquête Santé, le risque de vivre un épisode dépressif est même inférieur pour les moins de 29 ans, toutes choses égales par ailleurs. La plus forte dépressivité chez les plus jeunes s'expliquerait donc par une situation conjugale moins stable et une situation professionnelle plus précaire.

L'effet de l'âge diffère légèrement selon le sexe : dans les trois enquêtes, après 50 ans, le risque d'épisode dépressif diminue plus vite pour les hommes que pour les femmes.

État de santé physique et épisode dépressif

Dans l'enquête décennale Santé, l'auto-questionnaire SF36, qui comprend 36 questions sur différents aspects de la santé, a permis de construire un score indicateur de la santé physique de la personne répondante. La comparaison de cet indicateur avec le score de dépressi-

vitité montre qu'une très mauvaise santé physique est associée à une mauvaise santé mentale.

Toutes choses égales par ailleurs, les 20 % de personnes dont la santé physique est la plus dégradée ont un risque de vivre un épisode dépressif multiplié par 3 par rapport aux autres individus.

Les facteurs de risques se confirment pour les épisodes dépressifs sévères

L'enquête Santé permet d'aborder les troubles dépressifs sous forme de continuum. Dans cette approche, le score de dépressivité, augmente pour les situations à risque repérées ci-avant, comme le chômage, l'inactivité ou la séparation conjugale. Contrairement à l'enquête Santé, le baromètre Santé et l'enquête SMPG ne permettent pas d'envisager les troubles dépressifs comme un continuum. Néanmoins, il est possible de distinguer les épisodes dépressifs selon leur degré de sévérité (sévéres, moyens et légers) en fonction du nombre de symptômes déclarés. Ainsi, dans ces deux enquêtes, la prévalence de l'épisode dépressif sévère est de 3 %, soit un peu moins de 40 % de l'ensemble des dépressifs. Dans l'enquête Santé, cette sous-population est approchée en modulant le seuil appliqué au score de dépressivité, de façon à obtenir les mêmes proportions.

Dans les trois enquêtes, les facteurs de risque d'ordre économique et social restent prépondérants, même pour les épisodes dépressifs sévères. Toutes choses égales par ailleurs, le risque de connaître un épisode dépressif sévère est presque doublé pour un inactif ou un chômeur, par rapport à une personne en

emploi. Il en va de même pour la situation conjugale : toutes choses égales par ailleurs, pour une personne veuve, séparée ou divorcée, le risque est multiplié par un facteur allant, selon les enquêtes, de 2,2 à 3,7 par rapport à une personne mariée. Ainsi, pour les épisodes dépressifs sévères, l'effet des facteurs de risque, loin de s'estomper, a tendance à s'accroître. Souffrir d'un épisode dépressif grave pourrait nuire à la situation conjugale et/ou professionnelle. Réciproquement, la précarité ou les ruptures seraient susceptibles d'aggraver les troubles dépressifs. L'intrication entre les troubles dépressifs et la situation démographique et sociale semble donc étroite puisqu'elle se retrouve à tous les niveaux de la dépressivité. ●

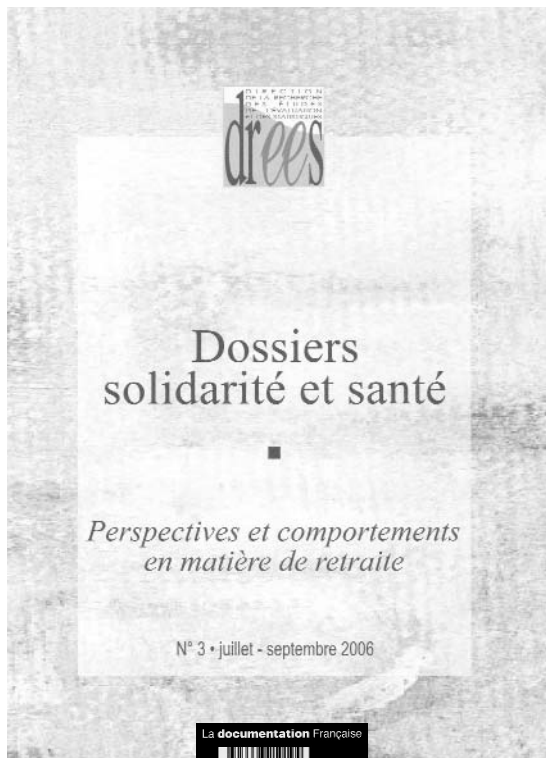
Pour en savoir plus...

Amar E., Balsan D., 2004, « Les ventes d'antidépresseurs entre 1981 et 2001 », *Études et Résultats*, n° 285, janvier, DREES.

Bellamy V., 2004, « Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête santé mentale en population générale », *Études et Résultats*, n° 347, octobre, DREES.

Fuhrer R., Rouillon F., 1989, « La version française de l'échelle CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale). Description et traduction de l'échelle d'autoévaluation », *Psychiatrie & psychobiologie*, Le Plessis-Robinson.

Le Pape A., Lecomte T., 1999, « Prévalence et prise en charge médicale de la dépression en 1996-1997 », n° 1277, CREDES.



DOSSIERS SOLIDARITÉ ET SANTÉ
N° 3 • JUILLET - SEPTEMBRE 2006

PERSPECTIVES ET COMPORTEMENT EN MATIÈRE DE RETRAITE

Prix : 11,60 euros (4 numéros par an)

Les Dossiers solidarité et santé
sont diffusés par la Documentation
Française
29, quai Voltaire - 75344 Paris cedex 07

8

Renseignements,
commande et abonnement annuel au :
01 40 15 70 00

Commande en ligne :
www.ladocumentationfrancaise.gouv.fr

Derniers numéros parus :

- Études diverses
N° 2, avril-juin 2006
- Les professions de santé et leurs pratiques
N° 1, janvier-mars 2006
- Les revenus sociaux en 2004
N° 4, octobre-décembre 2005
- Études diverses
N° 3, juillet-septembre 2005
- Études diverses
N° 2, avril-juin 2005

au sommaire de ce numéro

**PROJECTIONS DES BESOINS DE FINANCEMENT À LONG
TERME DE LA BRANCHE VIEILLESSE À L'AIDE DE LA
MAQUETTE DE PROJECTION TOUS RÉGIMES DE LA DREES**
Amandine BRUN-SCHAMMÉ et Benoît RAPOPORT

**ÂGE DE DÉPART SOUHAITÉ, ÂGE DE DÉPART PRÉVU
ET LIBERTÉ DE CHOIX EN MATIÈRE D'ÂGE DE DÉPART
À LA RETRAITE**
Benoît RAPOPORT

**LE NIVEAU D'INFORMATION DES ASSURÉS
EN MATIÈRE DE RETRAITE**
Isabelle BRIDENNE

**LES PERCEPTIONS DES SALARIÉS
QUANT À LEUR SITUATION FINANCIÈRE À LA RETRAITE**
Amandine BRUN-SCHAMMÉ

**LES INCITATIONS FINANCIÈRES INFLUENT-ELLES
SUR LES INTENTIONS DE DÉPART EN RETRAITE
DES SALARIÉS DE 55 À 59 ANS ?**
Benoît RAPOPORT

**ANNEXE :
L'ENQUÊTE INTENTIONS DE DÉPART À LA RETRAITE**

**FINS DE CARRIÈRE ET DÉPARTS À LA RETRAITE :
L'APPORT DES MODÈLES DE DURÉE**
Thierry MAGNAC, Benoît RAPOPORT et Muriel ROGER

drees

ÉTUDES et RÉSULTATS

N° 545 • décembre 2006

Directrice de la publication : Anne-Marie BROCAS • Rédactrice en chef technique : Elisabeth HINI
Médecin conseiller technique : Emmanuelle SALINES • Conseiller technique : Gilbert ROTBART
Secrétaires de rédaction : Catherine DEMAISON, Sarah NETTER, Stéphanie TARO, Hélène WANG • Mise en page : La souris
Impression : AIT du ministère de la Santé et des Solidarités
Internet : www.sante.gouv.fr/drees/index.htm

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources - ISSN 1146-9129 - CPPAP 0506 B 05791