



# Études et Résultats

N° 661 • octobre 2008

## Épisodes dépressifs : des situations multiples

Selon l'enquête Santé mentale en population générale réalisée entre 1999 et 2003, une personne sur dix souffre d'un épisode dépressif au cours des deux dernières semaines précédant l'interrogation.

Les troubles anxieux sont très souvent associés à la dépression, mais aussi aux comportements d'addiction (alcool, drogue), ainsi qu'aux troubles psychotiques.

L'intensité de l'épisode dépressif augmente quand d'autres troubles coexistent, en particulier pour ceux qui souffrent d'agoraphobie ou de phobie sociale.

Les personnes dépressives qui souffrent conjointement d'autres troubles paniques ont le plus souvent l'impression d'être malade. En revanche quasiment tous considèrent qu'un dépressif « peut guérir ».

La prise en charge et le retentissement psychosocial varient avec la présence d'autres troubles psychiques et d'addictions. Ils diffèrent aussi selon l'intensité de l'épisode dépressif et son éventuelle récurrence. Ainsi, ces personnes ne forment vraisemblablement pas une population homogène requérant un même traitement.

**Thomas MORIN**

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)  
Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité  
Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative  
Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique

**L**A DÉPRESSION soulève aujourd'hui de nombreuses interrogations, portant notamment sur sa prise en charge. Elle constitue un important phénomène de société. Les travaux conduits ici mettent en évidence la diversité des situations individuelles tant en ce qui concerne son expression, l'association des troubles, le ressenti des personnes et la prise en charge.

Selon l'enquête Santé mentale en population générale (SMPG) réalisée entre 1999 et 2003 (encadré 1), une personne sur dix souffre d'un épisode dépressif (encadré 2) au cours des deux dernières semaines précédant l'interrogation. Les épisodes dépressifs sont repérés à partir d'une liste de symptômes déclarés ou non par les personnes interrogées (encadré 3). Ces symptômes recouvrent notamment une tristesse importante, une autodépréciation, une diminution de l'intérêt et une perturbation de l'activité.

### Les troubles associés à un épisode dépressif

L'anxiété est très souvent associée à la dépression. Ainsi 58 % des personnes ayant un épisode dépressif repéré souffrent d'un trouble anxieux (ta-

bleau 1). Inversement, 33,5 % des personnes ayant un trouble anxieux repéré vivent un épisode dépressif. À sexe, âge et catégorie socioprofessionnelle identiques, vivre un épisode dépressif est significativement associé à des troubles anxieux plus fréquents<sup>1</sup> ; les plus répandus chez les dépressifs sont l'anxiété généralisée (31 %), les troubles paniques (16 %), la phobie sociale (12 %) et l'agoraphobie (7 %).

Les troubles dépressifs et les comportements d'addiction<sup>2</sup> sont souvent associés (graphique 1). Les dépressifs, déclarent deux fois plus souvent que la moyenne une consommation à risque d'alcool (9,7 % contre 4,4 %) ou de drogue (5,8 % contre 2,6 %). À sexe, âge et catégorie socioprofessionnelle identiques, le fait de vivre un épisode dépressif est significativement associé à la consommation d'alcool ou de drogue<sup>3</sup>. Ces comportements de dépendance s'ajoutent souvent aux troubles anxieux. Parmi les dépressifs qui ont également un trouble anxieux, 12 % déclarent une consommation à risque d'alcool et 9 % concernant la drogue.

Les troubles psychotiques sont plus rares et conséquemment plus difficiles à mesurer en population générale. Néanmoins, une corrélation se dessine

1. Odds ratio de 4,5.

2. Les consommations à risques repérées dans cette étude correspondent à un usage nocif d'alcool ou de drogue ou à une dépendance à l'un de ces produits.

3. Odds ratio de 1,6.

## ENCADRÉ 1

### L'enquête Santé mentale en population générale (SMPG)

L'enquête SMPG est réalisée par le centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour la recherche et la formation en santé mentale et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Elle s'est déroulée sur 44 sites entre 1999 et 2003 en France métropolitaine et a permis la constitution d'un échantillon de 37 000 observations.

L'étude présente s'appuie sur les quatre volets qui composent l'enquête :

- **Le questionnaire sur les représentations de la folie et de la maladie mentale** est constitué de questions ouvertes et fermées sur les représentations associées aux termes de « folie », de « maladies mentales » et de « dépression ». Pour cette étude, nous avons davantage exploité les représentations des personnes ayant un épisode dépressif diagnostiqué plutôt que les causes de la dépression et les possibilités de rémission afin de déterminer comment ces représentations s'articulent avec le recours aux soins déclaré.

Il s'agit de la première partie du questionnaire, les réponses ne sont donc pas influencées par les questions ultérieures. Cependant, le fait de vivre un épisode dépressif et sa prise en charge éventuelle modifient les représentations sur ce trouble.

- **Un questionnaire diagnostique structuré**, le *Mini international neuropsychiatric interview* (MINI) permet de repérer les troubles psychiatriques selon les critères de la classification internationale des maladies de l'OMS, 10<sup>e</sup> version (CIM-10). Le MINI a servi à sélectionner les personnes souffrant d'un épisode dépressif.

Pour la présente étude, une condition supplémentaire a été ajoutée (cf. « fiche complémentaire »). En outre, le MINI a servi à repérer les autres troubles psychiques dont souffrent les dépressifs et qui sont susceptibles d'influencer leur recours aux soins.

- **Le questionnaire d'identification** apporte des informations sur la situation économique, familiale et sociale des personnes interrogées. Une étude précédente avait révélé que le risque de vivre un épisode dépressif était lié à cette situation (Leroux, Morin, 2006).

- Enfin, lorsqu'une personne a un trouble diagnostiqué, **une fiche complémentaire** est remplie pour collecter des données sur le retentissement du trouble et le recours aux soins. Les fiches complémentaires peuvent se rapporter à plusieurs troubles si ceux-ci sont concomitants. Elles ont servi à identifier les dépressifs dont le trouble provoque une gêne quotidienne. C'est aussi dans ces fiches qu'apparaissent les questions sur le recours aux soins qui constituent le noyau de cette étude.

#### Limites méthodologiques

La méthode des quotas a été utilisée pour sélectionner un échantillon représentatif de la population générale sur chacun des sites où l'enquête s'est déroulée. En cas de refus d'une personne sollicitée, une autre personne était sélectionnée selon des critères d'inclusion prédéterminés (conformité de la structure sociodémographique de l'échantillon avec celle de la zone au recensement de 1999). Nous ne disposons donc pas d'informations exploitables sur les personnes ayant refusé de participer à l'enquête.

là encore. Alors que la proportion de la population souffrant de syndromes psychotiques repérés est de 1,4 %, elle atteint 4,7 % chez les dépressifs.

### L'influence du sexe et de l'âge

Les hommes souffrent moins souvent que les femmes d'épisodes dépressifs (8,7 % contre 12,9 %)⁴ ; néanmoins ils sont plus exposés que ces dernières aux problèmes liés à une consommation d'alcool ou de drogue (10 % contre 3 %). Parmi les personnes ayant un épisode dépressif, 25 % des hommes contre 6 % des femmes ont un comportement d'addiction repéré.

Après 60 ans, 48 % des épisodes dépressifs sont dits « isolés », c'est-à-dire sans autres troubles psychiques repérés, même s'il s'agit d'épisodes récurrents, contre 37 % pour l'ensemble des dépressifs.

En revanche, pour les plus jeunes, l'épisode dépressif s'accompagne plus fréquemment d'autres troubles. Parmi les 18-29 ans ayant un épisode dépressif, 23 % ont une consommation à risque d'alcool ou de drogue et pour 15 % d'entre eux, s'ajoute un trouble anxieux.

### Des facteurs sociaux aggravants

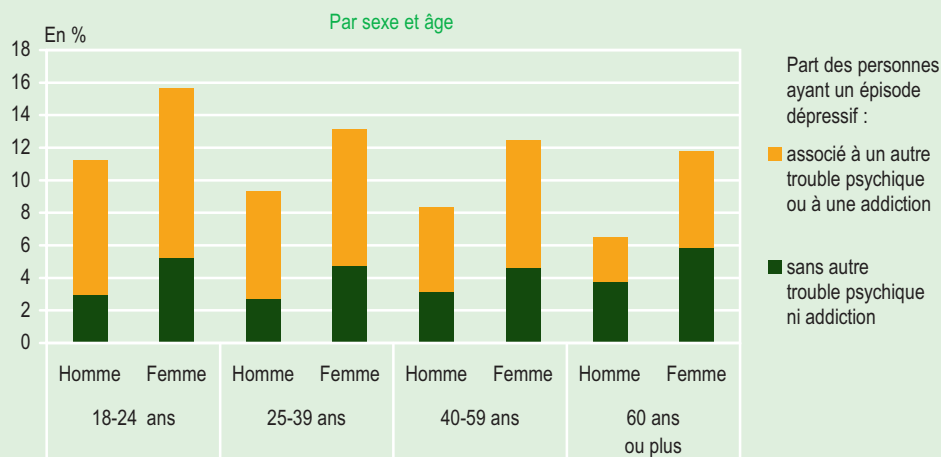
Le chômage, l'inactivité et les séparations de couple sont des facteurs de risque associés à l'épisode dépressif⁵. Ces paramètres sociaux sont également associés à une comorbidité fréquente lors de l'épisode dépressif. L'association avec d'autres troubles psychiques ou des addictions est plus importante pour les célibataires, les personnes séparées ou divorcées : 70 % contre 60 % pour les personnes mariées. De même, 69 % des chômeurs et des inactifs (au sens économique) qui vivent un épisode dépressif repéré souffrent aussi d'un autre trouble psychique contre 63 % pour les personnes occupant un emploi.

4. Il est communément observé et admis que la part d'hommes souffrant d'épisodes dépressifs est plus faible que celle des femmes. Toutefois cet écart est à relativiser. En effet, son ampleur varie selon la méthode de repérage de l'épisode dépressif utilisée. Ceci indique une probable sous-déclaration des symptômes de l'épisode dépressif chez les hommes (ou une sur-déclaration chez les femmes).

5. Leroux I., Morin T., 2006 « Facteurs de risques de l'épisode dépressif en population générale », DREES, *Études et Résultats*, n° 545, décembre.

GRAPHIQUE 1

### Proportion d'épisodes dépressifs associés à d'autres troubles ou à une addiction



**Lecture** • Entre 18 et 24 ans, 3 % des hommes et 5 % des femmes ont un épisode dépressif sans autre trouble psychique ni addiction.

**Champ** • France métropolitaine, personnes âgées de 18 ans ou plus.

**Sources** • Enquête SMPG, DREES - ASEP - CCOMS - EPSM Lille Métropole - Exploitation DREES.

TABLEAU 1

### Comorbidité de l'épisode dépressif

	En %			
	Parmi les personnes ayant un épisode dépressif	Parmi les personnes ayant un épisode dépressif avec gêne quotidienne	En population générale	Période de référence
<b>Trouble anxieux</b>	<b>57,9</b>	<b>63,8</b>	<b>21,8</b>	
Anxiété généralisée	31,0	29,7	13,0	6 derniers mois
Troubles paniques	16,4	21,2	4,2	Actuel
Phobie sociale	12,1	16,8	4,2	Actuel
Agoraphobie	7,4	10,7	2,0	Actuel
<b>Addictions</b>	<b>13,1</b>	<b>16,6</b>	<b>6,2</b>	
Alcool	9,7	12,7	4,4	12 derniers mois
Drogue	5,8	7,1	2,6	12 derniers mois
<b>Trouble anxieux et addiction</b>	<b>8,9</b>	<b>11,1</b>	<b>2,3</b>	
<b>Syndromes psychotiques</b>	<b>4,7</b>	<b>6,4</b>	<b>1,4</b>	Actuel
L'épisode dépressif est isolé	37,0	29,7	4,1	2 dernières semaines
Ensemble des personnes ayant un épisode dépressif	100,0	100,0	10,9	2 dernières semaines

**Lecture** • 57,9 % des personnes ayant un épisode dépressif souffrent d'un trouble anxieux. 63,8 % des personnes ayant un épisode dépressif avec gêne dans la vie de tous les jours souffrent d'un trouble anxieux. Dans l'ensemble, 21,8 % de la population souffre d'un trouble anxieux.

**Champ** • France métropolitaine, personnes âgées de 18 ans ou plus.

**Sources** • Enquête SMPG, DREES - ASEP - CCOMS - EPSM Lille Métropole - Exploitation DREES.

## ENCADRÉ 2

### Définitions des troubles psychiques présentés dans cette étude

Les critères diagnostiques des troubles psychiques utilisés dans l'enquête SMPG correspondent aux définitions de la Classification internationale des maladies, 10<sup>e</sup> révision (CIM-10).

#### Épisode dépressif

Le sujet présente un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité. D'autres symptômes accompagnent habituellement l'épisode dépressif (encadré 3). Le nombre des symptômes permet de déterminer trois degrés de sévérité d'un épisode dépressif : léger, moyen et sévère.

#### Trouble dépressif récurrent

Un trouble dépressif récurrent est caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs avec des phases de rémission. Un trouble dépressif peut être récurrent sans être sévère.

#### Troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives

Dans l'enquête SMPG, ces troubles sont repérés pour l'alcool et pour une ou des drogues. L'utilisation nocive pour la santé est un mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé physique ou psychique. Les syndromes de dépendance sont un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques survenant à la suite d'une consommation répétée d'une substance psychoactive : difficulté à contrôler la consommation, poursuite de la consommation malgré des conséquences nocives, désinvestissement progressif concernant les autres activités, tolérance accrue, syndrome de sevrage physique.

#### Syndromes psychotiques

Groupe hétérogène de troubles caractérisés par la survenue aiguë de symptômes psychotiques tels que des idées délirantes, des hallucinations, des perturbations des perceptions et par une désorganisation massive du comportement normal. Ce groupe comprend la schizophrénie, caractérisée par des distorsions fondamentales et caractéristiques de la pensée et de la perception, ainsi que par des affects inappropriés ou émoussés.

La CIM-10 prévoit une catégorie « Épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques ».

#### Agoraphobie

Groupe relativement bien défini de phobies concernant la crainte de quitter son domicile, la peur des magasins, des foules et des endroits publics ou la peur de voyager seul en train, en autobus ou en avion.

La présence d'un trouble panique est fréquente au cours des épisodes présents ou antérieurs d'agoraphobie. Parmi les caractéristiques associées, on retrouve souvent des symptômes dépressifs ou obsessionnels, ainsi que des phobies sociales.

#### Phobie sociale

Crainte d'être dévisagé par d'autres personnes, entraînant un évitement des situations d'interaction sociale. Les phobies sociales envahissantes s'accompagnent habituellement d'une perte de l'estime de soi et d'une peur d'être critiqué.

L'anxiété phobique est souvent associée à une dépression. Pour déterminer s'il convient de faire deux diagnostics ou un seul, il faudrait tenir compte des mesures thérapeutiques prescrites et de l'ordre de survenue des troubles (difficilement réalisable dans une enquête en population générale).

#### Trouble panique

Les caractéristiques essentielles de ce trouble sont des attaques récurrentes d'anxiété sévère (attaques de panique) ne se produisant pas exclusivement dans une situation particulière ou dans des circonstances déterminées et dont la survenue est dès lors imprévisible.

On ne devrait pas faire un diagnostic principal de trouble panique quand le sujet présente un trouble dépressif au moment de la survenue des attaques de panique ; celles-ci seraient, dans ce cas, probablement secondaires à la dépression.

#### Anxiété généralisée

Anxiété généralisée et persistante qui ne survient pas exclusivement, ni même de façon préférentielle, dans une situation déterminée (l'anxiété est « flottante »).

Dans l'enquête SMPG, ne sont interrogées sur l'anxiété généralisée que les personnes qui n'ont pas d'agoraphobie, de phobie sociale ni de trouble panique.

Quand le sujet présente des symptômes à la fois anxieux et dépressifs, sans prédominance nette des uns ou des autres et sans que l'intensité des uns ou des autres soit suffisante pour justifier un diagnostic séparé, la CIM-10 prévoit un diagnostic de « troubles anxieux et dépressifs mixtes ». Cette catégorie, difficilement identifiable en population générale, n'est pas présente dans l'enquête SMPG.

Sources • Classification internationale des maladies, 10<sup>e</sup> révision.

## ENCADRÉ 3

### Le continuum de la dépressivité

Dans l'enquête SMPG, la dépression est envisagée selon une approche catégorielle. Si la personne interrogée présente un certain nombre de symptômes, alors elle est considérée comme souffrant d'un épisode dépressif.

Il est aussi possible d'envisager la dépression comme un continuum. Cette approche permet de contourner la question du seuil, c'est-à-dire le niveau à partir duquel l'état est considéré comme pathologique. Dans cette optique, la dépressivité pourrait être échelonnée selon quatre degrés dans l'enquête SMPG :

• **Humeur dépressive, perte d'intérêt pour les activités habituelles ou perte d'énergie** : 30 % des personnes âgées de plus de 18 ans déclarent au moins l'un de ces trois symptômes au cours des deux dernières semaines précédant l'interrogation, presque tous les jours et la plupart du temps au cours de la journée.

• **Épisode dépressif avec ou sans retentissement** : 11 % des personnes âgées de plus de 18 ans déclarent au moins quatre symptômes parmi les dix cités ci-dessous. Au moins deux de ces symptômes appartiennent aux trois premiers de cette liste.

1. Humeur dépressive, tristesse
2. Perte d'intérêt pour les activités habituelles
3. Fatigue ou perte d'énergie
4. Trouble de l'appétit
5. Trouble du sommeil
6. Ralentissement ou agitation psychomotrice
7. Sentiment d'infériorité
8. Sentiment de culpabilité inapproprié
9. Difficultés de concentration
10. Idées noires ; pensées de mort

• **Épisode dépressif avec retentissement psychosocial** : 7,1 % des personnes âgées de plus de 18 ans présentent un épisode dépressif d'après les critères précédents et déclarent en outre que ces problèmes les gênent dans leur vie de tous les jours.

• **Épisode dépressif sévère avec retentissement psychosocial** : 2,7 % des personnes âgées de plus de 18 ans présentent au moins huit symptômes de l'épisode dépressif et déclarent en outre que ces problèmes les gênent dans leur vie de tous les jours.

TABLEAU 2

## Caractérisation et retentissement de l'épisode dépressif selon la comorbidité

En %

	Épisodes dépressifs associés à :										Épisode dépressif isolé	Ensemble des épisodes dépressifs
	Troubles anxieux	Anxiété généralisée	Troubles paniques	Phobie sociale	Agoraphobie	Addiction	Alcool	Drogue	Anxiété et addiction	Syndromes psychotiques		
Sentiment d'être malade associé au(x) trouble(s)	43,8	35,4	59,1	49,1	63,3	43,0	45,0	39,6	46,4	47,1	26,8	37,1
Gêne dans la vie de tous les jours associée au(x) trouble(s)	74,2	69,3	80,4	82,2	87,8	73,0	75,3	68,3	74,8	82,5	58,2	68,1
Gêne dans les relations avec les autres associée au(x) trouble(s)	56,0	48,7	65,7	70,5	73,8	64,4	66,5	62,0	63,3	68,2	40,7	50,8
Le trouble dépressif est récurrent	56,3	55,0	59,6	57,7	63,6	61,2	63,4	54,4	63,2	54,1	46,2	52,6
L'épisode dépressif est sévère	41,6	35,0	53,4	48,4	63,0	45,8	47,9	46,6	51,8	50,6	19,2	32,9
La personne présente un risque suicidaire	52,1	46,5	62,6	56,7	67,6	61,1	64,1	59,6	66,5	68,6	32,8	44,9

**Lecture** • 43,8 % des personnes ayant un épisode dépressif et un trouble anxieux ont le sentiment d'être malade.

**Champ** • France métropolitaine, personnes âgées de 18 ans et plus souffrant d'un épisode dépressif.

**Sources** • Enquête SMPG, DREES - ASEP - CCOMS - EPSM Lille Métropole - Exploitation DREES.

### Intensité de l'épisode dépressif et comorbidité

Les épisodes dépressifs sont repérés à partir d'une liste de dix symptômes (encadré 3). Pour cette étude, le nombre de symptômes déclarés a été utilisé pour classer l'épisode dépressif selon son intensité : « léger » (28 % des dépressifs), « moyen » (39 %) ou « sévère » (33 %).

Lorsque l'épisode dépressif est isolé, il est le plus souvent léger (39 %) et rarement sévère (19 %). À l'opposé, son intensité augmente quand d'autres troubles coexistent. Ainsi, l'épisode dépressif est sévère pour des personnes qui souffrent conjointement d'agoraphobie (63 %) ou d'une phobie sociale, de troubles paniques, de syndromes d'allure psychotique ou d'une addiction (50 %).

La récurrence du trouble dépressif est caractérisée par la survenue répétée d'autres épisodes dépressifs par le passé avec des phases de rémission. Dans l'ensemble, 53 % des personnes pour lesquelles a été repéré un épisode dépressif ont un trouble dépressif récurrent. Quand aucun autre trouble psychique (lié ou non à une addiction) ne coexiste avec l'épisode dépressif, il y a seulement 46 % de troubles dépressifs récurrents. À l'opposé, le trouble est récurrent chez environ 64 % des dépressifs souffrant aussi d'agoraphobie ou de problèmes liés à la consommation d'alcool.

### Idées morbides ou antécédents de tentatives de suicide

Parmi les personnes ayant un épisode dépressif, 45 % déclarent un certain nombre de pensées morbides, (comme « vouloir se faire mal », « penser qu'il serait mieux d'être mort... ») ou ont déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie (tableau 2).

Ces troubles sont moins fréquents pour les personnes dont l'épisode dépressif est isolé (33 %). Ils sont en revanche très répandus parmi les dépressifs présentant des syndromes d'allure psychotique (69 %) et une agoraphobie (68 %). D'une manière générale, la présence de troubles concomitants accroît ce risque. Celui-ci est plus souvent repéré pour les personnes ayant un épisode dépressif sévère et, dans une moindre mesure, chez celles ayant un trouble dépressif récurrent.

### Un retentissement dans la vie de tous les jours

Dans certaines définitions de l'épisode dépressif, la gêne dans la vie de tous les jours est une des conditions du diagnostic. Elle confirme alors que les symptômes repérés ont un retentissement psychosocial. Dans ce cas, le lien entre les comorbidités chez les dépressifs et la gêne quotidienne n'a pas d'objet. Les définitions retenues ici permettent ce type d'analyse.

Ainsi, parmi les personnes ayant un épisode dépressif repéré, 68 % déclarent

que ces problèmes les gênent « dans la vie de tous les jours » (tableau 2). La part des personnes éprouvant cette gêne croît à 74 % quand d'autres troubles psychiques s'ajoutent à l'épisode dépressif. Inversement, les épisodes dépressifs isolés ne provoquent une gêne que dans 58 % des cas.

L'agoraphobie est souvent associée à une gêne dans la vie de tous les jours (88 %). Cette gêne est aussi prépondérante parmi les dépressifs présentant des syndromes psychotiques (82 %), des troubles paniques et une phobie sociale (autour de 80 %) ou des problèmes liés à la consommation d'alcool (75 %).

La gêne dans les relations avec les autres est aussi une mesure du retentissement psychosocial également. Celle-ci est moins fréquente que la première (51 % contre 68 %). Cependant, ce sont les mêmes comorbidités qui lui sont le plus souvent associées : agoraphobies, troubles paniques et phobie sociale, alcool.

### Le sentiment d'être malade

Parmi les personnes ayant un épisode dépressif repéré, 37 % ont le « sentiment d'être malade » (tableau 2), mais celles dont l'épisode dépressif est isolé l'éprouvent moins souvent (27 % contre 37 % pour l'ensemble des dépressifs). À l'opposé, ce sont les dépressifs qui souffrent conjointement de troubles paniques et d'agoraphobie

qui ont le plus souvent l'impression d'être malade (autour de 60 %).

Le sentiment d'être malade ou non renseigne sur la gravité perçue du trouble, mais aussi sur la façon dont la personne s'approprie sa dépression : considérer son trouble comme une pathologie permet d'envisager plus facilement une démarche de soin. Ainsi, les dépressifs qui éprouvent ce sentiment ont consulté plus fréquemment un professionnel pour leurs problèmes, ont plus souvent pris des médicaments et suivi une psychothérapie.

En revanche, le fait de se sentir soi-même malade change peu les représentations associées à la dépression : les uns comme les autres pensent rarement qu'un dépressif est « responsable de sa dépression » (autour de 30 %). Quasi-tous considèrent qu'un dépressif « peut guérir » (plus de 90 %) et majoritairement qu'il peut guérir « totale-

ment » (plus de 70 %). Toutefois, les personnes éprouvant le sentiment d'être malade pensent un peu plus souvent que les autres qu'un dépressif ne peut pas « guérir tout seul » (68 % contre 62 %) et qu'on ne peut pas « soigner un dépressif sans médicament » (61 % contre 54 %).

Finalement, il est difficile de déterminer si les dépressifs qui considèrent leur trouble comme une « maladie » se soignent davantage parce qu'ils envisagent plus facilement une démarche thérapeutique ou si c'est une souffrance psychique plus importante qui provoque à la fois le sentiment d'être malade et un recours au soin plus fréquent.

### Les différentes facettes du mal-être

La forte association entre les différents troubles psychiques met en échec une éventuelle tentative de subdiviser

la population en groupes homogènes de malades. Loin de remettre en cause la légitimité de l'étude statistique des problèmes de santé mentale en population générale, ce constat invite à considérer avec prudence les mesures « objectives » de phénomènes « subjectifs »<sup>6</sup>.

Les questionnaires statistiques reposent le plus souvent sur des approches symptomatiques de la santé mentale (encadré 4). Ils présentent l'avantage de repérer les pathologies mentales à partir de comportements objectifs ou de déclarations simples (donc parfois subjectives) comme « se sentir triste », avoir des « troubles du sommeil » ou de « l'appétit ». Mais la santé mentale intègre aussi d'autres dimensions difficilement mesurables, tels l'histoire personnelle et familiale de l'individu, les déterminants sociaux et les représentations individuelles du bien-être et de la « maladie mentale ».

6. Falissard B., 2001, *Mesurer la subjectivité en santé, perspectives méthodologiques et statistiques*, Paris, Masson.

## ENCADRÉ 4

### Surestimation de la prévalence des épisodes dépressifs

La prévalence des épisodes dépressifs (11 %) est vraisemblablement surestimée dans l'enquête SMPG.

- Le questionnaire ne tient pas compte de **critères d'exclusion** qui seraient utilisés dans un entretien clinique, comme des maladies somatiques, certains autres troubles psychiques, l'effet de médicament ou un deuil « non pathologique ». Cette absence n'est pas spécifique à l'enquête SMPG : elle se retrouve dans la plupart des enquêtes en population générale.
- **La présence, la fréquence et la durée** des symptômes principaux de l'épisode dépressif ne font pas l'objet de questions séparées. Cela peut entraîner un manque de nuance dans les réponses. D'autres questionnaires plus longs, comme le Composite international diagnostic interview short form (CIDI-SF) utilisé par le baromètre santé, décomposent

ces questions pour déterminer plus précisément la fréquence et la durée des symptômes.

- **Le critère du retentissement psychosocial** du trouble n'est pas une condition de l'épisode dépressif dans l'enquête SMPG, conformément à la CIM-10. Dans d'autres études à partir de la même source, ce critère a été ajouté à partir d'une question postérieure portant sur la gêne dans la vie de tous les jours (encadré 3), afin d'obtenir une définition plus proche de celle utilisée par d'autres enquêtes, notamment le baromètre santé.
- Les personnes faisant partie de l'enquête SMPG n'ont pas été tirées aléatoirement à partir d'une base de sondage, mais ont été interrogées dans des lieux publics à partir de la **méthode des quotas**. Cela peut entraîner des biais de sur- ou de sous-déclaration non contrôlés ni mesurables (encadré 1).

## Remerciements

L'enquête Santé mentale en population générale est une recherche-action réalisée par l'Association septentrionale d'épidémiologie psychiatrique (ASEP), le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS, Lille, France), et le Département d'information et de recherche médicale (DIRM) de l'EPSM-Lille-Métropole. Elle a reçu le soutien financier, pour la première phase de recherche, du ministère français des Affaires étrangères, du ministère français de la Santé et de la Protection sociale (DGS), de l'OMS Genève (programme « Nations pour la santé mentale »), du bureau local de l'OMS à Moroni (Grande Comore), du bureau local de l'OMS à Antananarivo (Madagascar), du « Health Systems Research for Reproductive Health and Health Care Reforms in the Eastern and Southern African Region » (Harare, Zimbabwe) et des laboratoires Synthelabo et SmithKline & Beecham. Pour la seconde phase, elle a fait l'objet d'un contrat spécifique passé entre le CCOMS-EPSM-Lille-Métropole et la Direction de la recherche, des études, des évaluations et des statistiques (DREES-ministère de la Santé). Pour les deux phases, cette enquête a été possible grâce au soutien logistique des établissements publics de santé impliqués dans l'enquête et des services déconcentrés de l'État français (DRASS et ARH), ainsi qu'aux enquêteurs et superviseurs de tous les sites d'enquête. Les municipalités enquêtées et les associations d'usagers ont été systématiquement impliquées.

Responsable scientifique : J.-L. Roelandt. Responsable méthodologique : A. Caria. Coordination générale : A. Kergall (sites internationaux), N. Daumerie et G. Mondière (sites français). Avec l'aide de M.-P. Chalumeau, L. Dufoutrel, M.-T. Maslankiewicz, D. Poissonnier, C. Porteaux, P. Sadoul. L'équipe de formateurs : H. Brice, N. Bruynooghe, L. Defromont, V. Fournel, L. Kurkdjian, A. Racine, I. Soloch, G. Tréboutte et F. Wizla. Secrétariat : O. Plancke, L. Robin, et S. Sueur.

L'enquête a reçu l'aide scientifique et méthodologique de M. Anguis, G. Badeyan et V. Bellamy (DREES, Paris), J. Benoist (Laboratoire d'écologie humaine et d'anthropologie, Aix-en-Provence), G. Bibeau (université de Montréal), R. Dang (INSEE, Lille), Y. Lecrubier (INSERM, Paris), N. Quemada (INSERM, CCOMS, Paris) et J.-P. Vignat (Groupe français d'épidémiologie psychiatrique, GFEP).

Remerciements pour toutes les personnes ayant permis de réaliser cette enquête.