

# La dépression chez les adultes franciliens

## Exploitation du Baromètre santé 2005

Catherine Embersin, Isabelle Grémy

*La santé mentale est un concept multiforme, allant du mal-être aux troubles sévères. Elle englobe des maladies qui nécessitent des soins, telles que la dépression. Comme pour les autres troubles mentaux, la prévalence de la dépression varie selon les outils utilisés. Pour la mesurer, l'European Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) indique une prévalence en France de 6,7 % pour les troubles dépressifs<sup>1</sup>. Ces derniers représentent une cause importante de morbidité : selon l'OMS, 14,2 % de toutes les années vécues avec incapacité étaient attribuées à des dépressions<sup>2</sup>.*

*La comorbidité est très élevée dans les cas de dépression. Ainsi, il existe une comorbidité avec des troubles anxieux ou des troubles liés à l'alcool pour 53,1 % des personnes souffrant de dépression majeure<sup>3</sup>. L'association est notamment forte avec les troubles anxieux : l'anxiété généralisée, les troubles paniques, l'agoraphobie ou les troubles de stress post-traumatique.*

*Le lien entre dépression et idéation suicidaire est aussi très élevé, une étude a montré que 57,8 % des patients avec une dépression majeure avaient des idées suicidaires<sup>4</sup>. De plus, le suicide est environ 20 fois plus fréquent chez les patients avec dépression majeure que dans la population générale et environ 60 % des 11 000 décès par suicide en France ont lieu chez des personnes touchées par une dépression majeure<sup>5</sup>.*

*En termes de consommation de soins, la France est l'un des pays européens les plus consommateurs de médicaments psychotropes*

*avec une consommation au cours de l'année concernant en 2002, 14 % des hommes et 25 % des femmes<sup>6</sup>. Cette consommation plus élevée ne s'explique pas pour autant par une meilleure prise en charge des troubles psychiatriques<sup>1</sup>.*

*L'enquête Baromètre santé 2005 de l'Inpes (voir encadré) permet d'identifier en population générale, la prévalence des épisodes dépressifs caractérisés, grâce à un outil standardisé, le CIDI-SF. Il permet de mesurer d'autres indicateurs de santé mentale comme les pensées suicidaires et les tentatives de suicide. L'objectif de cette plaquette est de caractériser, pour l'Ile-de-France, la prévalence des épisodes dépressifs et de deux indicateurs fortement associés que sont les pensées suicidaires et les tentatives de suicide ainsi que leurs facteurs de risque. Une partie explorera le recours aux soins et la consommation de médicaments.*

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) réalise, depuis 1992, des enquêtes sur les comportements, connaissances et opinions des Français en matière de santé, intitulées les Baromètres santé. Le Baromètre santé 2005 a porté sur un échantillon de 30 514 personnes de 12-75 ans, représentatif de la population résidant en France métropolitaine, dont 4 438 habitent en Ile-de-France. Les analyses portent ici sur la population des 15 ans et plus.

***Nos plus vifs remerciements à l'Inpes pour la mise à disposition du fichier Baromètre santé 2005 ainsi que le soutien méthodologique.***

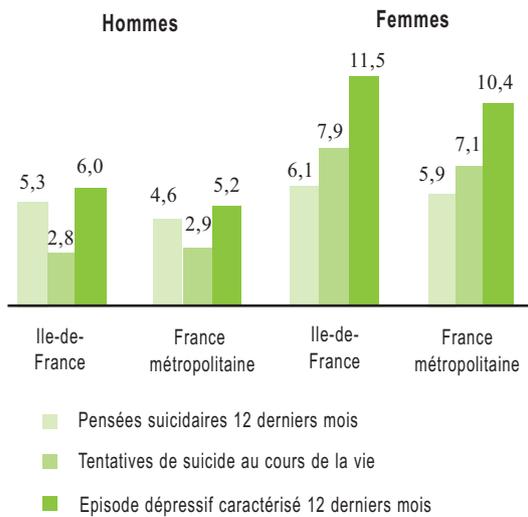
### Episodes dépressifs caractérisés et tentatives de suicide plus fréquents chez les femmes

Les problèmes de santé mentale se manifestent différemment chez les hommes et chez les femmes : malgré des sous-estimations particulièrement notables des décès par suicide en

Ile-de-France, 73 % des 1 056 déclarations de décès par suicide en 2003 en Ile-de-France concernaient des hommes. Les femmes sont, quant à elles, plus nombreuses à avoir déjà fait une

tentative de suicide au cours de la vie, 7,9 % contre 2,8 % des hommes (fig.1) en Ile-de-France ( $p < 0,001$ ) ou à avoir eu un épisode dépressif caractérisé (EDC) au cours des douze derniers mois, 11,5 % contre 6,0 % des hommes ( $p < 0,001$ ). Des tendances comparables sont observées au niveau national. Parmi les personnes ayant fait une tentative de suicide au cours de la vie, 33,0 % des femmes en Ile-de-France (20,1 % des hommes) en ont faites au moins deux. Quant à la prévalence des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois, elle ne diffère pas entre hommes et femmes en Ile-de-France mais au niveau national, la proportion est plus élevée chez les femmes, 5,9 % contre 4,6 % chez les hommes ( $p < 0,001$ ).

**Fig 1 : Prévalence des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois, des tentatives de suicide au cours de la vie et des épisodes dépressifs caractérisés au cours des 12 derniers mois chez les 15-75 ans (en %)**



Les EDC peuvent être classés selon leur sévérité en “légers”, “moyens” ou “sévères” (voir encadré). En Ile-de-France, les EDC sévères concernent 5,6 % des femmes et 2,0 % des hommes ( $p < 0,001$ ), les épisodes moyens 4,7 % des femmes et 3,3 % des hommes (différence non significative) et les épisodes légers 1,3 % et 0,7 % des femmes et des hommes (non significatif). En Ile-de-France, des troubles dépressifs récurrents (au moins deux épisodes dépressifs caractérisés avec au moins deux mois entre les deux épisodes) concernent 6,3 % des femmes et 2,7 % des

hommes ( $p < 0,001$ ) et des troubles chroniques (durée de l'épisode dépressif caractérisé d'au moins deux ans) 2,2 % des femmes et 1,2 % des hommes (différence non significative). Au niveau national, les femmes sont aussi proportionnellement plus nombreuses que les hommes à avoir eu des troubles récurrents, respectivement 4,3 % et 2,2 % ( $p < 0,001$ ) mais elles sont aussi plus nombreuses à avoir eu des troubles chroniques, respectivement 1,6 % et 0,7 % ( $p < 0,001$ ).

**Définition des troubles dépressifs selon le CIDI-Short Form (Composite International Diagnostic Interview Short Form) et le DSM IV Symptômes**

**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 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

**Types de troubles**

- Episode dépressif caractérisé (EDC) :** au moins quatre symptômes (dont au moins un symptôme principal) et ses activités habituelles perturbées par ces problèmes
- Episode dépressif caractérisé léger :** cinq symptômes au maximum et ses activités un peu perturbées par ces problèmes
- Episode dépressif caractérisé sévère :** au moins six symptômes et ses activités beaucoup perturbées
- Episode dépressif caractérisé modéré :** tous les cas entre légers et sévères

Dans le texte, l'abréviation EDC est utilisée pour désigner un Episode dépressif caractérisé.

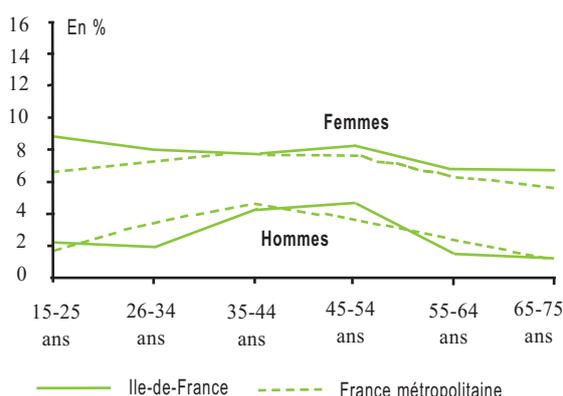
## Episodes dépressifs, pensées et tentatives de suicide varient selon l'âge

La prévalence des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois tend à diminuer avec l'âge : chez les femmes, elle passe, en Ile-de-France, de 7,0 % à 3,8 % entre 15-25 ans et 65-75 ans (avec un pic à 35-44 ans) et chez les hommes de 5,7 % à 1,3 % aux mêmes âges. La prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie suit des évolutions légèrement différentes en Ile-de-France par rapport au niveau national, en particulier chez les femmes. En Ile-de-France, la prévalence chez les femmes diminue légèrement avec l'âge, passant de 8,9 % des femmes à 15-25 ans à 6,7 % à partir de 55 ans (fig.2). Chez les hommes, les prévalences à partir de 55 ans sont un peu plus faibles que celles observées chez ceux

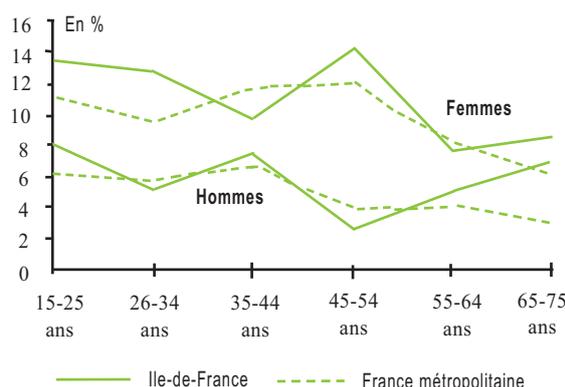
de moins de 35 ans, avec cependant des niveaux plus élevés entre 35 et 54 ans (plus de 4 %). Au niveau national, l'évolution de la prévalence selon l'âge se traduit par une augmentation entre 15 ans et 35-44 ans pour les hommes et les femmes.

Les EDC tendent à diminuer avec l'âge en France métropolitaine, quel que soit le sexe (fig.3). En Ile-de-France, la prévalence diminue aussi chez les femmes, passant de 13,5 % à 15-25 ans à 8,5 % à 65-75 ans avec cependant un pic à 45-54 ans (14,2 %). Chez les hommes, alors que la prévalence diminue entre 15 ans et 45-54 ans, elle tend à augmenter ensuite, atteignant presque le niveau observé à 15-25 ans.

**Fig 2 : Prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie selon l'âge (en %)**



**Fig 3 : Prévalence des épisodes dépressifs caractérisés au cours des 12 derniers mois selon l'âge (en %)**



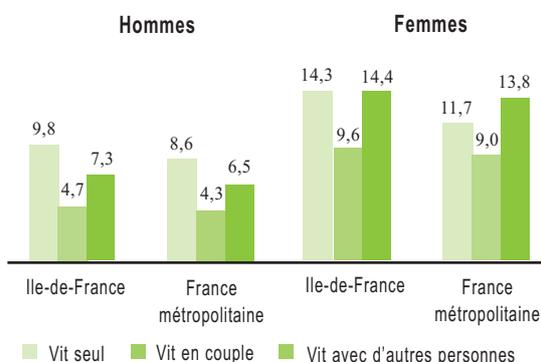
## Episodes dépressifs, pensées suicidaires et tentatives de suicide moins fréquents chez les personnes vivant en couple

Au niveau national, le mode de vie (vivre seul, vivre en couple, vivre avec d'autres personnes mais pas en couple) est significativement associé au fait d'avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois, d'avoir fait une tentative de suicide au cours de la vie ou d'avoir eu un EDC au cours des douze derniers mois, chez les hommes comme chez les femmes (fig.4). Les prévalences de pensées suicidaires, tentative de suicide ou EDC sont toujours plus faibles chez les personnes vivant en couple par rapport aux autres. En Ile-de-France, on observe une association significative entre mode de vie et pensées suicidaires pour les deux sexes et entre mode de vie et tentatives de suicide chez les hommes, avec des

prévalences plus faibles pour les personnes vivant en couple. Pour les tentatives de suicide chez les femmes et pour les EDC chez les hommes ou chez les femmes, si l'absence de significativité pourrait être liée à la taille de l'échantillon, les personnes vivant en couple semblent avoir des prévalences plus faibles que les autres.

Parallèlement, il existe un lien entre le statut matrimonial et la santé mentale. Si les personnes mariées / pacsées sont moins nombreuses que les autres à avoir eu des EDC, pensées suicidaires ou à avoir fait une tentative de suicide, les personnes séparées ou divorcées et les personnes veuves semblent plus vulnérables. Ainsi, en Ile-de-France

**Fig 4 : Episode dépressif caractérisé au cours des 12 derniers mois chez les 15-75 ans selon le mode de vie (en %)**



11,0 % des hommes et 11,8 % des femmes séparés ou divorcés ont fait une tentative de suicide au cours de la vie et cela concerne 3,4 % des veufs et 11,1 % des veuves.

Chez les hommes, les prévalences d'EDC les plus élevées sont observées chez les veufs (11,5 %), chez les célibataires (7,2 %) et chez les personnes séparées ou divorcées (6,4 %). Chez les femmes, 19,8 % de celles qui sont séparées ou divorcées, 15,2 % des veuves et 12,0 % des célibataires ont connu des EDC au cours des douze derniers mois.

## Le chômage, facteur de vulnérabilité pour la santé mentale

Il n'est pas observé de tendance nette entre PCS (profession et catégorie socio-professionnelle) et santé mentale, c'est-à-dire que l'on ne retrouve pas un niveau de souffrance psychique selon un gradient de PCS. Cependant, en déclinant les indicateurs de santé mentale avec la situation professionnelle (études, travail, chômage, retraite, inactif tel que congé longue durée, congé parental, invalidité, etc), certaines différences apparaissent. Au niveau national, les personnes au chômage ont des prévalences plus élevées pour les différents indicateurs de santé mentale, sauf pour les EDC chez les femmes, à la limite de la significativité (tab.1). En Ile-de-France, la seule différence significative concerne la prévalence des pensées suicidaires chez les hommes, plus élevée chez les personnes au chômage que celles qui travaillent. Pour les tentatives de suicide et les EDC, les différences ne sont pas significatives, probablement en raison de la taille de l'échantillon, toutefois les prévalences chez les chômeurs semblent plus élevées que chez les personnes qui travaillent. Chez les femmes, les différences ne sont pas significatives, quel que soit l'indicateur de santé mentale.

Quel que soit le sexe et la zone géographique considérée, les personnes inactives autres que les retraités et les étudiants (en congé longue durée, en congé parental ou en invalidité) ont des prévalences plus élevées de tentative de suicide que les autres. Les prévalences de pensées suicidaires et d'EDC sont également plus élevées

chez les hommes inactifs au niveau national, tandis qu'on n'observe pas de telles différences en Ile-de-France. Chez les femmes, aucune différence n'est observée pour les pensées suicidaires et EDC en Ile-de-France comme en France. Toutefois, il serait important de tenir compte de l'âge, puisque les analyses précédentes ont montré qu'il existait une association entre âge et santé mentale. Une analyse multivariée (ci-contre) prendra en compte ces différents facteurs.

**Tab 1 : Santé mentale et chômage chez les personnes de 15-75 ans (en % de la population active<sup>1</sup>)**

	Hommes		Femmes	
	Idf <sup>5</sup>	Fm <sup>5</sup>	Idf	Fm
<b>Pensées suicidaires<sup>2</sup></b>				
Au chômage	10,1	10,2	3,3	8,2
Travaille	5,0	4,1	5,9	5,2
p <sup>3</sup>	0,022	0,000	0,170	0,000
<b>Tentatives de suicide<sup>4</sup></b>				
Au chômage	3,9	6,5	3,9	10,2
Travaille	3,0	3,0	7,3	6,3
p <sup>3</sup>	0,506	0,000	0,086	0,000
<b>Episode dépressif caractérisé<sup>2</sup></b>				
Au chômage	9,8	10,3	15,8	13,5
Travaille	5,1	4,7	13,0	10,6
p <sup>3</sup>	0,100	0,000	0,556	0,060
Effectifs	1029	6903	1221	8514

1. Les personnes à la retraite, les étudiants ou les autres inactifs n'ont pas été inclus ici.

2. Au cours des 12 derniers mois.

3. Test du X<sup>2</sup> sur les effectifs pondérés et redressés.

4. Au cours de la vie.

5. Idf : Ile-de-France. Fm : France métropolitaine.

## Peu de différences entre l'Ile-de-France et la province pour les épisodes dépressifs caractérisés, pensées et tentatives de suicide

L'Ile-de-France est caractérisée notamment par une population plus jeune, plus diplômée, plus souvent célibataire que celle résidant hors Ile-de-France (cf p.14). Les prévalences de tentatives de suicide, pensées suicidaires, épisodes dépressifs varient en fonction de ces indicateurs. La région Ile-de-France a d'autres caractéristiques, telles qu'une forte urbanisation, des contraintes de mode de vie avec notamment des temps de transport élevés, un environnement bruyant. Afin de savoir si l'ensemble de ces caractéristiques peut avoir un impact sur la santé mentale, une variable "Ile-de-France" a été intégrée dans le modèle, par opposition à une variable "hors Ile-de-France" (ou "province"). Cette dichotomie ne signifie cependant pas que chaque variable soit homogène, l'Ile-de-France comprenant de fortes disparités infra-régionales et la variable hors Ile-de-France aussi.

Les analyses multivariées (tab.2) confirment le risque plus élevé des femmes d'avoir fait une tentative de suicide, d'avoir eu des pensées suicidaires ou un EDC. Elles confirment aussi le risque moins élevé des personnes de 55 ans et plus d'avoir fait une tentative de suicide ou d'avoir eu un EDC et le risque plus élevé des personnes de 35-54 ans pour les pensées suicidaires, la catégorie de référence étant les personnes de 15 à 34 ans. Ces analyses confirment aussi le risque plus élevé des personnes séparées ou divorcées d'avoir connu tentative de suicide, pensées suicidaires ou EDC, et pour les personnes veuves d'avoir connu un EDC au cours des douze derniers mois, qui pourrait notamment s'expliquer par le caractère récent du veuvage. Par ailleurs, les modèles confirment le caractère protecteur de la vie de couple. Aucune association n'apparaît entre le diplôme et les EDC ou pensées suicidaires au cours des douze derniers mois, tandis que le fait de posséder un diplôme semble protéger d'une tentative de suicide. Finalement, en tenant compte de tous ces facteurs, il n'apparaît globalement pas de différence entre l'Ile-de-France et la province, et cela quel que soit l'indicateur de santé mentale considéré.

Tab 2 : Tentatives de suicide au cours de la vie, pensées suicidaires et épisode dépressif caractérisé au cours des 12 derniers mois, modèles de régression logistique

	Tentatives de suicide		Pensées suicid.		EDC	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Homme	1		1		1	
Femme	<b>2,26</b>	<b>1,95-2,61</b>	<b>1,20</b>	<b>1,04-1,37</b>	<b>1,95</b>	<b>1,68-2,26</b>
15-34 ans	1		1		1	
35-54 ans	1,17	0,98-1,40	<b>1,36</b>	<b>1,04-1,37</b>	1,05	0,88-1,26
55-75 ans	<b>0,68</b>	<b>0,52-0,89</b>	0,98	0,74-1,29	<b>0,66</b>	<b>0,49-0,87</b>
Célibataire	1		1		1	
Marié, pacsé	<b>0,60</b>	<b>0,49-0,73</b>	0,85	0,68-1,06	0,86	0,70-1,06
Veuf(ve)	0,90	0,66-1,24	0,90	0,66-1,23	<b>1,46</b>	<b>1,05-2,04</b>
Séparé, divorcé	<b>2,29</b>	<b>1,84-2,85</b>	<b>1,62</b>	<b>1,31-2,00</b>	<b>1,71</b>	<b>1,34-2,18</b>
Vivre						
Seul	1		1		1	
en couple	0,84	0,69-1,03	<b>0,46</b>	<b>0,37-0,57</b>	<b>0,78</b>	<b>0,63-0,97</b>
Avec d'autres personnes	<b>0,73</b>	<b>0,60-0,89</b>	<b>0,82</b>	<b>0,68-0,98</b>	0,99	0,81-1,22
Sans diplôme	1		1		1	
Certificat études, cap,						
Bep, Bepc	<b>0,81</b>	<b>0,66-0,99</b>	1,03	0,82-1,29	1,11	0,87-1,41
Bac	<b>0,61</b>	<b>0,48-0,78</b>	0,96	0,74-1,24	1,16	0,89-1,53
Bac+2	<b>0,57</b>	<b>0,44-0,75</b>	0,94	0,70-1,25	1,11	0,83-1,47
Bac+3, +4	<b>0,57</b>	<b>0,43-0,75</b>	0,95	0,71-1,28	1,14	0,84-1,55
Bac+5, Gde école	<b>0,28</b>	<b>0,19-0,40</b>	1,26	0,93-1,71	0,82	0,58-1,17
Travail	1		1		1	
Etudes	0,83	0,63-1,09	<b>1,34</b>	<b>1,06-1,69</b>	0,94	0,72-1,23
Chômage	<b>1,69</b>	<b>1,38-2,07</b>	<b>1,86</b>	<b>1,51-2,29</b>	<b>1,55</b>	<b>1,22-1,96</b>
Retraite	1,11	0,84-1,47	0,90	0,67-1,20	0,91	0,66-1,24
Autres inactifs	<b>2,11</b>	<b>1,73-2,59</b>	<b>1,73</b>	<b>1,39-2,14</b>	<b>1,55</b>	<b>1,23-1,94</b>
Résidence						
HIdF*	1		1		1	
IdF*	1,16	0,97-1,38	1,01	0,85-1,21	1,13	0,95-1,36

\* Hors Ile-de-France / Ile-de-France.

Les valeurs représentées en gras sont significatives à au moins 5 %.

Note de lecture : toutes choses égales par ailleurs, les femmes ont un risque 2,26 fois plus élevé que les hommes d'avoir fait une tentative de suicide au cours de la vie, risque significatif.

## Une santé mentale moins favorable pour les personnes obèses

Le lien entre poids et santé mentale est notamment connu pour l'obésité. Des explications avancées à une moins bonne santé mentale des personnes obèses fait état notamment de la perception négative qu'a la société de l'obésité et la discrimination qui peut en découler<sup>7,8</sup>. Certaines études ont montré qu'il existait un lien entre dépression et obésité : chez des femmes de 40-65 ans, la prévalence d'une dépression modérée ou sévère passe de 6,5 % parmi celles ayant un IMC (voir encadré) inférieur à 25 à 25,9 % parmi celles ayant un IMC supérieur à 30<sup>9</sup>. Par ailleurs, les analyses précédentes ont montré que la santé mentale variait selon l'âge, le mode de vie et la situation matrimoniale. Des modèles de régression logistique ont été réalisés afin d'étudier l'association entre l'obésité et les indicateurs de santé mentale, en tenant compte des autres facteurs (tab.3). Il apparaît ainsi que le fait d'être obèse multiplie par 1,5 le risque d'avoir fait une tentative de suicide au cours de la vie, par 1,4 le risque d'avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois et par 1,4 aussi le risque d'avoir eu au moins un EDC au cours des douze derniers mois. D'autres modèles ont été réalisés pour tester l'association entre surpoids+obésité et santé mentale sans qu'aucun lien entre surpoids+obésité et santé mentale ne soit retrouvé. Quant à l'insuffisance pondérale (IMC<18,5), les modèles multivariés n'ont pas non plus permis de mettre en évidence un lien avec la santé mentale.

**Indice de masse corporelle (IMC) :** calculé en divisant le poids en kg par le carré de la taille en m (kg/m<sup>2</sup>), il permet de déterminer la corpulence d'une personne. Selon les normes OMS, un IMC inférieur à 18,5 correspond à une insuffisance pondérale, un IMC supérieur à 25 à une

**Tab 3 : Santé mentale et obésité, modèles de régression logistique chez les 18-75 ans**

	Tentatives de suicide		Pensées suicid.		EDC	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Homme	1		1		1	
Femme	<b>2,14</b>	<b>1,85-2,48</b>	1,04	0,90-1,19	<b>1,92</b>	<b>1,66-2,24</b>
18-34 ans	1		1		1	
35-54 ans	<b>1,21</b>	<b>1,01-1,44</b>	<b>1,33</b>	<b>1,11-1,59</b>	1,05	0,88-1,25
55-75 ans	<b>0,71</b>	<b>0,54-0,92</b>	0,95	0,72-1,24	<b>0,64</b>	<b>0,48-0,85</b>
Célibataire	1		1		1	
Marié, pacsé	<b>0,63</b>	<b>0,51-0,76</b>	0,88	0,71-1,10	0,84	0,68-1,04
Veuf(ve)	0,98	0,72-1,33	0,97	0,71-1,32	<b>1,38</b>	<b>1,00-1,92</b>
Séparé, divorcé	<b>2,31</b>	<b>1,86-2,86</b>	<b>1,67</b>	<b>1,36-2,07</b>	<b>1,63</b>	<b>1,28-2,07</b>
Vivre						
Seul	1		1		1	
En couple	0,85	0,70-1,04	<b>0,44</b>	<b>0,36-0,55</b>	<b>0,77</b>	<b>0,62-0,96</b>
Avec autres personnes	<b>0,79</b>	<b>0,65-0,96</b>	<b>0,77</b>	<b>0,64-0,93</b>	1,04	0,85-1,27
Travail	1		1		1	
Etudes	0,77	0,56-1,05	1,21	0,92-1,60	1,01	0,75-1,36
Chômage	<b>1,75</b>	<b>1,43-2,14</b>	<b>1,82</b>	<b>1,48-2,24</b>	<b>1,51</b>	<b>1,19-1,91</b>
Retraite	1,17	0,89-1,54	0,88	0,66-1,17	0,92	0,68-1,25
Autres inactifs	<b>2,34</b>	<b>1,92-2,85</b>	<b>1,84</b>	<b>1,48-2,28</b>	<b>1,62</b>	<b>1,30-2,04</b>
Obésité (IMC>30)						
Non	1		1		1	
Oui	<b>1,47</b>	<b>1,19-1,81</b>	<b>1,36</b>	<b>1,09-1,71</b>	<b>1,35</b>	<b>1,09-1,68</b>
Résidence						
HI dF	1		1		1	
IdF	1,01	0,85-1,21	1,04	0,87-1,25	1,15	0,96-1,39

Les valeurs représentées en gras sont significatives à au moins 5 %.

surcharge pondérale et supérieur à 30 à une obésité. Cette classification s'applique pour les personnes de 18 ans et plus.

## Une santé mentale diminuée pour les malades chroniques

Le Baromètre interroge les personnes sur l'éventuelle présence d'une maladie chronique, c'est-à-dire "une maladie qui dure longtemps, au moins six mois, et qui peut nécessiter des soins réguliers, par exemple le diabète, l'asthme, etc". Aucun diagnostic clinique n'ayant été réalisé, il peut exister des différences dans l'appréciation de la maladie chronique : pour un même problème de

santé, certaines personnes le déclareront en maladie chronique et d'autres non. Cet élément n'a cependant pas pu être évalué à partir des données de l'enquête.

Les personnes déclarant avoir une maladie chronique ont une qualité de vie diminuée par rapport aux autres, avec des scores de Duke (instrument de mesure de la qualité de vie) moins

bons<sup>10</sup> et peuvent même être dans une détresse psychologique en cas de maladies chroniques multiples<sup>11</sup>. En France, depuis les années 2000, l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques est une priorité de santé publique<sup>12,13</sup>.

### Les personnes déclarant souffrir d'une maladie chronique ont une santé mentale diminuée

En Ile-de-France, des proportions comparables d'hommes et de femmes déclarent souffrir d'une maladie chronique, respectivement 19,2 % et 21,9 %. Au niveau national les femmes déclarent plus fréquemment que les hommes une maladie chronique, 22,9 % contre 21,0 % des hommes ( $p < 0,001$ ). Les personnes ayant déclaré avoir une maladie chronique sont proportionnellement plus nombreuses que celles n'en ayant pas déclarée à avoir eu un EDC ou des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois ou encore à avoir fait une tentative de suicide au cours de la vie (tab.4). Cela est vrai chez les femmes en Ile-de-France et pour les deux sexes au niveau national. Chez les hommes franciliens, il n'y a que pour les tentatives de suicide au cours de la vie que l'on observe une différence significative entre les personnes atteintes de maladies chroniques et les autres. L'hypothèse d'un lien fort entre maladie chronique et santé mentale doit être considérée au regard de ces résultats. Néanmoins, dans le Baromètre santé, seulement 4 % des maladies chroniques déclarées en Ile-de-France concernent des problèmes de santé mentale (maladies nerveuses, dépression, etc), l'asthme et l'hypertension étant les maladies les plus représentées, suivies par les problèmes articulaires / rhumatismes et le diabète.

### Les personnes déclarant avoir une maladie chronique sont plus souvent en surpoids ou en obésité que les autres

Les personnes déclarant avoir une maladie chronique sont plus souvent en surpoids ou en obésité que les autres : en Ile-de-France, 11,6 % des hommes et 9,3 % des femmes ayant déclaré avoir une maladie chronique sont obèses (IMC>30) contre respectivement 5,1 % et 3,9 % des hommes et des femmes n'ayant pas de maladie chronique. Par ailleurs, les personnes obèses ont plus souvent des troubles de santé mentale que les autres (voir

Tab 4 : Santé mentale chez les 15-75 ans selon le fait d'avoir déclaré ou non une maladie chronique (en % )

	Ile-de-France		France <sup>2</sup>	
	H <sup>1</sup>	F <sup>1</sup>	H	F
<b>Chez les personnes ayant déclaré avoir une maladie chronique</b>				
% EDC 12 mois	5,7	15,0	7,3	14,5
% Pensées suicidaires 12 mois	7,7	9,6	6,4	8,5
% TS vie <sup>3</sup>	5,3	12,2	4,3	11,4
<b>Chez les personnes ayant déclaré ne pas avoir de maladie chronique</b>				
% EDC 12 mois	6,1	10,4	4,6	9,1
% Pensées suicidaires 12 mois	4,7	5,1	4,2	5,1
% TS vie <sup>3</sup>	2,2	6,7	2,5	5,8
Effectifs	990	1338	6051	8369

1. H: Hommes, F: Femmes.

2. France métropolitaine.

3. Tentative de suicide au cours de la vie.

ci-contre). Sachant qu'il existe des associations entre obésité et maladie chronique, entre obésité et santé mentale diminuée et entre maladie chronique et santé mentale diminuée, l'étude des liens avec la santé mentale et chacun de ces facteurs a été réalisée dans des modèles multivariés (non représentés ici), sur le même modèle que ceux du tableau 3, avec, parmi les variables explicatives, une variable regroupant maladie chronique et obésité (malade obèse, non malade obèse, malade non obèse, non malade non obèse). Ces analyses montrent que, toutes choses égales par ailleurs :

- le risque d'avoir fait une tentative de suicide au cours de la vie est significativement plus élevé pour les personnes déclarant avoir une maladie chronique, qu'elles soient obèses ou non et pour les personnes obèses mais ne déclarant pas de maladie chronique, par rapport aux personnes "non malades non obèses",
- le risque d'avoir eu des pensées suicidaires ou un EDC au cours des douze derniers mois est plus élevé chez les personnes déclarant une maladie chronique, qu'elles soient obèses ou non, tandis que les personnes obèses qui ne sont pas malades n'ont pas de risque plus élevé, par rapport aux personnes "non malades non obèses".

Ces résultats confortent ainsi l'idée que la santé mentale diminuée observée chez les personnes obèses est au moins tout autant associée à la présence d'une maladie chronique, laquelle semble peser sur le fait d'avoir eu des pensées de suicide, des EDC ou d'avoir fait une tentative de suicide.

## Une moins bonne santé mentale pour les personnes victimes de violence, surtout les femmes

Au niveau national et chez les femmes en Ile-de-France, les personnes ayant connu des violences physiques au cours des douze derniers mois (avoir été frappé ou blessé physiquement par quelqu'un) ont des prévalences significativement plus élevées d'épisodes dépressifs caractérisés, de pensées suicidaires ou de tentatives de suicide (tab.5). Chez les hommes franciliens, si la prévalence des tentatives de suicide est significativement plus élevée chez ceux déclarant avoir subi des violences physiques au cours des douze derniers mois par rapport à ceux n'en ayant pas subies, la prévalence des épisodes dépressifs et des pensées suicidaires ne diffère pas selon le fait d'avoir subi ou non des violences physiques.

Les femmes qui déclarent avoir subi, au cours de leur vie, des rapports sexuels forcés, ont une santé mentale moins bonne, avec des indicateurs témoignant d'un niveau de souffrance significativement plus élevé que chez celles n'en ayant pas subis (tab.6). Ainsi, elles sont 4 fois plus nombreuses en Ile-de-France et au niveau national à avoir pensé au suicide au cours des douze derniers mois, 2,3 fois plus nombreuses en Ile-de-France et 3 fois au niveau national à avoir connu un épisode dépressif caractérisé au cours de l'année et 6 fois plus nombreuses en Ile-de-France et au niveau national à avoir fait une tentative de suicide au cours de la vie.

**Tab 5 : Santé mentale chez les 15-75 ans selon le fait d'avoir subi ou non des violences physiques<sup>1</sup> au cours des 12 derniers mois (en %)**

	Hommes		Femmes	
	Idf <sup>2</sup>	Fm <sup>2</sup>	Idf	Fm
<b>Chez les personnes ayant subi des violences physiques</b>				
% EDC 12 mois	5,7	14,2	41,7	31,3
% TS <sup>3</sup> vie	8,8	10,5	29,7	25,7
% Pensées suicidaires <sup>4</sup>	9,4	13,2	22,0	23,3
<i>Effectifs</i>	54	305	57	261
<b>Chez les personnes n'ayant pas subi de violences physiques</b>				
% EDC 12 mois	6,0	4,9	10,7	10,0
% TS <sup>3</sup> vie	2,5	2,7	7,3	6,8
% Pensées suicidaires <sup>4</sup>	5,1	4,4	5,7	5,6
<i>Effectifs</i>	1534	10373	2059	15246

1. Avoir été frappé ou blessé physiquement par quelqu'un au cours des 12 derniers mois.

2. Idf=Ile-de-France, Fm=France métropolitaine.

3. Tentative de suicide au cours de la vie.

4. Pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois.

**Tab 6 : Santé mentale chez les femmes de 15-75 ans ayant déclaré avoir subi des rapports sexuels forcés ou non au cours de la vie (en %)**

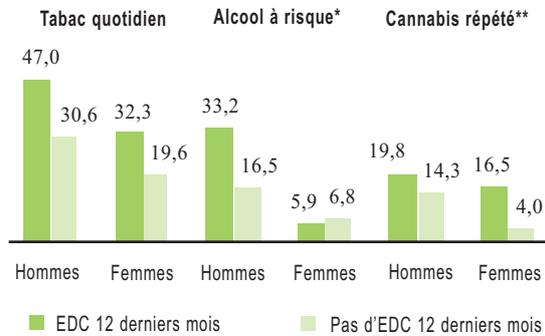
Rapports sexuels forcés :	Oui	Non
<b>Ile-de-France</b>		
% Pensées suicidaires 12 mois	22,1	5,2
% EDC 12 mois	25,4	10,9
% Tentative de suicide vie	36,8	6,4
<b>France métropolitaine</b>		
% Pensées suicidaires 12 mois	22,2	5,1
% EDC 12 mois	27,3	9,6
% Tentative de suicide vie	33,1	5,9

## Une consommation de substances psychoactives plus importante chez les personnes ayant eu un épisode dépressif

Les personnes ayant connu un épisode dépressif caractérisé au cours des douze derniers mois sont plus souvent consommatrices de substances psychoactives que les autres. Les hommes ayant eu un EDC sont 1,5 fois plus nombreux que les autres à fumer quotidiennement, 2 fois plus nombreux à avoir une consommation d'alcool à risque d'abus ou de dépendance (test Deta positif), bien que la différence ne soit pas significative en Ile-de-France tandis

qu'elle l'est au niveau national, et 1,4 fois plus nombreux à consommer du cannabis de manière répétée, c'est-à-dire au moins dix fois au cours des douze derniers mois (fig.5). Les femmes ayant eu un EDC sont significativement plus nombreuses à fumer quotidiennement, à consommer du cannabis de manière répétée (16,5 % contre 4,0 % parmi celles n'ayant pas eu d'épisode dépressif caractérisé au cours des douze derniers mois), avec une différence

**Fig 5 : Tabac, alcool, cannabis chez les personnes de 15-75 ans ayant connu un épisode dépressif caractérisé au cours des 12 derniers mois et chez les autres en Ile-de-France (en %)**



plus marquée que chez les hommes. Une consommation d'alcool à risque ne diffère en revanche pas entre celles ayant connu des EDC et les autres.

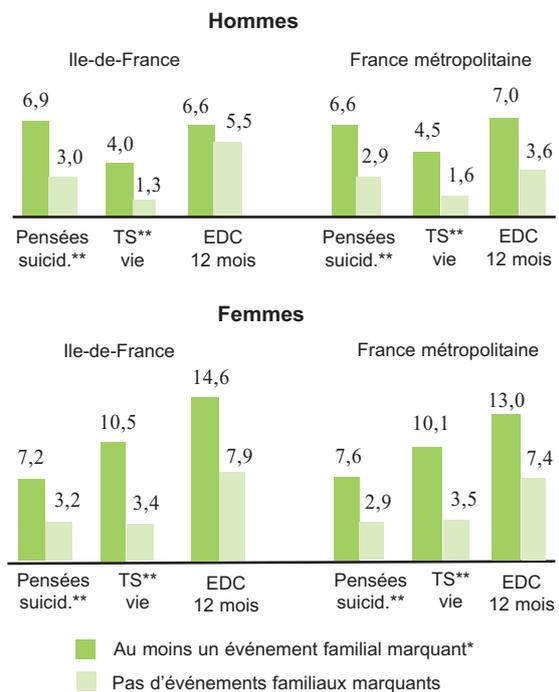
\* Usagers d'alcool à risque d'abus ou de dépendance à l'alcool (Deta positif) : avoir répondu "oui" à au moins 2 questions parmi : "Avez-vous ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?", "Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?", "Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?", "Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin ?".  
 \*\* Avoir consommé du cannabis au moins 10 fois au cours des 12 derniers mois.

## Episodes dépressifs caractérisés, pensées et tentatives de suicide plus fréquents chez les personnes ayant vécu des événements familiaux marquants au cours de leur jeunesse

Les personnes déclarant avoir connu au moins un événement familial marquant au cours de leur jeunesse, c'est-à-dire ayant connu au moins un événement parmi maladie, handicap, accident, décès du père et/ou de la mère, séparation ou divorce des parents, mésententes ou graves conflits entre les parents, autre événement familial marquant avant l'âge de 18 ans, ont plus souvent déclaré avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois, avoir fait une tentative de suicide au cours de la vie ou avoir eu un EDC au cours des douze derniers mois (fig.6).

La prévalence des pensées suicidaires et des tentatives de suicide est toujours significativement plus élevée chez les personnes ayant connu un événement familial marquant, que ce soit chez les hommes ou chez les femmes, en Ile-de-France comme au niveau national, à l'exception de la prévalence des épisodes dépressifs caractérisés qui ne varie pas, chez les hommes franciliens, entre ceux qui ont connu des événements familiaux marquants au cours de leur jeunesse et ceux qui n'en ont pas connus.

**Fig 6 : Santé mentale des 18-75 ans selon le fait d'avoir connu ou non un événement familial marquant\* avant l'âge de 18 ans (en %)**



\* Avoir connu avant 18 ans au moins l'un des événements suivants : maladie, handicap, accident, décès du père et/ou de la mère, séparation ou divorce des parents, mésententes ou graves conflits entre les parents, autre événement familial marquant.

\*\* Pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois, TS : tentative de suicide au cours de la vie.

## Recours aux soins des personnes ayant fait une tentative de suicide ou ayant eu un épisode dépressif caractérisé

### Les tentatives de suicide insuffisamment prises en charge

De manière générale, que ce soit en Ile-de-France ou au niveau national, parmi les personnes ayant eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois, des proportions plus élevées de femmes que d'hommes ont déclaré en avoir parlé à quelqu'un : en Ile-de-France, 50,7 % des femmes contre 34,1 % des hommes ( $p=0,031$ ) en ont parlé à quelqu'un. En Ile-de-France, ce sont un peu moins de la moitié des personnes ayant fait une tentative de suicide au cours de la vie qui déclarent avoir été suivies par un médecin ou un "psy" (psychiatre, psychologue, psychothérapeute) : 44,9 % des hommes et 47,9 % des femmes (différence non significative). Au niveau national, ces proportions sont respectivement de 56,2% et 54,1 % des hommes et des femmes (différence non significative). Parmi les personnes ayant fait une tentative de suicide au cours de la vie, des proportions comparables d'hommes et de femmes en Ile-de-France (respectivement 53,9 % et 56,1 %) déclarent être allés à l'hôpital après la dernière tentative de suicide. Au niveau national, les proportions sont respectivement de 59,4 % et 62,2 % des hommes et des femmes (différence non significative).

### Seuls 3 hommes sur 10 ayant eu un épisode dépressif caractérisé ont eu recours à des soins pour raison de santé mentale

Dans le Baromètre santé, le recours aux soins pour raison de santé mentale est caractérisé de la façon suivante : "avez-vous utilisé les services d'un organisme / consulté un professionnel pour des problèmes émotifs, nerveux, psychologiques ou des problèmes de comportement".

Le Baromètre permet aussi de connaître le recours aux soins pour d'autres raisons que la santé mentale mais celui-ci ne sera pas abordé ici.

Parmi les personnes ayant eu un EDC au cours des 12 derniers mois, 30,5 % des hommes et 40,4 % des femmes en Ile-de-France (non significatif) ont eu recours à des soins pour des raisons de santé mentale (tab.7). Au niveau national, ces proportions sont respectivement de 33,8 % et

40,5 % ( $p=0,043$ ). Le recours aux soins varie aussi selon l'âge : si le recours est comparable à 15-34 ans et à 55-75 ans et concerne 1 personne sur 3 ayant eu un EDC, il est significativement plus élevé à 35-54 ans et concerne 49,1 % des individus ayant eu un EDC.

Ce recours aux soins est en premier lieu la consultation d'un professionnel de santé ou d'un travailleur social, qui concerne 28 % des hommes et 40 % des femmes en Ile-de-France (différence non significative). Le recours cumulé à un professionnel et à un organisme (hôpital, clinique, etc) concerne 10 % des hommes et des femmes. L'absence de recours à des soins pour raison de santé mentale est élevée puisque 7 hommes sur 10 et 6 femmes sur 10 n'ont pas déclaré de recours en cas d'EDC, avec une différence significative en France métropolitaine ( $p=0,043$ ) mais pas en Ile-de-France.

Parmi les personnes n'ayant pas eu d'EDC, le recours aux soins pour raison de santé mentale est beaucoup plus faible et concerne 6 % des hommes et 9 % des femmes en Ile-de-France ( $p=0,003$ ), pour lesquels il s'agit principalement d'un recours à un professionnel de santé ou à un travailleur social.

Tab 7 : Recours aux soins pour raison de santé mentale<sup>1</sup> des personnes de 15-75 ans au cours des 12 derniers mois (en %)

	EDC 12 mois				Absence d' EDC			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	Idf <sup>2</sup>	Fm <sup>2</sup>	Idf	Fm	Idf	Fm	Idf	Fm
<b>Recours aux soins pour raison de santé mentale</b>	30,5	33,8	40,4	40,5	5,6	4,7	9,1	9,0
Organisme seul	2,6	1,8	0,5	1,6	0,8	0,4	0,2	0,3
Professionnel seul	18,4	21,9	29,0	30,3	3,6	3,4	7,9	7,6
Organisme et professionnel	9,5	10,1	10,9	8,6	1,2	0,9	1,0	1,2
<b>Absence de recours aux soins pour raison de santé mentale</b>	69,5	66,3	59,6	59,5	94,4	95,4	90,9	90,9
<b>Ensemble</b>	100	100	100	100	100	100	100	100
<i>Effectifs</i>	65	388	153	1014	924	6683	1184	8783

1. Avoir utilisé les services d'un organisme (hôpital, clinique, centre, groupe, ligne téléphonique, etc) pour des problèmes émotifs, nerveux, psychologiques ou de comportement et/ou avoir consulté un professionnel (médecin, "psy", thérapeute, infirmière, assistante sociale) pour des problèmes émotifs, nerveux, etc.

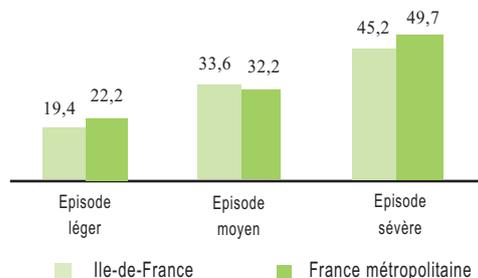
2. Idf = Ile-de-France / Fm = France métropolitaine.

Les personnes ayant eu un EDC et ayant sollicité les services d'un organisme ont majoritairement eu recours à un centre médico-psychologique (49,9 % en Ile-de-France et 48,7 % au niveau national) puis aux urgences d'un hôpital (21,9 % en Ile-de-France et 19,6 % en France métropolitaine), à une hospitalisation (6,9 % en Ile-de-France et 20,4 % au niveau national), à un centre ou hôpital de jour (11,3 % en Ile-de-France et 15,7 % en France) ou à une association (8,5 % en Ile-de-France et 5,6 % au niveau national). Ces proportions concernent toutefois un faible effectif en Ile-de-France (26 personnes).

Les professionnels majoritairement consultés par les personnes ayant eu un EDC au cours des douze derniers mois et ayant eu recours à des soins pour raison de santé mentale sont le médecin généraliste ou de famille (49,3 % en Ile-de-France, 57,2 % en France), le psychiatre (45,3 % en Ile-de-France, 36,2 % en France) et le psychologue (21,8 % en Ile-de-France, 19,5 % en France). Si au niveau national, la consultation d'un psychiatre est moins fréquente que celle d'un médecin généraliste, en Ile-de-France, le recours à un psychiatre est équivalent au recours à un généraliste. Une des explications est la forte densité en médecins spécialistes en Ile-de-France.

Plus l'épisode dépressif augmente en intensité, plus le recours aux soins est élevé. Ainsi en Ile-de-France, 45,2 % des personnes ayant eu un épisode sévère contre 19,4 % de celles ayant eu un épisode léger ( $p=0,031$ ) ont eu recours aux soins pour raison de santé mentale au cours des douze derniers mois (fig.7).

**Fig 7 : Recours aux soins pour raison de santé mentale selon la sévérité de l'épisode dépressif parmi les personnes de 15-75 ans ayant eu un épisode dépressif caractérisé au cours des 12 derniers mois (en %)**



Au niveau national, ces différences sont également observées avec un recours aux soins qui concerne 22,2 % des personnes ayant eu un épisode léger contre 49,7 % de celles ayant eu un épisode sévère ( $p<0,001$ ). Le recours aux soins pour raison de santé mentale est aussi significativement plus élevé pour les personnes ayant des troubles dépressifs chroniques (durée de l'EDC d'au moins deux ans) que pour celles ayant eu un épisode unique ou des troubles dépressifs récurrents (au moins deux EDC avec au moins deux mois entre les deux épisodes) : en Ile-de-France, 56,4 % des personnes ayant eu des troubles chroniques contre 32,1 % de celles ayant eu un épisode unique, 32,6 % de celles ayant eu des troubles récurrents et 7,3 % de celles n'ayant pas eu d'EDC ont eu recours aux soins pour raison de santé mentale ( $p<0,001$ ).

#### Les médicaments sont la première aide déclarée par les personnes ayant eu un épisode dépressif caractérisé et ayant eu recours aux soins pour raison de santé mentale

Si les femmes sont plus nombreuses que les hommes à avoir eu recours à des soins pour raison de santé mentale en cas d'EDC, elles reçoivent aussi plus d'aides (psychothérapie, relaxation, soutien psychologique, médicaments, massage, etc) en cas de recours aux soins. Parmi les personnes ayant sollicité un organisme ou un professionnel de santé (pour des problèmes émotifs, nerveux, psychologiques ou de comportement) et ayant eu un EDC au cours des douze derniers mois, 95 % des hommes en Ile-de-France déclarent avoir reçu 1 ou 2 aides et 88 % des femmes déclarent avoir reçu 1, 2 ou 3 aides. Les femmes reçoivent en moyenne 1,9 aide et les hommes 1,4 ( $p=0,013$ ).

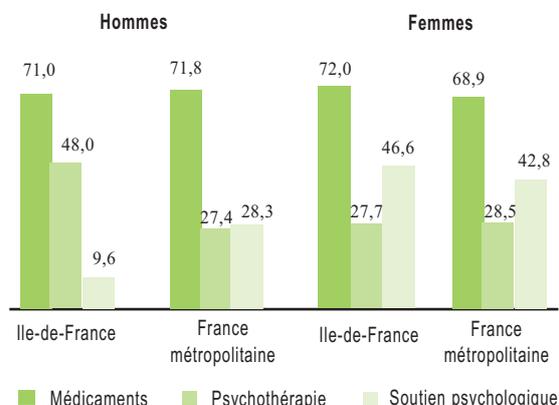
#### Sévérité de l'épisode dépressif caractérisé (EDC)

*Episode dépressif caractérisé léger* : cinq symptômes au maximum et ses activités un peu perturbées par ces problèmes.

*EDC sévère* : au moins six symptômes et ses activités beaucoup perturbées.

*EDC modéré* : tous les cas entre légers et sévères.

**Fig 8 : Types d'aides reçues (en % des personnes de 15-75 ans ayant eu recours à des soins et ayant eu un épisode dépressif caractérisé au cours des 12 derniers mois)**



La prise de médicaments est le type d'aide le plus fréquemment reçu et concerne environ 7 personnes sur 10 ayant eu un EDC et ayant eu recours à des soins pour raison de santé mentale (fig.8). Un soutien psychologique est le deuxième type d'aide le plus fréquemment reçu, allant de 28 % (hommes au niveau national) à 47 % (Franciliennes), sauf pour les hommes franciliens qui ont déclaré avoir plus souvent bénéficié d'une psychothérapie que d'un soutien psychologique (respectivement 48 % et 10 % des hommes ayant eu un EDC). Il est à rappeler que les résultats présentés sont tels que déclarés par les personnes interrogées. Il peut ainsi y avoir des imprécisions, de la part de la personne interrogée ou même du médecin entre les dénominations "soutien psychologique", "psychothérapie" et sur ce que ces termes recouvrent exactement.

Les médicaments peuvent être associés à d'autres aides : en Ile-de-France, 33,7 % des hommes et 27,2 % des femmes (différence non significative) ayant eu un EDC et ayant déclaré avoir eu recours à des médicaments ont également eu recours à la psychothérapie et 6,5 % des hommes et 41,5 % des femmes ( $p=0,001$ ) ont aussi eu recours à un soutien psychologique. D'autres aides ont aussi pu être reçues, mais de manière moins fréquente : les médecines douces déclarées par 9 % des femmes en Ile-de-France et 14 % au niveau national, des pratiques religieuses déclarées par 9 % des femmes en Ile-de-France, 6 % en France et 2 % des hommes en Ile-de-France et en France. Le recours au millepertuis, connu pour ses vertus en cas de dépression légère, a

été déclaré, en Ile-de-France, par 4,7 % des hommes et 2,2 % des femmes (différence non significative). Les aides apportées sont perçues comme efficaces, puisque seuls 9,2 % des hommes en Ile-de-France et 19,5 % des femmes (différence non significative) ayant un EDC ont répondu que ces aides n'ont pas entraîné de diminution des problèmes. Au niveau national, 1 personne sur 5, que ce soit chez les hommes ou chez les femmes, ne constate pas de diminution des problèmes à la suite des aides.

#### **Une femme sur 4 a consommé des médicaments psychotropes au cours des 12 derniers mois**

En population générale, 23,5 % des femmes en France métropolitaine et 13,4 % des hommes ( $p<0,001$ ) déclarent avoir consommé des médicaments psychotropes au cours des douze derniers mois. En Ile-de-France, ces proportions sont respectivement de 24,4 % et 13,8 % ( $p<0,001$ ) pour les femmes et les hommes. Des proportions comparables de personnes déclarent consommer des antidépresseurs, des anxiolytiques ou des somnifères, les différences s'observant surtout selon le sexe et non selon le type de médicaments.

En Ile-de-France, des antidépresseurs ont été consommés par 10,1 % des femmes et 4,4 % des hommes ( $p<0,001$ ), des anxiolytiques par 9,8 % des femmes et 5,8 % des hommes ( $p=0,002$ ) et des somnifères par 9,6 % des femmes et 5,9 % des hommes ( $p=0,004$ ). Il est à noter que les co-prescriptions ne sont pas rares, une personne pouvant consommer plusieurs types de médicaments. De plus, il peut y avoir déclaration de plusieurs types de médicaments si les enquêtés ne savent plus quel type de médicaments ils consomment. La consommation de médicaments psychotropes est associée à plusieurs facteurs, notamment le fait d'avoir eu un EDC au cours des douze derniers mois : en Ile-de-France, 39,9 % des hommes ayant eu un EDC contre 12,2 % de ceux n'en ayant pas connu ( $p<0,001$ ) ont consommé des médicaments psychotropes au cours des douze derniers mois et chez les femmes, ces proportions sont respectivement de 25,8 % et 6,9 % ( $p<0,001$ ). La différence entre hommes et femmes n'est pas significative en Ile-de-France, probablement en raison de la taille de l'échantillon, mais l'est au niveau national.

Si la consommation de médicaments psychotropes augmente avec l'occurrence d'un EDC, elle augmente aussi avec l'intensité de l'épisode. Cela est vrai quel que soit le type de médicament psychotrope (tab.8). En Ile-de-France, la consommation de psychotropes concerne 16,2 % des personnes n'ayant pas eu d'EDC, 35,7 % de celles ayant eu un EDC léger à 56,7 % de celles ayant eu un EDC sévère ( $p < 0,001$ ). Les personnes ayant eu un EDC léger ont consommé en majorité des anxiolytiques (27,6 %), celles ayant eu un EDC sévère, des antidépresseurs (41,9 %). Des différences sont aussi observées selon la chronicité de l'EDC : si la consommation de médicaments psychotropes est comparable entre les personnes ayant eu un EDC unique et des troubles récurrents (au moins deux EDC avec au moins deux mois entre les deux épisodes), respectivement 42,4 % et 47,5 %, la proportion est plus élevée pour celles ayant eu des troubles chroniques (durée de l'EDC d'au moins deux ans), 66,3 % ( $p < 0,001$ ) et cela, quel que soit le type de médicament psychotrope.

Afin de rechercher les différences de consommation de médicaments psychotropes entre l'Ile-de-France et la province, des modèles multivariés ont été construits pour chaque type de médicament. Les modèles pour l'ensemble des médicaments psychotropes, consommés par les personnes ayant eu un EDC au cours des douze derniers mois et par celles n'en ayant pas eu, figurent dans le tableau 9. Parmi les personnes ayant eu un EDC, celles âgées de 35 ans et plus et celles déclarant être inactives (autre qu'étudiant ou retraité, par exemple invalidité) ont, toutes choses égales par ailleurs, une consommation plus importante de médicaments psychotropes. Par ailleurs, les personnes vivant en couple et les étudiants sont moins nombreux à déclarer consommer des médicaments psychotropes, en cas d'EDC. Parmi les personnes n'ayant pas eu d'EDC, une partie d'entre elles consomment des médicaments psychotropes (tab.8). Le modèle multivarié montre que les personnes consommatrices sont plus souvent des femmes, des personnes âgées de 35 et plus, en situation de rupture familiale (séparation, divorce, veuvage) ou professionnelle (chômage, inactivité autre qu'études ou retraite). En revanche les personnes vivant en couple ou vivant avec d'autres personnes mais pas en couple sembleraient moins consommatrices de médicaments psychotropes. Toutes

choses égales par ailleurs, les modèles ne mettent pas en évidence de différence entre l'Ile-de-France et les autres régions de province, à l'exception de la consommation de somnifères (ou hypnotiques) qui s'avère plus importante en Ile-de-France chez les personnes n'ayant pas eu d'EDC. Cette consommation plus importante en Ile-de-France serait à explorer en tenant compte des caractéristiques de la région francilienne, qui pourraient être sources de perturbation du sommeil (stress, bruit, habitat par exemple). Il pourrait s'agir aussi de différences de prescription entre l'Ile-de-France et la province de la part des médecins, à niveau de stress égal.

**Tab 8 : Consommation de médicaments psychotropes selon la sévérité de l'EDC chez les 15-75 ans en Ile-de-France (en %)**

	Pas d'EDC	EDC léger	EDC moyen	EDC sévère	Ens.
Psychotropes	16,2	35,7	46,5	56,7	19,1
Dont					
Antidépresseur	4,9	16,4	26,7	41,9	7,3
Anxiolytique	5,7	27,6	28,3	32,8	7,8
Somnifère	6,7	7,2	12,2	28,5	7,7
Effectifs	2110	24	96	98	2328

**Tab 9 : Consommation de médicaments psychotropes et facteurs associés chez les personnes ayant eu un EDC et chez celles n'en ayant pas eu, modèles de régression logistique**

	Avant eu un EDC 12 mois		N'ayant pas eu d'EDC 12 mois	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Homme	1		1	
Femme	1,25	0,94-1,67	<b>1,76</b>	<b>1,58-1,95</b>
15-34 ans	1		1	
35-54 ans	<b>1,68</b>	<b>1,20-2,34</b>	<b>1,98</b>	<b>1,70-2,29</b>
55-75 ans	<b>1,69</b>	<b>1,02-2,80</b>	<b>2,26</b>	<b>1,87-2,73</b>
Célibataire	1		1	
Marié, pacsé	1,30	0,85-1,99	1,17	0,99-1,38
Veuf(ve)	1,19	0,67-2,13	<b>1,31</b>	<b>1,04-1,66</b>
Séparé, divorcé	1,15	0,74-1,79	<b>1,38</b>	<b>1,14-1,67</b>
Vivre seul	1		1	
Vivre en couple	<b>0,62</b>	<b>0,41-0,93</b>	<b>0,69</b>	<b>0,57-0,82</b>
Avec autres pers.	0,94	0,65-1,35	<b>0,82</b>	<b>0,69-0,98</b>
Travail	1		1	
Etudes	<b>0,50</b>	<b>0,30-0,84</b>	0,89	0,69-1,15
Chômage	0,93	0,60-1,43	<b>1,38</b>	<b>1,14-1,66</b>
Retraite	0,95	0,56-1,61	1,02	0,87-1,21
Autres inactifs	<b>1,55</b>	<b>1,02-2,34</b>	<b>1,39</b>	<b>1,17-1,66</b>
Résider HlIdf	1		1	
En Ile-de-France	1,13	0,80-1,60	1,11	0,96-1,28

Les valeurs représentées en gras sont significatives à au moins 5 %.

## Conclusion

De nombreuses études réalisées actuellement sur la santé mentale concernent les troubles dépressifs, notamment du fait de leur importance en termes de santé publique. En effet, les troubles dépressifs entraînent des coûts élevés pour la collectivité, des incapacités et l'un des risques est le suicide, près de 15 % à 20 % des dépressifs mettant fin à leurs jours (Goodwin et Jamison, cités par OMS<sup>15</sup>).

Bien que la comparaison des études soit délicate du fait de la diversité des indicateurs de troubles dépressifs (CIDI SF, CES-D, MINI, etc) et des méthodologies, la prévalence des épisodes dépressifs retrouvée au niveau national dans l'enquête Baromètre santé 2005 est comparable à celle observée dans l'enquête décennale santé 2002-2003, respectivement 7,9 % et 8,8 %<sup>16</sup>. Une exploitation régionale de cette enquête, comparant l'Ile-de-France aux autres régions pour la prévalence des épisodes dépressifs<sup>17</sup> a montré que 11 % des Franciliens souffraient de dépression majeure et que cette proportion était, à sexe, âge et CSP identiques, comparable à celle de la province. Si la prévalence obtenue dans notre étude est un peu plus faible, 8,8 % pour les deux sexes, le risque d'avoir eu un EDC n'est pas plus élevé en Ile-de-France qu'en province. Seul un article issu d'analyses du Baromètre santé 2005<sup>18</sup> montrait un risque plus élevé des Franciliens par rapport à la région Sud-Ouest d'avoir connu un épisode dépressif caractérisé au cours des douze derniers mois (OR=1,3 [1,0-1,6]). Une étude comparant l'Ile-de-France, région essentiellement urbaine, et la Basse-Normandie, région très rurale<sup>19</sup>, a montré que, après ajustement sur des variables sociales (âge, sexe, statut matrimonial), il n'y avait pas de différence de prévalence de dépression majeure entre les zones rurales et urbaines.

Notre étude retrouve la fréquence plus élevée d'une santé mentale moins bonne chez les femmes, ce que montrent également les enquêtes décennale santé<sup>16</sup> et ESEMeD<sup>1</sup> de 2000-2002. L'activité professionnelle est étroitement liée à la santé mentale : les personnes au chômage ou en inactivité professionnelle ont notamment des troubles dépressifs plus fréquents, ce que retrouvent d'autres enquêtes<sup>16, 17</sup>. La situation familiale est un autre facteur important, la vie de couple apparaissant comme facteur protecteur. Par ailleurs, notre étude a pu mettre en avant une santé

mentale diminuée chez les personnes victimes de violence, surtout les femmes, chez les personnes ayant vécu des événements familiaux marquants au cours de leur jeunesse (divorce, maladie, décès des parents, etc) ainsi que chez les personnes souffrant d'une maladie chronique.

En terme de prise en charge, les tentatives de suicide sont insuffisamment suivies et les personnes souffrant de dépression ont un très faible recours aux soins pour raison de santé mentale (3 hommes et 4 femmes sur 10). Il ne s'agit ici que du recours aux soins pour raison de santé mentale, à l'exclusion du recours pour d'autres raisons. Si la consommation de médicaments est la première aide déclarée par les personnes ayant eu un épisode dépressif, 1 personne sur 6 n'ayant pas eu d'épisode dépressif caractérisé a consommé des médicaments psychotropes au cours des douze derniers mois. Bien que cette étude n'ait pas pour objet d'évaluer le bon usage des médicaments, il est reconnu que la France est un pays très consommateur de médicaments psychotropes<sup>20</sup>. Le chômage, l'inactivité professionnelle, la séparation ou le divorce, le fait d'être une femme, l'âge sont des facteurs qui augmentent la consommation de médicaments psychotropes, indépendamment de la survenue d'un épisode dépressif. De plus, résider en Ile-de-France augmente le risque d'avoir consommé des somnifères.

L'ensemble de ces résultats pourraient être utilisés pour une meilleure prévention, notamment les facteurs de vulnérabilité sociale entraînant une plus grande souffrance, avec des indicateurs témoignant d'une santé mentale diminuée. Si les résultats ont montré peu de différences entre l'Ile-de-France et la province, à l'exception d'une consommation francilienne plus élevée de somnifères, les quartiers où se concentre une forte population en difficultés sociales sont probablement les plus touchés par une plus grande fréquence d'épisodes dépressifs. L'indicateur "région" retenu, comparant Ile-de-France et province, ne recouvre cependant pas des entités homogènes : l'Ile-de-France est une région très marquée par de fortes disparités infra-régionales et l'entité "province" recouvre d'importantes variations entre les régions et au sein même de chaque région. Ce choix a toutefois été guidé par la nécessité de caractériser les comportements franciliens.

Des études plus spécifiques sur des zones géographiques plus fines pourraient volontiers compléter ce travail.

D'autres limites existent dans cette étude. L'enquête ayant été réalisée en ménage ordinaire, n'incluant ainsi pas les personnes hospitalisées pour raison de santé mentale (dépression, tentative de suicide, etc) ou prises en charge en dehors de leur domicile pour des soins en santé mentale (maison de repos, etc), il est difficile de savoir quelle est la sous-estimation de la prévalence des indicateurs de santé mentale. De plus, il peut exister une sous-déclaration des personnes enquêtées pour ces indicateurs, du fait du sujet difficile, qui peut être considéré comme

stigmatisant, ou encore douloureux.

En termes de recours aux soins, les personnes ayant eu un épisode dépressif caractérisé au cours des douze derniers mois ont pu avoir recours aux soins pour d'autres raisons que celle de santé mentale analysée dans ce document. Pour ces autres recours aux soins, des problèmes de santé mentale ont pu être identifiés, toutefois le Baromètre santé ne permet pas d'en rendre compte.

Enfin, l'enquête ne permet pas de disposer de certaines informations telles que les comorbidités psychiques, notamment les troubles anxieux, les troubles bipolaires.

### Caractéristiques des échantillons en Ile-de-France et en province

**Tab 10 : Caractéristiques des échantillons en Ile-de-France (Idf) et en province (HIdf), en %**

	<b>Idf</b>	<b>HIdf</b>
Hommes	50,4	49,1
Femmes	49,6	50,9
15-34 ans	<b>45,5</b>	<b>34,5</b>
35-54 ans	<b>35,2</b>	<b>38,8</b>
55-75 ans	<b>19,3</b>	<b>26,7</b>
Agriculteur	<b>0,2</b>	<b>3,2</b>
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	<b>5,4</b>	<b>7,8</b>
Cadre, profession intellectuelle	<b>26,3</b>	<b>13,5</b>
Profession intermédiaire	<b>29,2</b>	<b>24,6</b>
Employé	<b>26,1</b>	<b>28,4</b>
Ouvrier	<b>10,8</b>	<b>19,4</b>
Autre sans activité professionnelle	<b>2,1</b>	<b>3,1</b>
Célibataire	<b>46,0</b>	<b>33,7</b>
Marié(e) (1ère fois, pacsé)	<b>41,9</b>	<b>52,5</b>
Remarié(e)	<b>2,7</b>	<b>3,6</b>
Veuf (ve)	<b>2,2</b>	<b>3,9</b>
Divorcé(e), séparé(e)	7,0	6,3
Aucun diplôme	12,5	13,5
Certificat études, Cap, Bepc, Bep	<b>31,6</b>	<b>43,1</b>
Bac techno, Bac pro, Bac	17,3	17,0
Bac+2	<b>13,0</b>	<b>11,1</b>
Bac+3, Bac+4	<b>12,1</b>	<b>8,8</b>
Bac+5, grande école	<b>13,5</b>	<b>6,5</b>
Effectif EDC 12 mois	218	1179
Effectif pensées suicidaires 12 mois	212	1249
Effectif tentative suicide vie	220	1270
<i>Effectifs totaux</i>	<i>4438</i>	<i>25793</i>

Les valeurs représentées en gras sont significatives à au moins 5 %

Avec 45,5 % de personnes de 15-34 ans et 19,3 % de personnes de 55 ans et plus (tab.10), l'échantillon francilien est plus jeune que celui de la province. Certaines catégories socio-professionnelles sont moins représentées en Ile-de-France (agriculteurs, ouvriers), d'autres y sont plus

représentées (cadres, professions intellectuelles, etc). La proportion de diplômés de niveau supérieur ou égal à Bac+2 est plus élevée en Ile-de-France qu'en province. L'Ile-de-France se caractérise aussi par une proportion plus élevée de célibataires, liée notamment à la jeunesse de la région. La proportion de personnes en union officialisée (mariage, pacs) est supérieure en province. Les proportions de personnes divorcées, séparées sont comparables entre l'Ile-de-France et la province. Quant aux personnes vivant seules, elles représentent 12,3 % de l'échantillon en Ile-de-France contre 10,0 % en province, les personnes vivant en couple 58,6 % en Ile-de-France contre 68,4 % en province.

**Méthodologie** (voir aussi la publication de l'Inpes<sup>14</sup>) L'enquête a été réalisée par téléphone auprès d'un échantillon représentatif de la population de 12-75 ans résidant en France métropolitaine. Afin que l'échantillon soit le plus représentatif de la population, les numéros de téléphone ont été sélectionnés aléatoirement dans une base de sondage. Cette base ne comportant pas les numéros de téléphone inscrits sur liste rouge, chaque numéro tiré au hasard a été incrémenté de 1 : les numéros ainsi constitués pouvaient alors correspondre à des numéros en liste blanche, en liste rouge, non attribués ou commerciaux. Les données ont été redressées sur le sexe, l'âge, la catégorie d'agglomération, le département pour l'Ile-de-France et la région pour le reste de la France.

**Le terrain d'enquête** a été réalisé par l'Institut de sondage Atoo, du 14 octobre 2004 au 12 février 2005. Toutes listes confondues (blanche, orange, rouge), le taux de refus des ménages s'est élevé à 31,4 %, le taux de refus des individus à 5,7 % et le taux d'abandon à 8,7 %.

### Références bibliographiques

1. VERDOUX H, BEGAUD B, (sous la coordination de), Etude réalisée dans le cadre du Rapport parlementaire sur le bon usage des médicaments psychotropes, juin 2006.
2. PRINCE M et al., No health without mental health, *The Lancet*, 2007; 370(9590): 859-77.
3. ALONSO J et al., 12-month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD) project, *Acta psychiatr Scand* 2004; 109(suppl.420):28-37.
4. SCHAFFER A et al., Suicidal ideation in Major Depression: sex differences and impact of comorbid anxiety, *Can J Psychiatry*, 2000; 45(9): 822-6.
5. TERRA JL, Suicide risk and depression, *Rev prat*, 2008; 58(4): 385-8.
6. BECK F, LEGLEYE S, PERETTI-WATEL P, Penser les drogues : perceptions des produits et des politiques publiques. Enquête sur les représentations opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP) 2002, OFDT, janvier 2003.
7. Obésité : prévention et prise en charge mondiale, rapport d'une consultation de l'OMS, Genève, 2003.
8. ROSS CE, Overweight and depression, *J Health Soc Behav*, 1994; 35(1): 63-79.
9. SIMON GE et al., Association between obesity and depression in middle-aged women, *Gen Hosp Psychiatry*, 2008; 30(1): 2-9.
10. Le plan régional de santé publique 2006-2010 en Ile-de-France : situation initiale en 2006. Document du Programme d'études et de statistiques du PRSP, Groupement régional de santé publique d'Ile-de-France, Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2008.
11. WALKER AE, Multiple chronic diseases and quality of life: patterns emerging from a large national sample, *Australia, Chron Illn*, 2007; 3(3): 202-18.
12. OMS, Former les personnels de santé du XXIème siècle : le défi des maladies chroniques, octobre 2005.
13. Ministère de la santé et des solidarités. Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011, avril 2007.
14. BECK F, GUILBERT P, GAUTIER A (sous la direction de), Baromètre santé 2005, Attitudes et comportements de santé, Saint-Denis, Inpes, coll. Baromètres santé, 2007, 608p.
15. Organisation mondiale de la Santé, La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs, Rapport sur la santé dans le monde, 2001.
16. LEROUX I, MORIN T, Facteurs de risque des épisodes dépressifs en population générale, *Etudes et résultats n°545*, Drees, décembre 2006.
17. LOPEZ F, PENET S, Un Francilien sur dix souffre de dépression majeure, in *Regards sur...la santé des Franciliens*, Insee Ile-de-France, Urcam, ORS, Drass, 2007.
18. LAMBOY B, LEON C, GUILBERT P, Troubles dépressifs et recours aux soins dans la population française à partir des données du Baromètre Santé 2005, *Rev Epidémiol et santé publique*, 2007 ; 55 : 222-227.
19. KOVESH-MASFETY V, LECOUTOUR X, DELAVELLE S, Mood disorders and urban/rural settings, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2005; 40: 613-618.
20. LE MOIGNE P, La sur-consommation de psychotropes en France in LOVELL AM, Santé mentale et société, Problèmes politiques et sociaux, n°899, La documentation française, avril 2004.

*Nous tenons également à remercier l'Institut Atoop pour la réalisation du terrain, les personnes qui ont bien voulu répondre au questionnaire ainsi que Viviane Kovess, Yannick Morvan et Florence de Maria pour leur relecture et leurs précieux conseils.*

**Observatoire régional de santé d'Ile-de-France**  
21-23, RUE MIOLLIS 75732 PARIS CEDEX 15 - TÉL : 01 44 42 64 70 - FAX : 01 44 42 64 71  
e - mail : [ors-idf@ors-idf.org](mailto:ors-idf@ors-idf.org) - Site internet : [www.ors-idf.org](http://www.ors-idf.org)

L'ORS Ile-de-France est subventionné par l'Etat  
(la Préfecture de région d'Ile-de-France et la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales)  
et par le Conseil régional d'Ile-de-France