

Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques
DREES

SERIE
SOURCES ET METHODES

**DOCUMENT
DE
TRAVAIL**

Mesurer statistiquement la dépression :
Enjeux et limites

Thomas MORIN

n° 9 – janvier 2010

Sommaire

Introduction.....	5
1. L'invention de la dépression.....	7
1.1 Le socle commun des représentations de la dépression.....	7
1.2 Pathologie ou sociétal ?.....	7
1.3 Du syndrome à la maladie.....	8
1.4 Santé mentale et dépression.....	9
2. Les approches statistiques de la dépression.....	10
2.1 Approches catégorielle et dimensionnelle.....	10
2.2 Terminologie de l'épisode dépressif.....	11
2.3 Une approche catégorielle : la CIM 10.....	11
2.4 Une approche catégorielle : le DSM-IV.....	11
2.5 Les mêmes symptômes mais des algorithmes différents dans la CIM 10 et le DSM-IV.....	12
2.6 Critères d'exclusion, conditions supplémentaires et caractérisation.....	13
2.7 Correspondances entre la CIM 10 et le DSM-IV.....	14
3. Trois enquêtes pour mesurer statistiquement la dépression.....	15
3.1 De nouvelles sources statistiques sur la dépression.....	15
3.2 Des protocoles d'enquête variés.....	15
3.3 L'épisode dépressif dans l'enquête SMPG.....	16
3.4 L'épisode dépressif caractérisé dans le Baromètre Santé.....	17
3.5 La dépressivité dans l'Enquête Décennale Santé.....	17
3.6 Trois mesures de la dépression mais les mêmes facteurs de risque.....	18
4. Limites des mesures statistiques de la dépression.....	19
4.1 Un mal-être plutôt qu'une pathologie.....	19
4.2 D'autres pathologies que la dépression.....	20
4.3 Diagnostic et propension à déclarer.....	21
5. La question du soin.....	22
5.1 Les antidépresseurs à l'origine de la dépression ?.....	22
5.2 Penser l'inadéquation entre la consommation d'antidépresseurs et la dépression.....	23
5.3 Dépression et risque suicidaire.....	24
Conclusion.....	25
Annexes.....	27

Introduction

Les manuels de référence utilisés internationalement pour les recherches statistiques et pour diagnostiquer les troubles psychiatriques s'inscrivent dans une perspective « a-théorique ». Cela signifie que les maladies mentales sont repérées et définies par leurs manifestations (les symptômes), sans faire le lien entre ces manifestations et leurs causes, ou même la « nature » de ces maladies. Il n'est donc pas indispensable de savoir ce qu'est une dépression pour la diagnostiquer ou pour en mesurer la prévalence.

Pourtant, la publication de données statistiques sur la dépression renvoie à des représentations variables dans l'opinion publique comme dans la communauté scientifique. Pour certains, la dépression exprime un mal-être sociétal. Pour d'autres, elle est le marqueur d'une souffrance psychique, traduisant parfois des difficultés existentielles, parfois d'autres troubles psychiques plus complexes. Le message des campagnes publiques de prévention est plus direct : « cette maladie, c'est la dépression »¹.

Ces points de vue ne sont pas nécessairement contradictoires. Envisager la dépression comme une pathologie psychiatrique n'interdit pas de tenir compte d'un mal-être plus général, et réciproquement. Mais la statistique ne peut pas faire complètement l'économie de ces enjeux et de ces problématiques, puisqu'elle est un acteur dans l'évolution des représentations. Il convient donc de s'interroger sur le sens et les limites des outils utilisés. Les enquêtes statistiques permettent-elles de quantifier une population souffrant de dépression, entendue comme une pathologie clinique clairement définie ?

¹ INPES, [La dépression, en savoir plus pour s'en sortir](#), octobre 2007.

1. L'invention de la dépression

Le terme de dépression associé à un état physique ou psychique de l'être humain est resté longtemps réservé à un usage spécialisé avec peu de répercussions hors du champ de la psychiatrie. Cependant, à partir des années 1970, la dépression devient peu à peu une « question de société », un enjeu pour la prévention ou pour la médecine générale. Aujourd'hui, elle constitue un objet d'étude relativement neuf, encore en construction, soumis à controverses et disputé par différentes disciplines scientifiques. En quantifiant les personnes souffrant de dépression, les statistiques « réifient » un phénomène dont les contours conceptuels restent largement discutés.

1.1 Le socle commun des représentations de la dépression

Les différentes acceptions de la dépression partagent un socle commun : le constat que certains types de symptômes sont souvent associés entre eux et liés à une importante souffrance psychique. En 1915, Sigmund Freud caractérise la mélancolie par les manifestations suivantes :

« Une dépression profondément douloureuse, une suspension de l'intérêt pour le monde extérieur, la perte de la capacité d'aimer, l'inhibition de toute activité et la diminution du sentiment d'estime de soi qui se manifeste par des auto-reproches et des auto-injures et va jusqu'à l'attente délirante du châtement. »²

À ces manifestations, l'auteur ajoute un « refus d'alimentation ». Il précise aussi qu'il n'y a « aucune correspondance entre l'importance de l'autodépréciation et sa justification réelle ».

Cette description des symptômes de la mélancolie réalisée par Freud présente une grande similitude avec les définitions contemporaines de la dépression (voir partie 2 et annexes). De fait, on observe un relatif consensus quant aux registres des symptômes associés à la dépression, quels que soient les disciplines et les courants. Les différences portent plutôt sur le sens donné à ces symptômes, la prise en compte de leur intensité, de leur durée, de leur inscription dans l'histoire personnelle du sujet et dans une perspective sociétale. Ces éclairages multiples et parfois contradictoires relèvent du paradigme dans lequel est envisagée la dépression et de la façon dont elle est qualifiée.

1.2 Pathologique ou sociétal ?

Dans son fascicule « La dépression, en savoir plus pour s'en sortir »³, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) retient que la dépression n'est ni un « mal-être existentiel », ni un « coup de déprime » ; elle est une maladie qui appelle un traitement thérapeutique indispensable : psychothérapie, médicaments, voire hospitalisation. Un article de la revue Sciences humaines reprend et prolonge la perspective proposée par l'INPES : « alors que la déprime désigne, en langage courant, une baisse de moral passagère, la dépression constitue une pathologie psychiatrique à part entière »⁴.

² S. Freud, 1986, « [Deuil et Mélancolie](#) », extrait de Métapsychologie, 1915, traduction revue et corrigée par Jean Laplanche et J.B. Pontalis, Gallimard.

³ INPES, ibid.

⁴ Marmillon J.-F., 2008, Dépression, le mal du siècle, Sciences Humaines, n° 191, mars.

En 2004, le journal *Le Monde* relaie les premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale concernant les troubles dépressifs, anxieux et psychotiques. Pour le psychiatre Dominique Servant, ces résultats traduisent « le mal-être ambiant, la réalité d'une anxiété diffuse, chronique, qui est un problème qui touche énormément de personnes »⁵. Ces propos renvoient à une lecture sociétale du phénomène de la dépression. De même, Alain Ehrenberg (sociologue au Centre de recherche psychotropes, santé mentale, société) envisage les troubles dépressifs dans une perspective sociologique : pour lui, la « dépression » émerge en réaction au « culte de la performance », elle correspond à la mise en échec de l'individu « devant des normes qui incitent chacun à l'initiative individuelle en l'enjoignant à devenir lui-même »⁶.

Le constat d'un mal-être sociétal n'exclut pas l'existence d'un noyau de dépressions pathologiques. Cependant, les enquêtes statistiques aboutissent à quantifier une population. Il convient donc de s'interroger sur la position du « curseur », entre mal-être et pathologie, quand, par exemple, on affirme « qu'aujourd'hui, en France, la dépression touche plus de 3 millions de personnes »⁷.

1.3 Du syndrome à la maladie

Un syndrome est un ensemble de symptômes qu'une personne est susceptible de présenter lors de certaines maladies, ou bien dans des circonstances d'écart à la norme, pas nécessairement pathologiques.

Quand Sigmund Freud utilise le terme de dépression, il s'agit plutôt d'une manifestation secondaire à des troubles psychiques tels que la névrose, la psychose et surtout la mélancolie. Cet emploi prédomine encore dans le courant psychanalytique, où la dépression est envisagée en tant que syndrome et non en tant que maladie.

À l'inverse, la dépression est bien une maladie pour Emil Kraepelin, qui élabore une nosographie des troubles psychiques en s'inspirant du modèle de la botanique⁸. Dans cette optique, les maladies mentales s'ordonnent en catégories et sous-catégories clairement distinguées par des critères cliniques objectifs. Ces travaux ont un retentissement important dans l'histoire de la psychiatrie.

Dans les classifications statistiques qui prévalent actuellement, la dépression est encore envisagée comme une maladie. Le terme de « trouble psychique » est souvent préféré, mais l'approche est bien celle d'une classification hiérarchisée de pathologies. Enfin, la dépression est une pathologie propre, qui ne doit pas être secondaire à une autre affection.

Aujourd'hui, l'assimilation de la dépression à une maladie est à la fois un enjeu de prévention et un point de vue controversé au sein de la communauté scientifique.

Expliquer que la dépression est une maladie est au cœur de la campagne d'information de l'INPES :

⁵ Enquête santé mentale en population générale, *Le Monde*, 23 octobre 2004.

⁶ Ehrenberg A., *La fatigue d'être soi*, Odile Jacob, 1998.

⁷ INPES, *ibid.*

⁸ Emil Kraepelin, 8^{ème} édition du *Compendium de Psychiatrie*, 1915.

« Il existe une maladie qui touche plus de 3 millions de personnes en France, une maladie qui peut vous empêcher de parler, de rire, de manger, de travailler, de dormir ou de vous lever le matin, une maladie qui peut vous empêcher de vivre, cette maladie, c'est la dépression. »⁹

À l'opposé, beaucoup de psychiatres ou de psychologues soulignent que la dépression ne définit pas précisément une maladie, ni même, pour certains, un syndrome :

« Les symptômes dépressifs ou psychotiques ne correspondent pas plus - dans l'état actuel de nos connaissances - à une maladie caractérisée que la douleur ou la fièvre dont les causes peuvent être multiples. »

Professeur Edouard Zarifian ¹⁰

« On a élevé un symptôme, la dépression, présent dans plusieurs syndromes ou maladies, au rang de maladie autonome. Imaginez les conséquences au plan clinique et thérapeutique si l'on faisait de même, en médecine, avec la fièvre... »

Pierre Sidon ¹¹

(Psychiatre, membre de la société pour l'action et la recherche en psychiatrie)

La plupart du temps, les enquêtes statistiques repèrent le trouble dépressif de façon isolée, sans envisager l'ensemble du tableau clinique de la personne interrogée, pour des raisons pratiques évidentes. Cela renforce la perception de la dépression comme une maladie « en elle-même ».

Supposons qu'une enquête repère dans le même temps d'autres troubles psychiques, et montre que les symptômes de la dépression sont principalement associés à ces troubles. Dans ces cas-là, ne faut-il pas considérer la dépression comme un syndrome ?

1.4 Santé mentale et dépression

La pluralité des représentations de la dépression correspond à une pluralité de paradigmes pour envisager la santé mentale.

Dans une approche biomédicale stricte, la santé mentale est l'absence de pathologies mentales.

Pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « la santé mentale ne consiste pas seulement en une absence de troubles mentaux ». Elle relève du « bien-être », défini comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »¹².

D'autres enfin dissocient le bien-être de la santé mentale. Pour Jean Furtos (psychiatre, directeur national des pratiques en santé mentale et précarité), « une santé mentale suffisamment bonne est la capacité de vivre et de souffrir, soi-même et avec les autres, sans destructivité mais non sans révolte »¹³.

⁹ INPES, *ibid.* Le même texte est présenté en voix off dans une campagne publicitaire diffusée sur les chaînes télévisées nationales.

¹⁰ Édouard Zarifian, [Le déni du psychisme dans la psychiatrie contemporaine](#), Psychiatrie Française, Vol. XXX, N°1, 1999.

¹¹ Pierre Sidon, [Colloque déprime-dépression](#), Ministère de la santé, 1er février 2008.

¹² Définition présentée sur le [site internet](#) de l'OMS.

¹³ Furtos J., 2005, La santé mentale en actes - De la clinique au politique, Eres.

Les approches statistiques axées sur le repérage des troubles psychiques quantifient une population « atteinte de dépression ». Ce faisant, elles véhiculent la vision biomédicale de la santé mentale, parfois malgré leurs concepteurs ou leurs utilisateurs. À l'inverse, d'autres approches produisent des échelles de bien-être ou au contraire de dépressivité. Elles s'inscrivent plus dans une perspective de « bien-être », où la santé mentale se présente comme un *continuum*.

Enfin, la question de la « capacité à souffrir » éclaire sous un autre angle l'interprétation des résultats des enquêtes statistiques. En effet, le repérage de la dépression repose sur les déclarations des personnes interrogées. Même si l'entretien est structuré pour reproduire le diagnostic d'un clinicien, les résultats reflètent encore une propension à déclarer les symptômes. Dès lors, un chiffre plus élevé de dépressifs peut refléter en partie une meilleure aptitude à reconnaître et donc à traiter sa souffrance.

2. Les approches statistiques de la dépression

La dépression constitue un objet d'étude controversé, que ce soit en tant que « fait social », ou même en tant que « maladie ». Pourtant, nous disposons d'outils statistiques pour mesurer la dépression, et la plupart de ces outils bénéficient de cautions scientifiques : recommandation d'un organisme reconnu ou travaux de validation publiés dans une revue.

Dans ce contexte, il semble important d'identifier l'origine des outils statistiques de mesure de la dépression, dans quelles perspectives ils sont élaborés et en quoi ils se distinguent les uns des autres.

2.1 Approches catégorielle et dimensionnelle

L'approche catégorielle et l'approche dimensionnelle constituent les deux principaux prismes statistiques pour mesurer la dépression.

L'approche catégorielle étudie les phénomènes psychiques comme des catégories distinctes d'autres catégories. Les instruments d'évaluation sont destinés à recueillir un certain nombre de symptômes, à partir desquels on établit la présence ou l'absence d'une catégorie quelconque, comme la dépression. Les populations porteuses de pathologies sont ainsi clairement définies sur la base de critères cliniques.

Dans une approche dimensionnelle, les phénomènes psychiques sont considérés comme des grandeurs non directement mesurables, mais liées au cumul d'indicateurs directement mesurables. Les instruments d'évaluation standardisée correspondants sont destinés à évaluer un gradient sur une échelle à partir des indicateurs.

Dans une perspective dimensionnelle, l'Enquête Décennale Santé réalisée par la DREES et par l'INSEE utilise le CES-D (Center for Epidemiologic Studies – Depression Scale) pour mesurer la dépressivité et le SF-36 (Medical Outcome Study Short Form 36) pour la qualité de vie.

Les approches catégorielles et dimensionnelles ne sont pas radicalement opposées. Ainsi, une dépression peut être plus ou moins sévère dans une approche catégorielle. Inversement, au

sein d'une échelle de gravité, on peut appliquer des seuils à partir desquels on assigne l'individu à une catégorie.

2.2 Terminologie de l'épisode dépressif

Dans les approches catégorielles qui prévalent actuellement, le trouble dépressif le plus courant est l'« épisode dépressif », parfois aussi appelé « épisode dépressif majeur » ou « épisode dépressif caractérisé ».

Si les symptômes ne sont pas assez nombreux, intenses ou durables pour qu'un épisode dépressif soit diagnostiqué, on parle d'« état dépressif subsyndromique ».

Une fois qu'un épisode dépressif est repéré, il peut être qualifié de « léger », « moyen » ou « sévère », selon le nombre de symptômes présents.

Quand, pour un même sujet, plusieurs épisodes dépressifs surviennent, avec entre ces épisodes des phases de rémission, le terme utilisé est « trouble dépressif récurrent ».

Enfin, quand l'épisode dépressif dure longtemps, sans phases de rémission, il s'agit d'un « trouble dépressif chronique ».

2.3 Une approche catégorielle : la CIM 10

La CIM-10 (Classification Internationale des Maladies, 10^{ème} révision) est élaborée par l'OMS. À l'origine, il s'agissait d'une « classification des causes de décès » (Bertillon, 1893). La révision en a été confiée à l'OMS en 1945, qui a introduit la morbidité en 1948 pour faire une « classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès ».

Le trouble psychique correspondant à la dépression dans la CIM 10 est l'« épisode dépressif ». Il est codé « F32 ». Le décryptage de ce code montre bien que l'on est dans une approche catégorielle :

F = Catégorie « troubles mentaux et du comportement »

3 = Sous-catégorie « Trouble de l'humeur » (ex : épisode maniaque, trouble affectif bipolaire)

2 = Sous-catégorie « Épisode dépressif »

C'est la CIM-10 qui est utilisée dans l'enquête Santé Mentale en Population Générale pour repérer les troubles psychiques à partir d'un questionnaire structuré. La CIM-10 sert également au recodage des troubles déclarés spontanément par les personnes interrogées dans l'Enquête Décennale Santé.

2.4 Une approche catégorielle : le DSM-IV

Le DSM (Diagnostic and Statistical Manual) a été créé en 1952 par l'APA (Association Américaine de Psychiatrie). Il ne porte que sur les maladies mentales, et non sur l'ensemble des maladies. La classification est régulièrement révisée, comme pour la CIM. Ainsi, jusqu'en 1973, l'homosexualité était considérée comme une maladie mentale. À noter que le modèle psychanalytique a été abandonné en 1982 au profit du modèle biomédical (dit « a-théorique »)

exclusivement centré sur les symptômes et les traitements. Entre le DSM-I et le DSM-IV, qui prévaut actuellement, le nombre de pathologies est passé de 60 à 410.

L'équivalent de l' « épisode dépressif » de la CIM 10 est l' « épisode dépressif caractérisé » dans le DSM-IV. Le terme « majeur » est souvent utilisé à la place de « caractérisé », mais il est plus ambigu. En effet, le terme « majeur » introduit une ambivalence avec « sévère ». Or un épisode dépressif caractérisé peut être plus ou moins sévère. Par ailleurs, le terme « caractérisé » signifie que les symptômes sont assez prononcés et assez durables pour que l'état de la personne soit considéré comme « pathologique » ou « syndromique ». En cela, il n'y a pas de différence entre l' « épisode dépressif » de la CIM-10 et l' « épisode dépressif caractérisé » du DSM-IV.

Le DSM-IV est la classification la plus utilisée internationalement pour ce qui relève de la santé mentale. On la retrouve en France dans le baromètre santé (INPES), dans l'enquête Santé itinéraire professionnel (DREES, INSEE), ainsi que dans le questionnaire qualité de vie de l'Enquête santé scolaire (DREES).

2.5 Les mêmes symptômes mais des algorithmes différents dans la CIM 10 et le DSM-IV

L' « épisode dépressif » de la CIM 10 et l' « épisode dépressif caractérisé » du DSM-IV sont repérés à partir des mêmes symptômes, aux différences de formulation près. Ces symptômes sont l'humeur dépressive (ou tristesse), la perte d'intérêt (ou anhédonie), la perte d'énergie, les troubles de l'appétit, les troubles du sommeil, le ralentissement ou l'agitation psychomotrice, le sentiment d'infériorité, la culpabilité inappropriée, les difficultés de concentration, les idées noires, et enfin les pensées morbides.

Dans le DSM-IV, le sentiment d'infériorité et la culpabilité inappropriée ne forment qu'un seul et même symptôme. Cela fait donc une liste de 9 symptômes dans le DSM-IV et de 10 symptômes dans la CIM 10. Dans les deux classifications, ces symptômes doivent durer au moins deux semaines, être présents quasiment tous les jours et durer presque toute la journée.

À partir de ces symptômes, les deux classifications procèdent selon un algorithme pour émettre le diagnostic de l'épisode dépressif. Une première condition porte sur le « filtre » : nombre de symptômes parmi les deux ou trois dits « principaux ». Une seconde condition porte sur le nombre total de symptômes.

Le filtre est plus restrictif dans la CIM 10 : il faut avoir au moins deux des trois premiers symptômes : tristesse, anhédonie et perte d'énergie. Dans le DSM-IV, il suffit d'avoir au moins un symptôme parmi les deux premiers (tristesse et anhédonie).

En revanche, le nombre de symptômes total requis pour le diagnostic de l'épisode dépressif est plus sélectif dans le DSM-IV : il faut en avoir 5 dans une liste de 9, contre 4 dans une liste de 10 dans la CIM-10.

2.6 Critères d'exclusion, conditions supplémentaires et caractérisation

Les deux classifications prennent en compte des critères d'exclusion : les symptômes ne doivent pas s'expliquer par un événement récent, comme un deuil. De même, un état dépressif secondaire à une cause organique ou induit par l'utilisation de substances n'est pas considéré comme un « épisode dépressif »¹⁴. Ces critères d'exclusion sont la plupart du temps omis ou mal pris en compte dans les questionnaires statistiques.

Le DSM-IV comprend une clause supplémentaire, absente de la CIM-10 : le critère du « retentissement psycho-social ». Pour que l'épisode dépressif caractérisé soit diagnostiqué, les symptômes déclarés doivent provoquer une « gêne dans la vie de tous les jours » évoquée par le patient.

Enfin, les deux classifications permettent de caractériser l'épisode dépressif selon son évolution dans le temps et sa sévérité. Un trouble dépressif récurrent est identifié par la survenue répétée d'épisodes dépressifs, avec des phases de rémission. Un trouble dépressif peut être récurrent sans être sévère. La sévérité de l'épisode dépressif, quant à elle, dépend du nombre de symptômes repérés. Un épisode dépressif peut être léger, moyen ou sévère. La sévérité renseigne donc sur l'intensité du trouble, mais pas sur son évolution dans le temps.

¹⁴ Ces restrictions montrent bien que la dépression est envisagée comme une pathologie en soi et non comme un « symptôme ».

2.7 Correspondances entre la CIM 10 et le DSM-IV

Le tableau suivant récapitule les définitions de l'épisode dépressif dans les deux classifications :

Algorithmes de l'épisode dépressif et de l'épisode dépressif caractérisé :

CIM 10	DSM-IV
Épisode dépressif (F32)	Épisode dépressif caractérisé
Parmi les 10 symptômes suivants : - au moins 4 sont présents - dont 2 des 3 premiers	Parmi les 9 symptômes suivants : - au moins 5 sont présents - 1 des 2 premiers
1 – Humeur dépressive, tristesse	1 – Humeur dépressive, tristesse
2 - Perte d'intérêt	2 - Perte d'intérêt
3 – Perte d'énergie	3 – Perte d'énergie
4 – Trouble de l'appétit	4 – Trouble de l'appétit
5 – Trouble du sommeil	5 – Trouble du sommeil
6 – Ralentissement / agitation psychomotrice	6 – Ralentissement / agitation psychomotrice
7 – Sentiment d'infériorité	7 – Sentiment d'infériorité ou de culpabilité inappropriée
8 – Culpabilité inappropriée	
9 – Difficultés de concentration	9 – Difficultés de concentration
10 – Idées noires, pensées de mort	10 – Idées noires, pensées de mort
Les symptômes ci-dessus ne s'expliquent pas par un événement récent, une cause organique ni un usage de substance.	Les symptômes ci-dessus ne s'expliquent pas par un événement récent, une cause organique ni un usage de substance.
	Les symptômes doivent provoquer une gêne dans la vie de tous les jours.

Il n'y a pas de passage systématique possible entre la définition de l'épisode dépressif dans la CIM10 et dans le DSM-IV :

→ Une personne présentant une humeur dépressive, une perte d'intérêt, des troubles de l'appétit et du sommeil sans autres symptômes vivra un épisode dépressif au sens de la CIM 10, mais pas selon le DSM-IV.

→ Une personne présentant une humeur dépressive, des troubles de l'appétit et du sommeil, des difficultés de concentration et des idées morbides vivra un épisode dépressif caractérisé au sens du DSM-IV, mais pas au sens de la CIM 10.

Il en résulte qu'aucun des deux algorithmes ne peut-être considéré comme étant plus restrictif que l'autre *a priori*.

3. Trois enquêtes pour mesurer statistiquement la dépression

Bien qu'irréductibles l'une à l'autre, les définitions de l'épisode dépressif dans la CIM 10 et dans le DSM-IV obéissent aux mêmes schémas catégoriels et symptomatiques. En outre, elles s'opposent partiellement à une conception dimensionnelle de la dépressivité. Ces cadres conceptuels sont le support des enquêtes statistiques. Cependant, la mesure statistique de la dépression repose partiellement sur des éléments subjectifs : transcription des symptômes pour un questionnaire déclaratif, éventuelles simplifications des définitions, biais de mémorisation, de déclaration et de compréhension, mais aussi conditions variables d'enquête ou d'échantillonnage.*

3.1 De nouvelles sources statistiques sur la dépression

Les données statistiques sur la dépression en population générale en France étaient rares jusqu'aux années 2000. L'arrivée entre 1999 et 2005 de trois enquêtes comprenant un volet sur la dépression a donc été une opportunité. Ces enquêtes sont très proches quant à leur date de passation et à la population visée. En revanche, elles diffèrent par les outils de mesure utilisés et le protocole de recueil des données.

La première est l'enquête Santé mentale en population générale (SMPG). À l'origine, il s'agissait de « recherches-actions » locales réalisées principalement par les secteurs psychiatriques sous l'égide du Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (CCOMS). La DREES a très rapidement apporté son concours à ce projet. Elle a notamment permis la constitution d'une base nationale, en apurant et en agrégeant les données (près de 36 000 observations) et en pondérant pour refléter la structure socio-démographique de la population au recensement de l'INSEE de 1999.

La seconde est l'enquête Décennale Santé, réalisée par la DREES et par l'INSEE. L'édition de 2002-2003 s'est enrichie de plusieurs volets sur la santé mentale, et notamment d'un auto-questionnaire sur la dépressivité, renvoyé et exploitable pour 23 000 des 40 000 personnes incluses dans l'enquête.

La troisième est le baromètre santé réalisé en 2004-2005 par l'INPES. Là encore, l'enquête s'est étoffée sur le sujet de la santé mentale par rapport aux éditions précédentes : sur un échantillon représentatif de 30 000 personnes, plus de la moitié (17 000) ont été interrogées sur cette thématique. Les résultats sur l'épisode dépressif apportés par cette enquête ont servi à alimenter et à diriger la campagne sur la dépression organisée par l'INPES.

3.2 Des protocoles d'enquête variés

Les trois enquêtes se sont déroulées sur un intervalle de 5 ans et portent sur quasiment la même population : les 18-75 ans résidant en France métropolitaine en sont le dénominateur commun. La tentation de comparer les résultats est donc grande. Cependant, les enquêtes diffèrent sensiblement par la façon dont elles se sont déroulées.

Tout d'abord, l'enquête SMPG est l'agrégation de petites enquêtes sur 900 personnes qui ont été sélectionnées selon la méthode des quotas. Cela peut entraîner des biais non contrôlés ni mesurables. De plus, les enquêtés ont été recrutés dans des lieux publics. Les personnes vivant en institution (maisons de retraite ou structures médicalisées) sont peu ou pas représentées dans l'échantillon. Les méthodes d'échantillonnage de l'enquête santé et du baromètre sont plus conformes aux principes de la statistique publique : les personnes interrogées sont tirées aléatoirement, respectivement à partir de l'échantillon maître de l'INSEE et de la liste des abonnés à une ligne téléphonique fixe, avec correction pour prendre en compte les usagers exclusifs de téléphone portable.

Par ailleurs, le recueil des données relatives à la dépression se passe de façon différente dans ces trois enquêtes. Dans l'enquête SMPG, la collecte se déroule par entretien en face à face. Dans le baromètre santé, les personnes sont interrogées par téléphone. Enfin, dans l'enquête décennale santé, les enquêtés répondent eux-mêmes à un auto-questionnaire pour ce qui relève de la santé mentale.

Outre la méthode de sélection des personnes interrogées et le déroulement de l'enquête, ces enquêtes reposent sur des définitions de la dépression différentes.

3.3 L'épisode dépressif dans l'enquête SMPG

Le repérage des troubles dépressifs est effectué dans l'enquête SMPG avec le questionnaire MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview¹⁵). Cet outil, né à la fin des années 1980 du partenariat entre une équipe française et une équipe américaine, a été conçu pour être utilisé comme entretien structuré administré par un non-clinicien. Dans l'enquête SMPG, ce sont des élèves infirmiers en psychiatrie qui font passer le questionnaire. Ils ont préalablement été formés à cette démarche.

La définition de l'épisode dépressif est celle de la CIM 10 (il existe aussi une version DSM-IV du MINI). Les symptômes déclarés correspondent exactement à la définition donnée par la classification. Cependant, ce questionnaire est élaboré pour une passation courte. Les réponses sont uniquement duales (oui ou non). Cela peut induire des défauts de spécificité, notamment pour les symptômes principaux : humeur dépressive, perte d'intérêt et fatigue excessive. En effet, pour ces symptômes, les critères de fréquence et de durée sont très importants. Ainsi, pour l'humeur dépressive, la question est la suivante : « Au cours des deux dernières semaines, vous êtes-vous senti(e) triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps au cours de la journée, et ce, presque tous les jours ? ». Une personne ayant éprouvé ce symptôme, mais seulement un jour sur deux ou la moitié de la journée, sera tentée de répondre « oui », puisqu'elle n'a pas d'autres modalités pour exprimer son mal-être. La préparation et la formation de l'enquêteur apparaissent donc primordiales.

Conformément à la CIM 10, le MINI n'inclut pas le retentissement psycho-social pour le repérage de l'épisode dépressif. Des questions postérieures, dans des fiches complémentaires, ont permis d'ajouter ce critère a posteriori, en ne conservant pour l'analyse que les dépressifs qui déclarent que « ces problèmes » les gênaient « dans leur vie de tous les jours ». Cependant, l'attribution d'une fiche complémentaire à un épisode dépressif ne se fait pas de

¹⁵ Sheehan DC. et Lecrubier Y. The Mini International Neuropsychiatric interview (MINI) : the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSMIV and ICD-10. J Clin Psychiatry. 1998 ; 59 (supp 20) : 22-3.

façon automatique (voir annexe 4, sélection des fiches complémentaires dans l'enquête SMPG).

3.4 L'épisode dépressif caractérisé dans le Baromètre Santé

Pour l'épisode dépressif caractérisé, le Baromètre Santé utilise le CIDI-SF (Composite International Diagnostic Interview – Short Form). Créé en 1995 dans le cadre d'une étude nationale américaine (US National Health Interview Survey), il s'agit comme le MINI d'un entretien diagnostique structuré. Mais celui-ci s'appuie sur le DSM-IV.

Par rapport au DSM-IV, il y a un symptôme de moins, à savoir l'« agitation ou le ralentissement psychomoteur ». De ce fait, le nombre total de symptômes requis pour le diagnostic de l'épisode dépressif est de 4 sur un total de 8 au lieu de 5 sur 9.

S'il comprend moins de symptômes que le MINI, le CIDI-SF, est en revanche plus détaillé, puisqu'il n'enregistre pas que des réponses binaires, et permet notamment de déterminer avec précision les critères de fréquence et de durée pour les deux symptômes principaux, l'humeur dépressive et la perte d'intérêt. Ainsi, pour l'humeur dépressive, le questionnaire procède de la façon suivante :

« Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de vivre une période d'au moins deux semaines consécutives pendant laquelle vous vous sentiez triste, déprimé(e), sans espoir ? »

→ oui ou non

« Pendant ces deux dernières semaines, ce sentiment d'être triste, déprimé, sans espoir durait généralement : »

→ 1. Toute la journée. 2. Pratiquement toute la journée. 3. Environ la moitié de la journée. 4. Moins de la moitié.

« Pendant ces deux semaines, ce sentiment arrivait-il ? »

→ 1. Chaque jour. 2. Presque chaque jour. 3. Moins souvent.

Le symptôme de l'humeur dépressive n'est dit « complet » que si le sentiment arrive chaque jour ou presque et dure toute la journée ou presque. Cette décomposition apparaît aussi pour certains symptômes secondaires, tels que la variation de poids.

Enfin, le CIDI-SF tient compte du retentissement psycho-social, conformément au DSM-IV.

3.5 La dépressivité dans l'Enquête Décennale Santé

Le questionnaire utilisé dans l'enquête décennale santé 2002-2003 est le CES-D (Center for Epidemiologic Studies– Depression Scale). Cet outil, mis en place aux États-Unis à la fin des années 1970 et adapté en France à la fin des années 1980, envisage la dépression dans une perspective dimensionnelle et non catégorielle. Autrement dit, la population se répartit le long d'une échelle de dépressivité, selon un continuum de gravité qui s'étendrait d'un état de bien-être psychologique total à un état dépressif grave.

Le score de dépressivité varie entre 0 et 60. Il est calculé à partir de 20 questions admettant des réponses graduées :

« Dans la semaine écoulée, j'ai été contrarié par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas... »

0. Jamais, très rarement (moins d'un jour)

1. Occasionnellement (1 à 2 jours)

2. Assez souvent (3 à 4 jours)

3. Fréquemment, tout le temps (5 à 7 jours)

On retrouve parmi les items certains symptômes communs à la CIM 10 et au DSM-IV : humeur dépressive, tristesse, fatigue ou perte d'énergie, trouble de l'appétit, troubles du sommeil, sentiment d'infériorité ou difficultés de concentration. Le critère du retentissement social n'est pas spécifiquement pris en compte dans l'enquête Décennale Santé au sens où il n'est pas renseigné comme conséquence des troubles et n'est pas une condition nécessaire du diagnostic. Toutefois, certaines questions reflètent les relations sociales plus ou moins dégradées de la personne interrogée. Ainsi, les items suivants traduisent une forme de détresse sociale : « j'ai moins parlé que d'habitude », « je me suis senti seul », « les autres ont été hostiles avec moi ». La période de référence, en revanche, est plus courte : une semaine contre deux pour les grandes classifications.

Des expertises réalisées sur ce questionnaire ont déterminé des seuils à partir desquels le score de dépressivité traduit des syndromes dépressifs¹⁶. Ces seuils sont de 19 pour les hommes et de 23 pour les femmes. En s'inspirant de ces travaux, l'approche catégorielle a pu être appliquée à l'échelle CES-D, afin de la comparer avec l'enquête SMPG et le Baromètre Santé. Les autres enquêtes n'établissant pas de distinction hommes/femmes dans leurs critères symptomatologiques, un seuil unique de 23 a finalement été retenu pour les hommes comme pour les femmes.

3.6 Trois mesures de la dépression mais les mêmes facteurs de risque¹⁷

Selon l'enquête décennale santé, 8,8 % des personnes âgées de 18 à 75 ans ont présenté des syndromes dépressifs au cours de la dernière semaine précédant l'interrogation.

Selon l'enquête SMPG, 11 % des personnes âgées de 18 à 75 ans ont vécu un épisode dépressif pendant les deux semaines précédant l'interrogation. En tenant compte du retentissement psycho-social, la proportion est de 7,6 %.

Selon le Baromètre Santé, enfin, 7,8 % des personnes âgées de 18 à 75 ans ont vécu un épisode dépressif caractérisé d'au moins deux semaines au cours de l'année précédant l'interrogation.

¹⁶ Fuhrer R., Rouillon F., 1989, « La version française de l'échelle CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale). Description et traduction de l'échelle d'autoévaluation », Psychiatrie & psychobiologie, Le Plessis-Robinson.

Cet article est très utilisé car les seuils proposés permettent une utilisation facile de l'échelle CES-D. Cependant, 20 ans après, F. Rouillon invite à ne pas considérer comme des étalons indiscutables les seuils à l'élaboration desquels il a lui-même contribué.

¹⁷ Leroux I., Morin T., 2006, « [Facteurs de risques de l'épisode dépressif en population générale](#) », DREES, *Études et Résultats*, n° 545.

Ces chiffres similaires en apparence révèlent en fait une importante disparité entre ces enquêtes. Le Baromètre Santé est de loin la plus sélective des trois, puisque la période de référence est très étendue (12 mois) pour une proportion finale de personnes repérées quasiment identique.

En revanche, ces trois enquêtes mettent en lumière les mêmes facteurs de risque de l'épisode dépressif. Ainsi, les femmes présentent, toutes choses égales par ailleurs, entre 1,5 et 2 fois plus de risques de vivre un épisode dépressif que les hommes. Les troubles dépressifs apparaissent également étroitement liés à la situation conjugale (vie maritale, vie en couple, célibat) et notamment au fait d'avoir vécu ou non une rupture (divorce, séparation ou décès du conjoint). Il en est de même pour la situation professionnelle : toutes choses égales par ailleurs, les chômeurs déclarent un épisode dépressif entre 1,4 et 2,1 fois plus souvent que les actifs occupés. Deux des trois enquêtes mettent en évidence une corrélation négative entre niveau d'études et risque d'épisode dépressif. Enfin, de façon moins nette, l'âge semble avoir un impact sur ces risques : les 60-75 ans présentant une « dépressivité » moindre, toutes choses égales par ailleurs.

4. Limites des mesures statistiques de la dépression

Parmi les trois enquêtes considérées pour cette étude, deux s'appuient sur des classifications systémiques des maladies. Le baromètre santé repose sur le DSM-IV et l'enquête SMPG repose sur la CIM 10. Dans ces classifications, la dépression est envisagée comme une pathologie clinique clairement définie.

Cependant, la concordance entre les résultats observés et les définitions *a priori* de l'épisode dépressif est discutable. En effet des études de validation antérieures montrent que les questionnaires utilisés surestiment le repérage de la dépression par rapport à de véritables entretiens cliniques. Par ailleurs, la forte comorbidité de la dépression avec d'autres troubles psychiques remet en cause l'approche catégorielle des troubles psychiques. Enfin, les variations de la propension à déclarer les symptômes permettant de repérer la dépression posent la question de l'aptitude à reconnaître et donc à traiter sa souffrance. Elles invitent à considérer d'une autre façon la santé mentale, ne se résumant pas à la présence de pathologies ou à un degré variable de bien-être.

4.1 Un mal-être plutôt qu'une pathologie

Des trois enquêtes envisagées, le Baromètre Santé est celle qui identifie le moins de personnes vivant un épisode dépressif, en tenant compte de la période de référence. Dans cette enquête, le questionnaire utilisé pour le repérage des troubles dépressifs est le CIDI-SF (voir 3.4. « L'épisode dépressif majeur dans le Baromètre Santé »).

Le CIDI-SF est une version abrégée du CIDI. Des études comparatives montrent une surévaluation d'environ 50 % de la version réduite par rapport à la version complète¹⁸. D'autres études, appliquées cette fois au CIDI intégral, montrent que celui-ci surévalue

¹⁸ Kessler R., Andrews G., Mroczek D., Ustun B., Wittchen HU. (1998). The World Health Organization Composite International Diagnostic Interview Short-Form (CIDI-SF). *Int J Methods Psychiatr Res*, 7: 171-85.

également le nombre de troubles anxieux et de dépressifs s'il n'est pas administré par un clinicien¹⁹.

Ces limites sont bien connues des concepteurs des questionnaires statistiques, et elles apparaissent justifiées en regard de la difficulté que représente le repérage d'un trouble psychique à partir d'un questionnaire simplifié. Cependant, elles sont trop souvent éludées dans l'analyse des données statistiques.

Il est donc incorrect d'affirmer que 7,8 % des personnes âgées de 18 à 75 ans ont vécu un épisode dépressif caractérisé au cours de l'année, et, en même temps, que cet épisode dépressif est une maladie psychique clairement identifiée. Les enquêtes ne sont pas assez « spécifiques » pour permettre d'affirmer que les populations quantifiées souffrent précisément du trouble recherché *a priori*.

Mais ce n'est pas parce que les enquêtes mesurent « autre chose » qu'une pathologie cliniquement avérée que les résultats qu'elles produisent sont dénués de sens. Tout d'abord, elles définissent une population à risque. En effet, les questionnaires ont une bonne « sensibilité ». Cela signifie qu'une personne diagnostiquée dépressive par un clinicien aurait de fortes chances d'avoir un épisode dépressif repéré par le questionnaire. Ce sont donc des outils utiles pour le dépistage des troubles dépressifs.

Enfin, la surestimation du nombre de dépressifs n'interdit pas l'analyse des résultats. Les facteurs de risques communs d'une enquête à l'autre montrent que les personnes repérées comme éprouvant ce « mal-être » s'inscrivent dans des processus comparables et étudiables, avec des situations d'isolement subies tant sur un plan relationnel (séparation ou perte du conjoint) que professionnel (inactivité ou chômage).

4.2 D'autres pathologies que la dépression

Outre l'épisode dépressif, l'enquête SMPG présente une palette étendue de troubles psychiques repérés par le MINI. Selon cette enquête, presque les deux tiers des personnes ayant un épisode dépressif repéré souffrent aussi d'un trouble anxieux, d'un trouble lié à l'usage d'alcool ou de drogues ou de troubles plus rares comme les épisodes maniaques ou les troubles psychotiques²⁰. À sexe, âge et catégorie socioprofessionnelle identiques, le fait de vivre un épisode dépressif augmente considérablement le risque d'avoir un trouble anxieux (odds-ratio de 4,5) ou un trouble lié à une consommation d'alcool ou de drogues (odds ratio de 1,6).

Généralisée, l'association de la dépression à d'autres troubles psychiques souligne la multiplicité des situations individuelles observées chez les personnes vivant un épisode dépressif. Telle qu'elle est mesurée dans l'enquête SMPG, la dépression n'est donc pas une maladie aux contours bien précis. Elle définit encore moins un groupe homogène de malades.

Ce constat contredit les paradigmes des classifications internationales des troubles psychiques (CIM 10 et DSM-IV). En effet, les maladies mentales sont subdivisées en catégories bien

¹⁹ Andrews G., Peters L. (1998). The psychometric properties of the Composite International Diagnostic Interview. *Soc Psychiatr Epidemiol*, 33(2): 80-8.

²⁰ Morin T., 2008, « Episodes dépressifs : des situations multiples », DREES, *Études et Résultats*, n° 661.

distinctes et non superposables. Cela n'exclut pas certaines comorbidités, mais devient difficile à soutenir quand les comorbidités sont quasiment systématiques. Dans ces cas-là, le profil pathologique des sujets est mieux défini par la conjonction de plusieurs troubles repérés que par ces troubles envisagés séparément.

Normalement, les ambiguïtés de classement sont levées par les règles d'exclusion ou de prééminence de certaines maladies. En voici quelques exemples tirés de la CIM-10 :

« Pour déterminer s'il convient de faire deux diagnostics (anxiété phobique et épisode dépressif), ou un seul (anxiété phobique ou épisode dépressif), il faut tenir compte de l'ordre de survenue des troubles et des mesures thérapeutiques au moment de l'examen. »

« On ne doit pas faire un diagnostic principal de trouble panique quand le sujet présente un trouble dépressif au moment de la survenue des attaques de panique ; les attaques de panique sont, dans ce cas, probablement secondaires à la dépression. »

« [La] catégorie [de troubles anxieux et dépressifs mixtes] doit être utilisée quand le sujet présente à la fois des symptômes anxieux et des symptômes 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. »

À la lumière de ces spécifications, on pourrait considérer que les enquêtes statistiques ne sont pas en mesure de refléter la complexité des classifications de maladies. Une autre interprétation consisterait à remettre en cause le découpage de la santé psychique en « maladies » bien distinctes, dès lors que ces maladies apparaissent fréquemment concomitantes.

4.3 Diagnostic et propension à déclarer

Fuhrer et Rouillon supposent une sous-déclaration masculine des épisodes dépressifs. La prévalence observée refléterait donc en partie une propension à les déclarer. En l'occurrence, les hommes reconnaîtraient ou « avoueraient » avec plus de difficultés les symptômes compris dans le score de dépressivité. Cette hypothèse est en effet cohérente avec d'autres travaux, plus tournés vers la santé physique, qui mettent en lumière une sous-déclaration masculine de leur morbidité²¹.

Ainsi, pour obtenir une prévalence de l'épisode dépressif voisine entre les hommes et les femmes, Fuhrer et Rouillon²² envisagent d'appliquer des critères moins contraignants pour le diagnostic masculin. À partir de l'échelle CES-D, ils choisissent un seuil de repérage plus élevé pour les femmes (23) que pour les hommes (19). Cette hypothèse de sous-déclaration masculine est aussi corroborée par les résultats sur les représentations masculines associées à la dépression : dans l'enquête SMPG, un tiers des hommes jugent qu'un dépressif est « responsable de sa dépression », contre un quart des femmes.

²¹ Aïach P., Femmes et hommes dans le champ de la santé, Éditions de l'ENSP, 2001.

²² Fuhrer R., Rouillon F., Ibid.

Dans ce sens, l'Enquête Décennale Santé montre que l'écart entre les hommes et les femmes est sensible à la manière dont l'épisode dépressif est repéré. L'écart entre hommes et femmes est réduit par l'utilisation d'un questionnaire moins sensible au biais de sous-déclaration²³.

Le même raisonnement peut s'appliquer par analogie à d'autres facteurs sociaux ou démographiques. Ainsi, dans les trois enquêtes envisagées, les 65-75 ans semblent moins exposés aux épisodes dépressifs que les plus jeunes. On peut se demander dans quelle mesure ce résultat ne reflète pas une moindre propension à déclarer la souffrance psychique parmi des générations plus anciennes. Dans le même ordre d'idée, on pourrait encore s'interroger sur un éventuel biais de déclaration dû à la situation matrimoniale : pour une personne mariée, n'est-il pas plus gênant de reconnaître que l'on vit une dépression ?

Ce questionnement rejoint la définition de Jean Furtos, pour qui la « capacité à souffrir » fait partie intégrante d'une santé mentale « suffisamment bonne ». Dans cette perspective, une propension plus élevée à déclarer les symptômes de l'épisode dépressif indique une meilleure aptitude à reconnaître sa souffrance, et donc, potentiellement, à la traiter en surmontant le « déni ».

5. La question du soin

Au terme de cette étude, il apparaît que les enquêtes statistiques ne mesurent pas une pathologie clinique clairement délimitée. Ce résultat ne remet pas en cause la nécessité du dépistage et de la prise en charge des personnes souffrant de dépression. En revanche, reconnaître la pluralité des situations cliniques de ces personnes en grande souffrance psychique amène à s'inquiéter d'un traitement trop « mécaniste » de la dépression, illustré notamment par l'importance croissante de la consommation d'antidépresseurs²⁴.

5.1 Les antidépresseurs à l'origine de la dépression ?

Le caractère « a-théorique » des catégories statistiques ne fait pas l'unanimité. Selon le Professeur Édouard Zarifian²⁵, les catégories des manuels psychiatriques se sont développées en miroir des découvertes des médicaments psychotropes : elles confèrent une existence nominale à l'ensemble des comportements sur lesquels une molécule a un effet. La même thèse est reprise par Philippe Pignarre²⁶, fort de son expérience d'ancien cadre des industries pharmaceutiques. Enfin, cette position a été renforcée en 2006 par une expertise dénonçant des liens d'intérêts financiers entre le comité d'experts de l'Association Américaine de Psychiatrie chargé de mettre à jour les manuels de référence des troubles psychiques et l'industrie pharmaceutique²⁷.

La question des antidépresseurs est récurrente dans l'interprétation des données statistiques sur la dépression, car les médicaments psychotropes représentent un enjeu financier

²³ Leroux I., Morin T., 2006 Encadré « Sous-déclaration des hommes et/ou surexposition des femmes aux troubles dépressifs », « [Facteurs de risques de l'épisode dépressif en population générale](#) », DREES, Études et Résultats, n° 545.

²⁴ Amar E., Balsan D., 2004, « [les ventes d'antidépresseurs entre 1981 et 2001](#) », *Études et Résultats*, n° 285, DREES.

²⁵ Zarifian E., *Les jardiniers de la folie*, Odile Jacob, 1988.

²⁶ Pignarre P., *Comment la dépression est devenue une épidémie*, La Découverte, 2001.

²⁷ Cosgrovea, Krimsky, Vijayaraghavana, Schneidera, "Financial Ties between DSM-IV Panel Members and the Pharmaceutical Industry", *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2006 ([extraits](#))

considérable et sont la première réponse aux troubles dépressifs à l'heure actuelle. Cependant, cela ne doit pas conduire à une vision simpliste de la statistique, stigmatisant des analyses conçues pour vendre des médicaments. Ainsi, les chiffres utilisés par l'INPES ont été obtenus à partir des définitions du DSM-IV, l'outil diagnostique créé par ceux-là même qui sont « dénoncés » pour leur collusion avec l'industrie pharmaceutique. Malgré cela et une conception très médicale de la dépression, la campagne de prévention donne une place très importante aux psychothérapies pour le traitement de la dépression, indiquant que « la psychothérapie est un traitement toujours pertinent en cas de dépression, quel que soit le type de dépression, son niveau de sévérité ou son ancienneté ».

5.2 Penser l'inadéquation entre la consommation d'antidépresseurs et la dépression

Dans une perspective strictement médicale, où le phénomène de la dépression est considéré uniquement en tant que pathologie, la problématique est essentiellement celle du dépistage et du recours au soin :

« Les Français détiennent le record mondial de la consommation d'antidépresseurs. Et encore, toutes les personnes concernées ne sont pas prises en charge. »²⁸

Cet éclairage rend difficilement compte de l'inadéquation possible entre la consommation d'antidépresseurs et la présence de dépression, qui ne serait expliquée que par des diagnostics inappropriés d'un côté et une absence de dépistage de l'autre. Or, comme tout psychotrope, licite ou illicite, l'antidépresseur ne fait pas l'objet d'une consommation strictement passive. L'usage s'inscrit dans un parcours de vie, il correspond à une réponse parfois inadaptée ou nocive à des problématiques existantes.

À titre d'exemple, une autre façon d'envisager le tandem antidépresseur/dépression est rendue possible avec la grille d'analyse que propose Alain Ehrenberg²⁹. L'un et l'autre sont des réactions au modèle dominant qui exhorte à s'accomplir sous sa seule responsabilité. D'un côté, l'antidépresseur est un « dopant », un soutien face à une injonction difficilement vécue. De l'autre, la dépression « nous arrête » : elle « a l'intérêt de nous rappeler qu'on ne quitte pas l'humain ».

Par ailleurs, l'étude du recours au soin des personnes vivant un épisode dépressif fait apparaître le rôle important des soins qui relèvent plus du « bien-être », comme les médecines douces, et que ces traitements alternatifs ne sont pas opposés aux soins plus « conventionnels » (consultation d'un professionnel ou consommation de médicaments). Ainsi, les dépressifs qui prennent soin d'eux-mêmes ne le font pas nécessairement en se considérant eux-mêmes comme des « malades »³⁰.

²⁸ Marmillon J.-F., *ibid.*

²⁹ Ehrenberg A., *ibid.*

³⁰ Morin T., 2007, [Classification des dépressifs selon leur recours au soin](#), DREES, *Études et Résultats*, n° 577, juin.

5.3 Dépression et risque suicidaire

Les états dépressifs sont associés à un risque suicidaire élevé.

« La dépression est présente dans 29 à 88 % des suicides et la méthode permet d'établir que les symptômes sont présents dans pratiquement tous les suicides. »³¹

« La dépression est la première cause de suicide : près de 70 % des personnes qui décèdent par suicide souffraient d'une dépression, le plus souvent non diagnostiquée ou non traitée. »³²

Chaque année, on peut estimer que, sur mille personnes vivant une dépression, trois se suicideraient. Cette estimation est réalisée à partir des sources suivantes :

- 3 millions de personnes souffrent chaque année de dépression (INPES, enquête ANADEP) ;
- 13 000 suicides annuels (DREES, certificats de décès)³³ ;
- 70 % des décès par suicide s'accompagnent de dépression diagnostiquée ou non (estimation INPES).

Ainsi, la question du suicide augmente considérablement les enjeux du dépistage de la dépression et de sa prise en charge thérapeutique. Dans ce contexte, les points de vue antagonistes s'expriment parfois de façon très virulente.

Certains avancent que, alors que des vies sont en jeu, le dépistage et le soin des malades seraient freinés par des considérations inappropriées : remise en cause du caractère pathologique de la dépression, perspectives sociétales ou existentielles, critiques du médicament³⁴.

Pour d'autres, à l'inverse, le fait de se focaliser sur la dépression pour en faire une maladie « biologisée » comporterait un vrai danger. Cela encouragerait les diagnostics réducteurs et la prescription hâtive d'antidépresseurs. Or le psychotrope serait potentiellement suicidogène, dans la mesure où il lève les inhibitions sans s'attaquer aux causes de la souffrance³⁵.

Notons par ailleurs que les symptômes de la dépression peuvent être concomitants ou inhérents à d'autres troubles psychiques ou psychiatriques également associés à un risque élevé de suicide, telle que la schizophrénie. Dans ce cas, une prise en charge reposant uniquement sur le traitement de la dépression s'avère inappropriée ou, pour le moins, insuffisante.

Ces problématiques (présentées ici de façon schématique) débordent le cadre de la réflexion sur l'usage et la portée des statistiques. Pour autant, il convient de ne pas confisquer une réflexion sur les outils statistiques au nom de l'urgence posée par la question du suicide.

³¹ INSERM, Intérêt de l'autopsie psychologique dans le dépistage des facteurs de risque du suicide, 2005.

³² INPES, ibid.

³³ Mouquet M.-C., Bellamy V., 2006, [Suicides et tentatives de suicide en France](#), DREES, *Études et Résultats*, n° 488, mai.

³⁴ Ce point de vue est illustré par H. Raybaud, médecin généraliste et responsable du site internet de médecine générale www.esculape.com.

³⁵ Ce point de vue est illustré par P. Sidon, « [Antidépresseurs et suicide : les leçons d'un échec](#) », Colloque déprime-dépression, Ministère de la santé, 01/02/08.

Conclusion

L'arrivée dans les années 2000 de nouvelles sources statistiques sur la dépression a fait émerger la question de l' « étalon or » : quel est l'instrument statistique susceptible de servir de référence pour l'étude de la dépression en population générale ? En l'état actuel de nos connaissances, un tel instrument n'existe pas.

En effet, les questionnaires statistiques surestiment le nombre de personnes vivant un épisode dépressif par rapport à de véritables entretiens diagnostiques menés par des cliniciens. Cela s'explique en partie par un manque de précision sur les symptômes relevés. Sur ce point, on peut néanmoins noter des différences entre les questionnaires statistiques. Par exemple, le CIDI-SF est plus précis que le MINI, car il y a plusieurs modalités possibles pour indiquer la fréquence et la durée des symptômes principaux, ou encore mesurer les variations de poids. Cette caractérisation plus fine des symptômes limite mais n'empêche toutefois pas la surestimation de la prévalence de la dépression.

Une autre différence entre les questionnaires statistiques et les entretiens cliniques semble moins facilement surmontable. Les entretiens cliniques sont intégratifs : ils prennent en compte l'ensemble des troubles psychiques dont est susceptible de souffrir la personne, et, au minimum, le passé récent, l'histoire de vie et les antécédents. Même en suivant les classifications qui s'inspirent du modèle biomédical, le clinicien interprète les symptômes de l'épisode dépressif en fonction des autres informations qu'il relève. Parfois, les symptômes dépressifs sont secondaires à un autre trouble, à un usage de substance, à un deuil ou à un autre événement récent. Ces « critères d'exclusion » ne peuvent pas être tous pris en compte dans une enquête statistique.

Si l'on ne peut pas trouver un « étalon or » pour mesurer statistiquement la dépression, c'est aussi pour des raisons qui tiennent à la dépression elle-même. Le psychisme ne se laisse pas facilement découper en territoires pathologiques bien délimités. Deux cliniciens se référant aux mêmes fondements théoriques n'établiront pas nécessairement un diagnostic identique sur un patient. Par ailleurs, il n'y a pas de consensus actuel sur une définition de la dépression, ni même de la santé mentale. Le DSM-IV, le manuel de référence des troubles psychiques qui prédomine internationalement, est contesté. Un DSM-V serait peut-être déjà en vigueur si le consensus n'était pas si difficile à trouver, même au sein de l'Association américaine de psychiatrie.

L'absence d'étalon de référence n'interdit pas l'étude statistique de la dépression. Bien au contraire, elle permet aux statisticiens d'envisager ce phénomène sans le réifier dans des visions trop réductrices. Plutôt que de chercher un nombre précis de dépressifs, il convient de s'interroger sur les trajectoires associées à la dépression, les comportements de soin, le retentissement social de la dépression, les liens entre santé physique et santé mentale.

L'intérêt d'une enquête ne saurait donc être jugé que sur l'outil mobilisé pour mesurer la dépression. Il réside également dans la richesse des informations complémentaires, susceptibles d'apporter un nouvel éclairage sur la dépression. Ainsi, l'enquête décennale santé et le baromètre santé permettent d'envisager les liens entre santé physique et santé mentale. L'enquête SMPG présente, quant à elle, un panorama de l'ensemble des troubles psychiques dont peut souffrir une personne. De plus, les fiches complémentaires nous éclairent sur la

façon dont la dépression est appréhendée, son retentissement sur la vie quotidienne et les soins (médicaux ou non) auxquels les personnes ont recouru pour y faire face.

Identifier des comportements de soins, des tendances et des facteurs de risque semble souvent plus pertinent (et, surtout, plus modeste) que de chercher à quantifier précisément des populations. En cela, les questionnaires sur la dépression sont primordiaux. Pour une entité difficilement mesurable, une qualité importante d'un questionnaire est d'être souvent utilisé. Cela rend possibles les comparaisons entre les enquêtes et la vérification *a posteriori* d'une certaine cohérence des résultats avec les sources existantes.

Les « entretiens diagnostiques structurés » que sont le CIDI-SF ou le MINI ne garantissent pas l'exactitude des résultats. En revanche, ils permettent une meilleure robustesse des réponses d'une enquête à l'autre, en envisageant la dépression symptôme par symptôme, et, en ce qui concerne le CIDI-SF, en découpant les symptômes principaux selon leur fréquence hebdomadaire et leur durée quotidienne.

Les mêmes remarques s'appliquent au CES-D. Les questions sont simples, en partie factuelles. Elles permettent des réponses multiples, selon la fréquence des symptômes. En outre, ce questionnaire est conçu dans une approche dimensionnelle de la dépressivité. Cela permet une interprétation plus nuancée de la dépression. Cependant, force est de constater que le CES-D est souvent utilisé en appliquant un seuil syndromique plutôt qu'en répartissant la population selon un *continuum* de dépressivité. L'usage favorise une approche catégorielle, peut-être parce qu'elle est plus simple et permet une meilleure lisibilité des résultats.

Dans tous les cas, le rôle du statisticien est aussi d'informer des limites de son outil, pour ne pas promouvoir une vision réductrice de la dépression.

Annexes

1. L'épisode dépressif dans le MINI

Toutes les réponses sont binaires (oui /non) dans la partie du MINI relative à l'épisode dépressif.

Au cours des deux dernières semaines :

1/ Vous êtes-vous senti(e) triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps au cours de la journée, et ce, presque tous les jours ?

2/ Aviez-vous presque tout le temps le sentiment de n'avoir plus goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui vous plaisent habituellement ?

3/ Vous sentiez-vous presque tout le temps fatigué(e), sans énergie ?

→ Si au moins deux réponses positives parmi 1,2 et 3 :

Durant ces deux dernières semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé(e) / sans intérêt pour les choses / fatigué(e) :

4/ Votre appétit a-t-il notablement changé ou avez-vous pris ou perdu du poids sans en avoir l'intention ?

5/ Aviez-vous des problèmes de sommeil (endormissement, réveils nocturnes ou précoces, hypersomnie) presque toutes les nuits ?

6/ Parliez-vous ou vous déplaçiez-vous plus lentement que d'habitude, ou au contraire, vous sentiez-vous agité(e) et aviez-vous du mal à rester en place ?

7/ Manquiez-vous de confiance en vous-même, ou vous sentiez-vous sans valeur, voire inférieur(e) aux autres ?

8/ Vous êtes-vous fait des reproches, ou vous êtes-vous senti(e) coupable ?

9/ Avez-vous eu du mal à réfléchir ou à vous concentrer, ou aviez-vous du mal à prendre des décisions ?

10/ Avez-vous eu à plusieurs reprises des idées noires comme penser qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou avez-vous pensé à vous faire du mal ?

→ Si le sujet présente un épisode dépressif (au moins 4 réponses positives en tout) :

11/ Au cours de votre vie, avez-vous eu d'autres périodes ayant duré au moins deux semaines où vous vous sentiez déprimé(e) tout en ayant les problèmes dont nous venons de parler ?

12/ Avant que vous ne vous sentiez déprimé(e) cette fois-ci, vous êtes vous senti(e) bien pendant au moins deux mois ?

2. L'Épisode Dépressif Caractérisé dans le CIDI-SF

N'est pas présentée ici l'intégralité du CIDI-SF, mais les questions relatives à l'Épisode Dépressif Caractérisé (y compris sa description en termes de récurrence ou de chronicité). Les réponses binaires (oui /non) ou strictement quantitatives ne sont pas retranscrites ici.

1/ Au cours des douze derniers mois, vous est-il arrivé de vivre une période d'au moins deux semaines consécutives pendant laquelle vous vous sentiez triste, déprimé(e), sans espoir ?

Si oui à la question précédente

Pour répondre aux questions qui suivent, pensez à la période de deux semaines pendant les douze derniers mois où ces sentiments étaient les plus intenses.

2/ Pendant ces deux semaines, ce sentiment d'être triste, déprimé, sans espoir durait généralement :

1 Toute la journée

2 Pratiquement toute la journée

3 Environ la moitié de la journée

4 Moins de la moitié

3/ Pendant ces deux semaines, ce sentiment arrivait-il ?

1 Chaque jour

2 Presque chaque jour

3 Moins souvent

4/ Toujours pendant ces deux semaines, avez-vous perdu intérêt pour la plupart des choses comme les loisirs, le travail ou les activités qui vous donnent habituellement du plaisir ?

5/ Pendant ces deux semaines, vous sentiez-vous épuisée(e) ou manquiez vous d'énergie plus que d'habitude ?

6/ Pendant cette même période, avez-vous pris ou perdu du poids sans le vouloir, ou votre poids est-il resté stable ?

1 Vous avez pris du poids

2 Vous avez perdu du poids

3 Votre poids n'a pas changé

7/ Combien avez-vous pris de kilos ?

8/ Combien avez-vous perdu de kilos ?

9/ Pendant ces deux semaines, avez-vous eu plus de difficultés que d'habitude à dormir ?

10/ Pendant ces deux semaines, cela arrivait-il :

1 Chaque nuit

2 Presque chaque nuit

3 Moins souvent

11/ Toujours pendant ces deux semaines, avez-vous eu beaucoup plus de mal que d'habitude à vous concentrer ?

12/ Parfois les gens perdent confiance en eux, se sentent sans valeur ou bon à rien. Pendant ces deux semaines, avez-vous ressenti cela ?

13/ Pendant ces deux semaines, avez-vous beaucoup pensé à la mort, que ce soit votre mort, celle de quelqu'un d'autre ou la mort en général ?

14/ Au cours des douze derniers mois, vous est-il arrivé de vivre une période d'au moins deux semaines pendant laquelle vous avez perdu intérêt pour la plupart des choses comme les loisirs, le travail ou les activités qui vous donnent habituellement du plaisir ?

Pour répondre aux questions qui suivent, pensez à la période de deux semaines pendant les douze derniers mois où la perte d'intérêt pour tout était la plus intense.

Si oui à la question précédente

15/ Pendant ces deux semaines, ressentiez-vous cette perte d'intérêt ?

1 Toute la journée

2 Pratiquement toute la journée

3 Environ la moitié de la journée

4 Moins de la moitié

16/ Pendant ces deux semaines, ressentiez-vous cette perte d'intérêt ?

1 Chaque jour

2 Presque chaque jour

3 Moins souvent

17/ Toujours pendant ces deux semaines, vous sentiez-vous épuisé(e) ou manquiez-vous d'énergie plus que d'habitude ?

18/ Pendant ces deux semaines, avez-vous pris ou perdu du poids sans le vouloir ?

1 Vous avez pris du poids

2 Vous avez perdu du poids

3 Non, votre poids n'a pas changé

19/ Combien avez-vous pris ou perdu de kilos ?

20/ Pendant ces deux semaines, avez-vous eu plus de difficultés que d'habitude à dormir ?

21/ Pendant ces deux semaines, cela arrivait-il :

1 Chaque nuit

2 Presque chaque nuit

3 Moins souvent

22/ Toujours pendant ces deux semaines, avez-vous eu beaucoup plus de mal que d'habitude à vous concentrer ?

23/ Parfois les gens perdent confiance en eux, se sentent sans valeur. Pendant ces deux semaines, avez-vous ressenti cela ?

24/ Pendant ces deux semaines avez-vous beaucoup pensé à la mort, que ce soit la vôtre, celle de quelqu'un d'autre ou la mort en général ?

→ **Trouble dépressif majeur, récurrent et chronique**

Uniquement pour les personnes ayant connu un épisode dépressif majeur

25/ Au cours des douze derniers mois, vous vous êtes senti triste, déprimé ou sans intérêt pendant au moins deux semaines consécutives ?

26/ Est-ce que ces problèmes durent encore aujourd'hui ?

Si oui

27/ À combien de temps remonte le début de cette période où vous vous êtes senti triste, déprimé ou sans intérêt ?

Si non

28/ Combien de temps a duré cette période où vous vous êtes senti triste, déprimé, sans intérêt ?

29/ Au cours de votre vie, avez-vous eu d'autres périodes ayant duré au moins deux semaines où vous vous êtes senti triste, déprimé ou sans intérêt ?

Si oui

30/ Combien de périodes ayant duré au moins deux semaines avez-vous vécu ?

31/ Avant que vous ne vous sentiez triste, déprimé ou sans intérêt cette fois-ci, vous être vous senti(e) bien pendant au moins deux mois ?

→ **Souffrance psychologique et incapacités associées**

Si la personne a connu une période dépressive

32/ Au cours des douze derniers mois, vous vous êtes senti triste, déprimé ou sans espoir ou vous avez perdu intérêt pour la plupart des choses pendant au moins deux semaines consécutives.

33/ Quand vous avez (aviez) ces problèmes, est-ce que vous éprouvez (éprouviez) une souffrance psychologique importante ?

34/ Quand vous avez (aviez) ces problèmes, avez (aviez)-vous le sentiment d'être malade ?

35/ Quand vous avez (aviez) ces problèmes, est-ce que vos activités habituelles sont (ont été) perturbées ?

36/ Dans quelle mesure ?

1 Beaucoup

2 Moyennement

3 Un petit peu

37/ Ces problèmes vous gênent-ils (vous ont-ils gêné) dans vos relations avec les autres ?

38/ Avez-vous (aviez-vous) cessé de travailler à cause de ces problèmes ?

Si oui

39/ Combien de jours avez-vous (aviez-vous) cessé de travailler à cause de ces problèmes ?

3. Le score de dépressivité CES-D

Questionnaire : CENTER OF EPIDEMIOLOGIC STUDIES DEPRESSION SCALE

Radloff LS. 1977 / Traduction française : Fuhrer R., Rouillon, F.

Consigne : Les impressions suivantes sont ressenties par la plupart des gens. Pourriez-vous indiquer la fréquence avec laquelle vous avez éprouvé les sentiments ou les comportements présentés dans cette liste, durant la semaine écoulée ? Pour répondre, cochez la case correspondant à la fréquence.

Durant la semaine écoulée : (mettez une réponse pour chaque ligne)

1/ J'ai été contrarié(e) par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas

0 Jamais, très rarement (moins d'un jour) ;

1 Occasionnellement (1 à 2 jours)

2 Assez souvent (3 à 4 jours) ;

3 Fréquemment, tout le temps (5 à 7 jours).

2/ Je n'ai pas eu envie de manger, j'ai manqué d'appétit

3/ J'ai eu l'impression que je ne pouvais pas sortir du cafard, même avec l'aide de ma famille et de mes amis

4/ J'ai eu le sentiment d'être aussi bien que les autres

5/ J'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais

6/ Je me suis senti(e) déprimé(e)

7/ J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort

8/ J'ai été confiant(e) en l'avenir

9/ J'ai pensé que ma vie était un échec

10/ Je me suis senti(e) craintif(ve)

11/ Mon sommeil n'a pas été bon

12/ J'ai été heureux(se)

13/ J'ai parlé moins que d'habitude

14/ Je me suis senti(e) seul(e)

15/ Les autres ont été hostiles envers moi

16/ J'ai profité de la vie

17/ J'ai eu des crises de larmes

18/ Je me suis senti(e) triste

19/ J'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas

20/ J'ai manqué d'entrain

4. Exploiter les fiches complémentaires pour l'épisode dépressif dans l'enquête SMPG

Avant d'exploiter les réponses faites aux fiches complémentaires par les personnes dépressives lors de l'enquête Santé mentale en population générale, il convient de vérifier leur pertinence et leur cohérence.

4.1 Principe et premier aperçu des fiches complémentaires

Lors de l'enquête Santé mentale en population générale, les personnes qui ont un diagnostic positif pour un trouble psychique remplissent une fiche complémentaire. Cette fiche porte sur le retentissement social du trouble et le recours au soin.

4.1.1 Protocole pour remplir une fiche

Une fiche n'équivaut pas forcément à un seul trouble psychique. Les consignes données aux enquêteurs sont les suivantes :

- *si un seul diagnostic est positif : remplir une seule fiche*
- *si plusieurs diagnostics sont positifs :*
 - *si troubles au même moment : remplir une seule fiche.*
 - *si trouble à différentes périodes : remplir une fiche par trouble.*

Il peut donc y avoir plusieurs fiches pour une même personne, et plusieurs troubles pour une même fiche.

Une fiche équivaut à une période de trouble. Néanmoins, il n'est pas toujours possible de délimiter avec exactitude la période durant laquelle une personne a souffert d'un ou de plusieurs troubles. L'enquêteur a donc une influence sur le choix des fiches.

En théorie, une personne ne peut pas remplir plusieurs fiches pour un seul trouble. Cependant, deux cas infirment cette règle. Une personne a rempli deux fiches pour risque suicidaire ; une autre en a rempli deux pour trouble panique. Ce sont les deux seules exceptions et elles ne concernent pas des dépressifs.

4.1.2 Questions soulevées

- La pluripathologie pose parfois problème. Une ambiguïté persiste si l'on veut étudier, par exemple, le recours au soin d'un dépressif qui souffre en même temps d'un autre trouble psychique : la dépression n'est pas forcément la cause unique des réponses qu'il donne.
- Une personne peut remplir plusieurs fiches pour trouble multiple. Par exemple, quelqu'un qui a souffert lors des deux dernières semaines d'un épisode dépressif et de phobie sociale, et, lors d'une période antérieure, d'un épisode maniaque concomitant avec des syndromes d'allure psychotique. Cette personne remplit une fiche pour chacune de ces deux périodes de trouble. Le problème, c'est qu'aucune information ne permet de distinguer ces fiches. Les fiches portent simplement l'identifiant 99, les troubles associés ne sont pas mentionnés.

- La base n'est pas toujours complète. Dans certains cas, un trouble est diagnostiqué, mais la personne n'a pas rempli de fiche pour ce trouble ni pour trouble multiple. On peut parfois considérer qu'une fiche complémentaire pour un autre trouble, proche du premier, couvre les deux. Ainsi des personnes avec un diagnostic d'épisode dépressif n'ont ni la fiche associée et ni la fiche complémentaire 99. Par contre, ils ont une fiche pour *trouble dépressif récurrent*. C'est donc cette dernière qui servira pour l'étude.

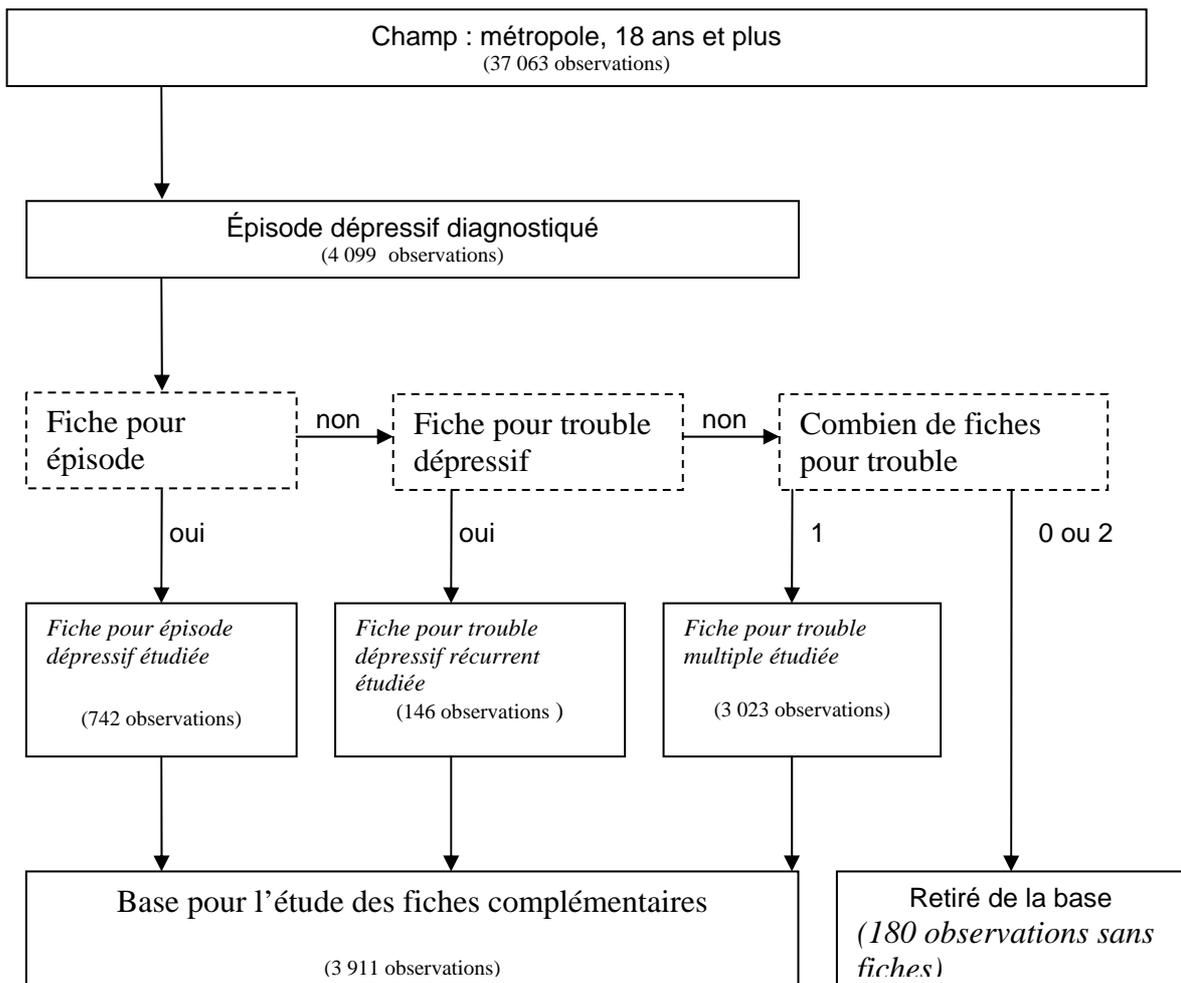
En aucun cas, une fiche ne se rapporte à un trouble qui n'a pas été diagnostiqué. Cela résulte d'apurements antérieurs.

4.2 Sélection des observations et des fiches complémentaires

L'enquête SMPG porte sur les personnes de plus de 18 ans, et une partie s'est déroulée dans les DOM. Néanmoins, afin d'être comparable avec le volet santé mentale du baromètre santé de l'INPES, le champ est limité aux 18-75 ans résidant en France métropolitaine (41 240 000 personnes).

Le schéma ci-dessous explique les choix qui ont été adoptés pour sélectionner les individus et les fiches complémentaires dans le cadre de l'étude des fiches complémentaires.

Les étapes de la sélection des observations et des fiches



Les points suivants ont pour objet d'expliquer les procédures présentées dans ce schéma.

4.2.1 Diagnostic dépressif

L'extrapolation à la population métropolitaine de 18-75 ans donne un effectif de 5 millions de personnes qui ont un diagnostic positif pour un épisode dépressif (F32). Environ la moitié de ces personnes ont en outre un trouble dépressif récurrent repéré (F33). Il faut au préalable avoir un épisode dépressif pour qu'un trouble dépressif récurrent soit diagnostiqué.

Parmi les autres troubles de l'humeur déclarés, la dysthymie (F34.1) est proche d'un trouble dépressif. Il s'agit d'un abaissement chronique de l'humeur « dont la sévérité est insuffisante, ou dont la durée des différents épisodes est trop brève, pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent ». Néanmoins, les personnes qui ont un diagnostic positif pour la dysthymie, mais pas pour l'épisode dépressif, ne sont pas retenues. En effet la période de référence pour le diagnostic de la dysthymie couvre les deux dernières années, alors que l'épisode dépressif est diagnostiqué sur les deux dernières semaines uniquement.

4.2 Apurement selon les fiches complémentaires

En réalité, 4 099 observations correspondent aux cinq millions de personnes ayant un épisode dépressif diagnostiqué. Mais toutes ces observations n'obéissent pas aux conditions requises pour que l'étude des fiches complémentaires soit possible. Pour cela, il faut avoir une fiche pour épisode dépressif, ou une fiche pour trouble dépressif récurrent, ou une fiche pour trouble multiple, et que cette dernière corresponde bien à la période de l'épisode dépressif.

- Le retrait des 180 observations n'ayant pas de fiche pour un trouble dépressif ni pour trouble multiple s'explique aisément car il n'y a aucune fiche complémentaire sur laquelle appuyer l'étude.
- Les 8 observations qui ont deux fiches pour trouble multiple distinctes ne peuvent pas être conservées. Même en regardant le détail des réponses, il n'est pas possible de discerner quelle fiche se rapporte à la période de trouble comprenant la dépression.

Au final, il reste 3 911 observations à partir desquelles les fiches complémentaires peuvent être étudiées, représentant environ 4 800 000 personnes.

On peut donc estimer un taux de complétude de : $3\,911 / 4\,099 = 95\%$.

Le taux de complétude est variable selon les sites où l'enquête s'est déroulée. Pour 6 d'entre eux parmi les 44 que compte la base, le taux de complétude est de 100 %. À l'opposé, dans l'un des sites, un dépressif sur cinq n'a rempli aucune fiche complémentaire (ni pour épisode dépressif, ni pour trouble dépressif récurrent, ni pour trouble multiple). Les 8 observations avec deux fiches pour troubles multiples sont réparties dans 8 sites différents.

Il y a en moyenne 93 observations avec un épisode dépressif par site.

Taux de complétude par sites	%				Nombre de sites où le % est nul
	moyenne	minimum	maximum	écart-type	
Part des dépressifs dans la population,	11,1	6,51	14,6	2,21	0
Dont (en % parmi les dépressifs) :					
Retenus dans la base :	95,4	76,7	100	4,5	0
Avec fiche pour épisode dépressif	18,1	7,56	45,3	8,42	0
Avec fiche pour trouble dépressif récurrent	3,56	0	21,9	4,6	11
Avec une fiche pour trouble multiple	73,7	49,3	90,8	11,4	0
Non retenus dans la base :	4,6	0	23,3	4,5	100
Dépressifs sans fiche complémentaire	4,39	0	23,3	4,47	7
Dépressifs avec deux fiches pour trouble multiple	0,2	0	1,54	0,42	36

Champ : Métropole, 18 ans et plus, trouble dépressif récurrent, retenu pour l'étude des fiches complémentaires

Note : pour la moyenne et l'écart type, les valeurs sont pondérées par le nombre de dépressifs dans le site.

4.2.3 Ordre de sélection des fiches complémentaires

Pour étudier le retentissement de la dépression et le recours au soin, il faut choisir la fiche qui correspond le mieux à la période de l'épisode dépressif, même s'il s'agit d'une période de pluripathologie. Par exemple, si une personne a rempli une fiche pour épisode dépressif et une autre pour trouble dépressif récurrent, c'est celle pour épisode dépressif qui est choisie.

L'ordre de priorité pour la sélection des fiches complémentaires est donc le suivant :

- 1 - fiche complémentaire pour épisode dépressif
- 2 - fiche complémentaire pour trouble dépressif récurrent
- 3 - fiche complémentaire pour trouble multiple

4.2.4 Cas particulier des personnes souffrant d'un trouble dépressif récurrent

Sur les 3 911 observations retenues, 2 068 ont un diagnostic de trouble dépressif récurrent, représentant un peu plus de 2 500 000 personnes. La manière dont les fiches ont été remplies pour cette population n'est pas homogène. Le tableau suivant l'atteste.

Fiches remplies pour un trouble dépressif récurrent	%	nombre d'observations	Fiche retenue pour l'étude
Ensemble	100	2068	
Fiches pour épisode dépressif et pour trouble dépressif récurrent	4,3	89	épisode dépressif
Fiche pour épisode dépressif mais pas pour trouble dépressif récurrent	2,5	52	épisode dépressif
Fiche pour trouble dépressif récurrent mais pas pour épisode dépressif	7,1	146	trouble dépressif récurrent
Pas de fiche pour épisode dépressif ni pour trouble dépressif récurrent	86,1	1781	trouble multiple

Champ : Métropole, 18 ans et plus, trouble dépressif récurrent, retenu pour l'étude des fiches complémentaires

Ces différences peuvent difficilement se justifier. Selon le protocole donné aux enquêteurs, une seule fiche pour trouble multiple devrait couvrir les deux diagnostics, car ils sont l'un et l'autre actuels. C'est d'ailleurs ainsi que la plupart des cas ont été traités.

Sur les 44 sites que comprend l'enquête, 1 seul a fait remplir des fiches pour trouble multiple par l'intégralité des personnes ayant un trouble dépressif récurrent. À l'opposé, dans l'un des sites, 37 % des dépressifs récurrents ont rempli une fiche pour épisode dépressif et/ou pour trouble dépressif récurrent. Étant donné le peu d'observations par site (47 dépressifs récurrents en moyenne), ces écarts peuvent être attribués à des manières de procéder différentes selon les enquêteurs et les personnes interrogées, plutôt qu'à des consignes contradictoires entre les sites.

Diagnostic trouble dépressif récurrent, fiches remplies par site

	%				Nombre de sites où le % est nul
	Moyenne	Minimum	Maximum	Écart-type	
Fiche pour épisode dépressif	2,5	0	15,4	3,2	21
Fiche pour trouble dépressif récurrent	7,1	0	41,2	9,5	11
Fiches pour trouble dépressif récurrent et pour épisode dépressif	4,3	0	33,9	6,3	12
Fiche(s) pour trouble dépressif récurrent et/ou pour épisode dépressif	13,9	0	37,0	10,8	1
Fiches pour trouble multiple	86,1	63,0	100	10,8	0

Champ : Métropole, 18 ans et plus, trouble dépressif récurrent, retenu pour l'étude des fiches complémentaires

Note : pour la moyenne et l'écart type, les valeurs sont pondérées par le nombre de dépressifs récurrents retenus dans le site.

Le cas de figure le plus problématique est celui des personnes qui ont rempli à la fois une fiche pour épisode dépressif et une fiche pour trouble dépressif récurrent. Dès lors, les informations contenues dans la seconde fiche sont perdues pour notre analyse. Sur les 83 observations dans ce cas, 44 ont au moins une réponse différente dans la fiche complémentaire pour trouble dépressif récurrent, 35 si l'on ne tient compte que des réponses de type "oui-non".

4.2.5 Ambiguïté des fiches pour trouble multiple

Pour plus des deux tiers des observations retenues dans la base, c'est une fiche complémentaire pour trouble multiple qui sert à l'étude du retentissement et du recours au soin. Par défaut, on suppose que cette fiche se rapporte à la période de l'épisode dépressif, car il n'y a pas de fiche pour épisode dépressif, ni pour trouble dépressif récurrent. Néanmoins, nous n'avons pas de certitude absolue.

En effet, nous avons vu que les fiches complémentaires ne couvrent pas exhaustivement les personnes atteintes de trouble. Déjà, 188 observations ont été enlevées de la base, car il n'y avait aucune fiche complémentaire sur laquelle appuyer l'étude (partie 2.2). Cela montre qu'il peut y avoir des pertes ou des omissions.

Soit une personne qui souffre actuellement d'un épisode dépressif, et a vécu par le passé deux troubles psychiques concomitants, par exemple un épisode maniaque et des syndromes d'allure psychotique. Cette personne remplit deux fiches complémentaires : l'une pour l'épisode dépressif (actuel) et l'autre pour l'épisode maniaque et les syndromes psychotiques (passés). Si la fiche pour l'épisode dépressif est perdue, alors nous utiliserons à tort la fiche pour l'épisode multiple, croyant qu'elle se rapporte à la période actuelle.

Dans la plupart des sites, il est demandé si les problèmes continuent aujourd'hui. Cela nous aurait permis de nous assurer qu'il s'agit bien d'une période actuelle, donc comprenant l'épisode dépressif. Hélas, comme tous les sites n'ont pas posé cette question, elle a été retirée de la base.

Une autre manière de vérifier aurait été de comparer le nombre de diagnostics et le nombre de fiches complémentaires. Par exemple, si une personne n'a que deux troubles psychiques diagnostiqués, et a rempli une fiche complémentaire pour trouble multiple, alors nous avons la certitude que cette fiche se rapporte à la bonne période. De même, si trois troubles sont présents, et la personne a rempli deux fiches complémentaires, dont une pour trouble multiple, nous sommes sûrs que tous les troubles sont couverts. Selon le même raisonnement, pour n troubles diagnostiqués, s'il y a au moins $n-1$ fiches complémentaires, dont une fiche pour trouble multiple, cela veut dire que tous les troubles sont couverts.

Cette règle se vérifie pour toutes les observations de la base. Cependant, une partie des troubles, qui n'ont pas été traités sur l'ensemble des sites, ont été retirés : la boulimie, l'anorexie, les TOC et l'insomnie. L'équation est donc incomplète. On peut présumer que d'éventuelles erreurs sont rares, mais pas affirmer qu'elles sont inexistantes.

4.2.6 Biases de sélection des fiches complémentaires

Les observations retenues dans la base ne sont pas parfaitement représentatives de l'ensemble des dépressifs. En effet, ce sont plus souvent des observations avec un trouble plus sévère ou une pluripathologie.

	Observations retenues dans la base (3 911)	Observations non retenues dans la base (188)	Ensemble des observations (4 099)
Part des épisodes dépressifs légers	28,4	54,3	29,6
Part des épisodes dépressifs moyens	39,0	25,0	38,4
Part des épisodes dépressifs sévères	32,6	20,7	32,0
Part des épisodes dépressifs isolés*	16,6	41,0	18,5

Champ : Métropole, 18 ans et plus.

* l'épisode dépressif n'est pas récurrent, la personne n'a aucun autre trouble de l'humeur ni trouble anxieux, et n'a pas de problèmes avec l'alcool ou la drogue, ni de syndromes d'allure psychotique.

L'impact du biais de sélection est relativement faible, en raison d'un taux de complétude supérieur à 95 %. Par ailleurs, l'introduction d'une pondération respectant la part d'épisodes dépressifs isolés d'origine et la répartition selon la sévérité d'origine permettrait de corriger ce biais.

4.3 Pluripathologie, retentissement et recours au soin

La partie précédente avait pour objet d'explicitier les choix méthodologiques qui ont permis de constituer la base pour l'étude des fiches complémentaires. Cette partie a pour objet d'évaluer l'impact de ces choix sur la mesure de la pluripathologie, du retentissement et du recours au soin. Les calculs effectués utilisent une pondération à partir de la structure socio-démographique de la population au recensement de 1999.

Nous ne nous attardons pas sur la non-réponse aux fiches complémentaires. En effet, du moment que la fiche complémentaire existe, et donc que l'observation a été conservée dans la base, la non-réponse est rare.

4.3.1 Pluripathologie

L'épisode dépressif figure parmi les troubles psychiques les plus répandus dans la population, en deuxième position après l'anxiété généralisée. Mais certaines autres pathologies peuvent avoir une incidence importante sur le recours au soin et la sociabilité de la personne dépressive. Il convient donc de mesurer la comorbidité des dépressifs dans le domaine de la santé mentale.

Pluripathologie des dépressifs (en %)

	dont :			
	Population générale (34 332 obs.)	dont :		
		Épisode dépressif (3 788 obs.)	dont :	
			Retenus dans la base (3 613 obs.)	dont : Fiche pour trouble multiple (2 811 obs.)
Trouble de l'humeur	13,6	100	100	100
Épisode dépressif	11,0	100	100	100
Dont trouble dépressif récurrent	5,6	51,1	52,1	58,6
Dysthymie	2,4	6,7	6,9	8,3
Épisode maniaque	1,6	5,0	5,0	5,6
Troubles anxieux	21,6	55,6	56,1	65,5
Agoraphobie	2,1	7,5	7,4	8,2
Dont agoraphobie avec troubles paniques	0,5	2,0	2,0	2,3
Trouble panique	4,1	15,8	16,0	18,7
Phobie sociale	4,2	11,6	11,8	13,1
Anxiété généralisée	12,8	29,8	30,1	36,2
État de stress post traumatique	0,7	2,1	2,1	2,5
Autres troubles	8,1	17,7	17,8	20,2
Utilisation nocive de l'alcool	4,3	9,3	9,4	10,8
Dont dépendance à l'alcool	2,3	6,5	6,5	7,7
Utilisation nocive de la drogue	2,5	5,5	5,5	6,4
Dont dépendance à la drogue	1,8	4,1	4,1	4,8
Syndromes d'allure psychotique	2,7	7,5	7,5	8,6
Épisode dépressif isolé*	2,2	19,7	18,7	7,9

Champ : Métropole, 18 ans et plus.

* l'épisode dépressif n'est pas récurrent, la personne n'a aucun autre trouble de l'humeur ni trouble anxieux, et n'a pas de problèmes avec l'alcool ou la drogue, ni de syndromes d'allure psychotique.

Avoir un épisode dépressif augmente la probabilité d'être atteint par un autre trouble psychique. Sans compter le trouble dépressif récurrent, 63,4 % des dépressifs souffrent ou ont souffert d'un autre trouble mental, contre 23,5 % pour les personnes qui ne sont pas en dépression.

Pour constituer la base, une partie des dépressifs ont été retirés du champ. Mais cela change peu l'éventail des autres troubles psychiques dont souffrent les dépressifs, sauf pour le trouble dépressif récurrent, qui est légèrement plus représenté.

En revanche la comorbidité est bien plus importante quand il n'y a qu'une fiche pour trouble multiple, ce qui n'est pas étonnant.

4.3.2 Retentissement et recours au soin

En France métropolitaine, 11,0 % de la population de 18 à 75 ans souffrait d'un épisode dépressif au cours des deux semaines précédant l'enquête. L'impact sur la vie de tous les jours et le recours au soin sont variables.

Pluripathologie, retentissement et recours au soin (en %)

	Ensemble des dépressifs retenus dans la base	Dont trouble dépressif récurrent	troubles associés à l'épisode dépressif			Épisode dépressif isolé *
			Anxiété généralisée	Problèmes avec l'alcool	Syndromes d'allure psychotique	
	(3 911 obs.)	(2 068 obs.)	(1 174 obs.)	(386 obs.)	(300 obs.)	(682 obs.)
Retentissement						
Sentiment d'être malade	38,1	41,0	37,5	47,2	45,5	24,5
La famille ou les proches ont parlé de ces problèmes	49,2	47,6	53,3	49,5	52,0	45,8
Travaillait lorsqu'il avait ces problèmes	61,7	65,4	61,3	70,7	62,3	57,3
Gêne des problèmes au travail	30,6	33,8	31,1	41,2	37,6	19,4
Cessation du travail due à ces problèmes	11,5	13,0	11,8	21,6	23,9	5,6
Gêné dans la vie de tous les jours	67,6	70,2	70,3	74,7	75,1	53,4
Gêne dans les relations avec les autres	51,5	54,1	49,6	66,8	64,7	36,4
Recours au soin						
Allé voir quelqu'un pour ces problèmes	55,5	57,0	58,2	59,8	67,2	45,6
Prise de médicaments pour ces problèmes	49,5	50,7	52,6	49,5	56,7	40,3
Utilisé des médecines douces pour ces problèmes	22,6	25,0	24,0	18,8	22,9	15,2
Hospitalisation pour ces problèmes	13,4	15,1	12,7	30,0	36,9	4,5

Champ : Métropole, 18 ans et plus, épisode dépressif, observations retenues dans la base.

* l'épisode dépressif n'est pas récurrent, la personne n'a aucun autre trouble de l'humeur ni trouble anxieux, et n'a pas de problèmes avec l'alcool ou la drogue, ni de syndromes d'allure psychotique.

Pour la moitié des personnes qui vivent un épisode dépressif, le trouble est récurrent. Il s'agit d'une forme plus sévère de l'épisode dépressif. Les personnes ayant un trouble dépressif récurrent ont un sentiment accru d'être malade. Pour eux, le retentissement social est plus prononcé et le recours au soin plus fréquent.

L'anxiété généralisée touche environ 30 % des dépressifs. Néanmoins, il n'y a pas d'impact sur le retentissement et le recours au soin.

Les problèmes avec l'alcool (dépendance ou utilisation nocive) et les syndromes d'allure psychotique sont plus rares. Ils concernent respectivement 9,3 % et 7,5 % des dépressifs. Ces troubles ont une incidence importante sur le retentissement et le recours au soin, et notamment sur l'hospitalisation.

4.3.3 Homogénéité des réponses selon les fiches complémentaires et les sites

Le type de fiche complémentaire utilisée a un impact sur le retentissement et le recours au soin observés. En règle générale, les conséquences du trouble sont plus marquées avec une fiche pour trouble dépressif récurrent qu'avec une fiche pour épisode dépressif, et plus marquées avec une fiche pour trouble multiple qu'avec une fiche pour trouble dépressif récurrent.

On remarquera qu'une proportion importante des personnes ayant rempli une fiche pour trouble dépressif récurrent travaillait au moment où les problèmes ont eu lieu.

Selon la fiche complémentaire utilisée (en %)

	Épisode dépressif (742 obs.)	Trouble récurrent (146 obs.)	Trouble multiple (3 023 obs.)
Retentissement			
Sentiment d'être malade	29,0	38,5	40,6
La famille ou les proches ont parlé de ces problèmes	43,1	42,9	51,2
Travaillait lorsqu'il avait ces problèmes	62,3	76,4	61,3
Gêne des problèmes au travail	37,3	43,7	53,4
Cessation du travail due à ces problèmes	18,6	21,3	27,2
Gêné dans la vie de tous les jours	56,1	64,0	71,1
Gêne dans les relations avec les autres	41,4	46,5	54,8
Recours au soin			
Allé voir quelqu'un pour ces problèmes	45,5	46,1	58,9
Prise de médicaments pour ces problèmes	37,9	39,5	53,4
Utilisé des médecines douces pour ces problèmes	15,0	23,5	24,7
Hospitalisation pour ces problèmes	5,9	9,1	15,7

Champ : Métropole, 18 ans et plus, épisode dépressif, observations retenues dans la base.

Au premier abord, les réponses faites aux fiches complémentaires semblent beaucoup varier d'un site à l'autre. Néanmoins, cela s'explique principalement par le fait qu'il y a peu d'observations par site.

Selon les sites (en %)

	moyenne	minimum	maximum	écart-type
Retentissement				
Sentiment d'être malade	38,1	21,9	48,9	6,4
La famille ou les proches ont parlé de ces problèmes	49,2	37,5	63,2	6,8
Travaillait Lorsqu'il avait ces problèmes	61,7	44,5	84,1	10,8
Gêne des problèmes au travail	30,6	17,3	41,5	5,8
Cessation du travail due à ces problèmes	11,5	4,8	21,9	4,3
Gêné dans la vie de tous les jours	67,6	53,4	80,1	7,1
Gêne dans les relations avec les autres	51,5	35,3	64,8	6,9
Recours au soin				
Allé voir quelqu'un pour ces problèmes	55,5	39,1	73,1	6,2
Prise de médicaments pour ces problèmes	49,5	39,0	67,2	6,9
Utilisé de médecines douces pour ces problèmes	22,6	13,4	36,0	5,2
Hospitalisation pour ces problèmes	13,4	6,3	26,5	5,5

Champ : Métropole, 18 ans et plus, épisode dépressif, observations retenues dans la base.

4.3.4 Sévérité de l'épisode dépressif et retentissement

La CIM-10 propose 3 degrés de sévérité pour l'épisode dépressif : léger, moyen et sévère. La sévérité est évaluée en fonction du nombre de symptômes présents. Avec un seuil de 4 symptômes, le diagnostic utilisé par le MINI correspond à l'épisode dépressif léger.

Plus l'épisode dépressif est sévère, plus le retentissement du trouble est important.

Sévérité de l'épisode dépressif et retentissement

Sévérité de l'épisode dépressif (CIM-10)	Nombre de symptômes	Prévalence (%)	En %, parmi les dépressifs			Prévalence avec retentissement (d'après la gêne dans la vie de tous les jours)
			Sentiment d'être malade	Allé voir qqn pour ces problèmes	Gêne dans la vie de tous les jours	
Léger	4-5	3,3	24,6	44,2	57,0	1,7
Moyen	6-7	4,2	37,3	55,4	66,0	2,7
Sévère	8-10	3,5	51,3	66,3	79,6	2,7
Ensemble	4-10	11,0	38,2	55,8	67,9	7,1

Champ : Métropole, 18 ans et plus, épisode dépressif, observations retenues dans la base.

Nous avons vu que certains dépressifs n'ont pas rempli les fiches complémentaires appropriées pour permettre l'étude du retentissement et du recours au soin.

Sur 4 099 observations, 188 ne sont pas valides, soit environ 5 %.

Plus l'épisode dépressif est léger, plus il y a de chances pour que les fiches complémentaires n'aient pas été remplies correctement, et donc ne soient pas retenues dans la base finale.

Sévérité de l'épisode dépressif et exploitabilité des fiches complémentaires

Sévérité de l'épisode dépressif (CIM-10)	Nombre d'observations	Nombre d'observations avec fiche complémentaire adéquate	Taux de complétude (%)	Taux de complétude pondéré (%)	Redressement
Léger	1 214	1 112	91,6	91,6	1,092
Moyen	1 572	1 525	97,0	97,3	1,028
Sévère	1 313	1 274	97,0	96,8	1,033
Ensemble	4 099	3 911	95,4	95,5	1,048

Champ : Métropole, 18 ans et plus, épisode dépressif.

Le pourcentage de gêne dans la vie de tous les jours a été calculé sans tenir compte de ce déséquilibre. Les personnes avec un épisode dépressif léger sont sous-représentées. Le retentissement du trouble est donc surestimé.

En redressant les réponses aux fiches complémentaires en fonction de la sévérité du trouble, on obtient une gêne dans la vie de tous les jours de 67,4 au lieu 67,6 %. On en déduit une prévalence de l'épisode dépressif avec retentissement de 7,43 au lieu de 7,45 %.

Appliqué à la gêne dans la vie de tous les jours, le redressement selon l'intensité des épisodes dépressifs a donc un impact très mesuré.

Le même redressement peut être effectué pour les autres variables des fiches complémentaires. Mais son impact reste mesuré. Par exemple, le pourcentage d'hospitalisation passe du simple au triple entre un épisode dépressif léger et un épisode dépressif sévère. Pourtant, en redressant les réponses, le pourcentage d'hospitalisation parmi l'ensemble des dépressifs varie peu : il diminue de 13,4 à 13,3 %.

4.3.5 Liste des questions des fiches complémentaires conservées dans le fichier national

Code	Libellé	Traitée dans ce document ?
fc2	Aviez-vous le sentiment d'être malade?	Oui
fc3	Votre famille, vos proches, vous ont-ils parlé de ces problèmes ?	Oui
fc4	Lorsque vous aviez ces problèmes, travailliez-vous?	Oui
fc4a	gêne des problèmes au travail	Oui
fc4b	Cessation du travail due à ces problèmes ?	Oui
fc5a	Ces problèmes vous ont-ils gêné dans la vie de tous les jours ?	Oui
fc5b	Ces problèmes vous ont-ils gêné dans vos relations avec les autres ?	Oui
fc6	Êtes vous allé voir quelqu'un pour ces problèmes ?	Oui
fccodage1...	Qui êtes vous allé voir pour ces problèmes ?	
fc7	Avez vous pris des médicaments pour ces problèmes ?	Oui
fcCODAGE10...	Quels médicaments pour ces problèmes ?	
fc7B	Après ce traitement, ces problèmes se sont-ils arrêtés ?	
fc8	Avez vous utilisé des médecines douces pour ces problèmes ?	Oui
fcCODAGE11...	Quelles médecines douces pour ces problèmes ?	
fc8B	Après ce traitement, ces problèmes se sont-ils arrêtés ?	
fc9	Avez vous été hospitalisé(e) pour ces problèmes ?	Oui
fc9A	Combien de fois ?	
fc9B19...	année d'hospitalisation	
fcq9CCODAG...	Hospitalisé où pour ces problèmes ?	
fc9D	Après ce traitement, ces problèmes se sont-ils arrêtés ?	
fc10	Avez-vous suivi un traitement traditionnel pour ces problèmes ?	
fcCODAGE12...	Quel traitement traditionnel pour ces problèmes ?	
fc10B	Après ce traitement, ces problèmes se sont-ils arrêtés ?	
fc11	Avez-vous été soigné par des religieux pour ces problèmes ?	
fcCODAGE13...	Quel religieux pour ces problèmes ?	
fc11B	Après ce traitement, ces problèmes se sont-ils arrêtés ?	
fc12	Avez-vous suivi une psychothérapie pour ces problèmes ?	
fcCODAGE14...	Quel psychothérapeute pour ces problèmes?	
fc12B	Après ce traitement, ces problèmes se sont-ils arrêtés ?	
fc13	D'autres personnes vous ont aidé ?	
fcCODAGE15...	Quelles autres personnes vous ont aidé ?	
fc13B	Avec cette aide, ces problèmes se sont-ils arrêtés ?	