

> **SOMMAIRE // Contents**

ÉDITORIAL // Editorial

La dépression, du mal-être à la maladie
// Depression, from unease to disease.....p. **636**
Astrid Chevance & Raphaël Gaillard

ARTICLE // Article

La dépression en France chez les 18-75 ans :
résultats du Baromètre santé 2017
// Depression in France among the 18-75 year-
olds: Results from the 2017 Health Barometerp. **637**
Christophe Léon et coll.
Santé publique France, Saint-Maurice, France

ARTICLE // Article

La dépression dans la population active
occupée en France en 2017.
Baromètre santé 2017
// Depression among the working population
in France. 2017 Health Barometerp. **645**
Virginie Gigonzac & Pauline Delézire, et coll.
Santé publique France, Saint-Maurice, France

ARTICLE // Article

Prise en charge des patients avec troubles
anxieux entre 2010 et 2014
dans les établissements ayant
une autorisation en psychiatrie en France
métropolitaine : analyse des données
du RIM-P
// Hospitalization and ambulatory care
of patients with anxiety disorders in public
psychiatric settings in metropolitan France
from 2010 to 2014: Analysis of medical
administrative data from the RIM-P databasep. **653**
Christine Chan Chee et coll.
Santé publique France, Saint-Maurice, France

La reproduction (totale ou partielle) du BEH est soumise à l'accord préalable de Santé publique France. Conformément à l'article L. 122-5 du code de la propriété intellectuelle, les courtes citations ne sont pas soumises à autorisation préalable, sous réserve que soient indiqués clairement le nom de l'auteur et la source, et qu'elles ne portent pas atteinte à l'intégrité et à l'esprit de l'oeuvre. Les atteintes au droit d'auteur attaché au BEH sont passibles d'un contentieux devant la juridiction compétente.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur <http://invs.santepubliquefrance.fr>

Directeur de la publication : François Bourdillon, directeur général de Santé publique France
Rédactrice en chef : Judith Benrekassa, Santé publique France, redaction@santepubliquefrance.fr
Rédactrice en chef adjointe : Jocelyne Rajnchapel-Messaï
Secrétariat de rédaction : Marie-Martine Khamassi, Farida Mihoub
Comité de rédaction : Juliette Bloch, Anses; Isabelle Bonmarin, Santé publique France; Sandrine Danet, HCAAM; Anne Guinard/Damien Mouly, Santé publique France, Cire Occitanie; Bertrand Gagnière, Santé publique France, Cire Bretagne; Isabelle Grémy, ORS Ile-de-France; Romain Guignard, Santé publique France; Françoise Hamers, Santé publique France; Nathalie Jourdan-Da Silva, Santé publique France; Valérie Olié, Santé publique France; Sylvie Rey, Drees; Hélène Therre, Santé publique France; Sophie Vaux, Santé publique France; Agnès Verrier, Santé publique France; Isabelle Villena, CHU Reims.
Santé publique France - Site Internet : <http://www.santepubliquefrance.fr>
Préresse : Jouve
ISSN : 1953-8030

LA DÉPRESSION, DU MAL-ÊTRE À LA MALADIE

// DEPRESSION, FROM UNEASE TO DISEASE

Astrid Chevance¹ & Raphaël Gaillard²

¹Équipe METHODS, Centre de recherche épidémiologie et statistique Sorbonne Paris, Hôtel-Dieu, Paris, France

²Université Paris-Descartes ; Hôpital Sainte-Anne, Paris, France

La polysémie des mots est un des pièges du langage qui brouille la compréhension du réel et majore le risque de malentendu. C'est ce à quoi l'on assiste avec le mot « dépression », en tension entre un usage courant, familier et un usage savant, biomédical. « Être déprimé » est employé trivialement par qui veut exprimer un manque d'allant, une baisse de moral, se traduisant par un sentiment de mal-être. Dans cet usage, le terme se réfère à un état transitoire, indiquant une réactivité normale de l'individu à son contexte de vie et qui a peu en commun avec la nosographie psychiatrique. Dans son usage médical, en effet, le mot « dépression » définit une catégorie diagnostique assez stable d'une classification à une autre (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM), Classification internationale des maladies). Récemment, le terme d'« épisode dépressif caractérisé » (EDC) a supplanté celui de « dépression » dans les sciences biomédicales et la pratique clinique. Renommer une maladie lorsque le précédent terme a été détourné en dehors de son usage médical permet de réaffirmer sa réalité, face au risque de banalisation, de dilution, voire de remise en question de l'existence du trouble – c'est une tentation dangereuse, lorsqu'on ne sait plus de quoi l'on parle, de conclure à son inexistence.

La dépression-maladie (EDC) est donc décrite dans le DSM par un faisceau de symptômes dont l'humeur (tristesse, perte de plaisir ou anhédonie) n'est qu'une dimension aux côtés de fonctions instinctuelles (sommeil, appétit et libido) et de fonctions cognitives et motrices fortement altérées. Par ailleurs, pour que le syndrome soit lu comme pathologique, il faut que soient objectivées une souffrance clinique et/ou une altération des fonctionnements professionnels, familiaux et sociaux de la personne. Dans le continuum entre normal et pathologique, la ligne de partage est posée lorsqu'il y a souffrance (et non mal-être transitoire) et impossibilité de continuer à vivre, au sens de Canguilhem : « *Tout ce qui est compatible avec la vie est la santé ; tout ce qui est incompatible avec la durée de la vie et fait souffrir est maladie* ». Si nous pouvons tous expérimenter des états psychiques ou physiques proches des symptômes de la dépression dans la normalité de notre vie, tout le monde n'est pas déprimé, tout le monde n'est pas malade. Face à ce risque de confusion entre langage courant et langage médical, entre normal et pathologique, l'épidémiologie met en évidence des faits.

L'EDC, mesuré par l'Organisation mondiale de la santé, c'est, en 2015, 300 millions de personnes dans

le monde, représentant 4,3% de la charge de morbidité. Depuis 2005, en France, l'EDC est un indicateur régulièrement pris en compte dans les enquêtes du Baromètre santé. Utilisant la même méthodologie pour le mesurer depuis 12 ans, le Baromètre est la seule étude européenne pouvant présenter des résultats comparables sur une durée aussi longue. Deux articles de ce numéro du BEH en présentent les résultats de 2017 pour l'EDC.

C. Léon et coll. décrivent les résultats de prévalence de l'EDC sur les 12 derniers mois en population générale, en 2017. Ce sont 9,8% des 18-75 ans qui ont été touchés, soit une augmentation de 1,8 points depuis 2010. Le trouble est plus prévalent chez les femmes (13%), avec une augmentation de 2,7 points depuis 2010, et les moins de 45 ans (11,5%). Ce sont particulièrement les 35-44 ans qui supportent l'augmentation de la prévalence (+4,4 points). La prévalence du trouble chez les étudiants a augmenté de 4 points entre 2005 et 2017. Les personnes aux plus faibles revenus sont les plus exposées, avec une augmentation de 3 points entre 2010 et 2017. En concordance avec les études internationales, ce sont donc le sexe féminin, l'inactivité professionnelle, le faible niveau de revenus, les ruptures conjugales et l'âge inférieur à 45 ans qui sont positivement liés à la survenue d'un EDC dans l'année.

Chez les actifs occupés, étudiés par V. Gigonzac et coll., la prévalence sur les 12 derniers mois est de 8,2% en 2017, avec une prévalence féminine encore deux fois plus élevée (11,4% vs 5,3%). Il est intéressant de constater que, pour les femmes, la prévalence est identique quel que soit l'âge, le secteur d'activité ou la catégorie socioprofessionnelle. En revanche pour les hommes, avoir moins de 45 ans ainsi que travailler dans certains secteurs (hébergement, restauration, finance ou assurance, arts et spectacles) est significativement associé à des prévalences plus élevées du trouble. En outre, avoir eu un EDC au cours des 12 derniers mois était positivement associé à plusieurs risques psychosociaux liés au travail, comme avoir été victime de menaces verbales, d'humiliations ou d'intimidation, avoir été frappé ou blessé physiquement ou avoir eu peur de perdre son emploi. Ce lien entre travail et trouble psychique est un chantier scientifique, social et politique encore largement sous-investi.

En regard de ces deux articles sur la dépression, C. Chan Chee et coll. décrivent le poids des troubles

anxieux, dans la consommation de soins psychiatriques, avec plus d'1,3 million de personnes suivies entre 2010 et 2014. Une jeune fille de 15-19 ans sur 100 a été prise en charge pour trouble anxieux dans un établissement psychiatrique, ce qui ne manque pas d'interroger sur les trajectoires des personnes touchées aussi jeunes par la maladie.

Dans une perspective de santé publique, les troubles dépressifs sont indéniablement un fardeau, du fait de leur forte prévalence (notamment chez les jeunes) et de leurs coûts indirects (liés aux arrêts maladie et à la désinsertion notamment) bien plus que de la consommation de soins qu'ils impliquent. Le clinicien n'oubliera pas de souligner qu'à l'échelle de la personne, le fardeau de la maladie est celui de la rupture de vie et de la souffrance, pouvant aboutir au suicide. À cela, il faut ajouter l'inquiétant désengagement de l'industrie pharmaceutique des troubles psychiques, alors que 30% des patients ne répondent pas aux antidépresseurs actuellement disponibles. Enfin, il ne faut pas négliger le fardeau de la stigmatisation des troubles psychiques, qui retarde ou

empêche leur prise en charge et isole encore davantage socialement et affectivement des personnes déjà en souffrance.

Il est plus que temps de lever le malentendu pour se rendre compte que la dépression ne relève ni de l'expérience commune de vicissitudes passagères, ni même d'un éventuel malaise dans la civilisation, mais engage des vies humaines brisées, souvent très jeunes, par la maladie. ■

Liens d'intérêt

Raphaël Gaillard a été membre d'un *board* scientifique pour Janssen, Lundbeck, Roche, SOBI et Takeda. Il a été consultant ou est intervenu comme orateur pour Astra Zeneca, Boehringer-Ingelheim, Pierre Fabre, Lilly, LVMH, Lundbeck, MAPREG, Otsuka, Pileje, Sanofi, Servier et a reçu des honoraires, et il a reçu un financement pour des travaux de recherche de la part de Servier. Membre fondateur de Regstem.

Citer cet article

Chevance A, Gaillard R. Éditorial. La dépression, du mal-être à la maladie. *Bull Epidemiol Hebd.* 2018;(32-33):636-7. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/32-33/2018_32-33_0.html

> ARTICLE // Article

LA DÉPRESSION EN FRANCE CHEZ LES 18-75 ANS : RÉSULTATS DU BAROMÈTRE SANTÉ 2017

// DEPRESSION IN FRANCE AMONG THE 18-75 YEAR-OLDS: RESULTS FROM THE 2017 HEALTH BAROMETER

Christophe Léon (christophe.leon@santepubliquefrance.fr), Christine Chan Chee, Enguerrand du Roscoät et le groupe Baromètre santé 2017*

Santé publique France, Saint-Maurice, France

* Le groupe Baromètre santé 2017 : Raphaël Andler, Chloé Cogordan, Romain Guignard, Christophe Léon, Viêt Nguyen-Thanh, Anne Pasquereau, Jean-Baptiste Richard, Maëlle Robert.

Soumis le 27.06.2018 // Date of submission: 06.27.2018

Résumé // Abstract

Introduction – Le fardeau sanitaire, économique et social induit par les troubles mentaux a contribué à inscrire la santé mentale au premier rang des priorités de santé publique. L'objectif de ce travail est de présenter les données de prévalence de l'épisode dépressif caractérisé (EDC) en France métropolitaine en 2017, d'identifier les segments de population les plus concernés et d'observer les évolutions depuis 2005.

Méthode – En 2017, le Baromètre santé a interrogé 25 319 personnes âgées de 18 à 75 ans par collecte assistée par téléphone et informatique selon un sondage aléatoire. L'EDC a été mesuré par le biais du *Composite International Diagnostic Interview-Short Form* (CIDI-SF).

Résultats – Près d'une personne sur dix avait vécu un EDC au cours des 12 derniers mois. Les femmes, notamment celles âgées de 35-44 ans, les personnes de moins de 45 ans, les chômeurs et autres inactifs, les personnes veuves ou divorcées et les personnes déclarant de faibles revenus présentaient les niveaux de prévalence les plus élevés. Après une stabilité observée entre 2005 et 2010, la prévalence de l'EDC a augmenté de 1,8 points sur la période 2010-2017 ; cette augmentation concerne davantage les femmes (+3 points), les 35-44 ans (+4 points), les chômeurs (+5 points) et les individus déclarant des revenus faibles (+3 points).

Discussion – La prévalence élevée de la dépression ainsi que son augmentation au cours des dernières années plaident pour un renforcement des dispositifs de prévention et de prise en charge des troubles dépressifs, en particulier à destination des populations les plus vulnérables.

Introduction – The health, economic and social burden caused by mental disorders has contributed to putting mental health among the highest public health priorities. The objective of this study is to estimate the prevalence of major depressive episode (MDE) in the French general population in 2017, to identify the most affected and to observe changes since 2005.

Method – In 2017, the Health Barometer surveyed 25,319 people aged 18-75 using the computer aided telephone interviewing method based on random selection. MDE was measured using the Composite International Diagnosis Interview – Short Form (CIDI-SF).

Results – Nearly one person in ten reported a MDE during the last 12 months. Women, especially those aged 35-44, people aged under 45, unemployed and other inactive, widowed or divorced and persons reporting low incomes had the highest levels of prevalence. After a stable period observed between 2005 and 2010, MDE prevalence increased by 1.8 points over the 2010-2017 period; this increase affects more women (+3 points), the 35-44 years people (+4 points), the unemployed (+5 points), and people reporting low incomes (+3 points).

Discussion – The high prevalence of depression as well as its increase in recent years plead for a strengthening of prevention systems and the management of depressive disorders, especially for the most vulnerable populations.

Mots-clés : Trouble mental, Épisode dépressif caractérisé, Enquête, Population générale, Prévention
// Keywords: Mental disorder, Major depressive disorder, Survey, General population, Prevention

Introduction

Le fardeau sanitaire, économique et social induit par les troubles mentaux a contribué à inscrire la santé mentale au premier rang des priorités de santé publique. Selon les projections de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le fardeau global des troubles mentaux représentera 15% de la charge de l'ensemble des maladies en 2020¹. Leur poids serait aggravé par les nombreuses comorbidités somatiques et psychologiques associées ainsi que par leurs impacts négatifs sur les habitudes de vie (tabagisme, alcoolisme, diminution de l'activité physique, pratiques sexuelles à risque)^{2,3}. La dépression représenterait à elle seule la troisième cause d'années de vie vécues avec incapacité dans le monde et la principale parmi l'ensemble des troubles mentaux⁴.

La dépression se caractérise par une tristesse ou une perte d'intérêt et de plaisir, associées à des sentiments de culpabilité ou de dévalorisation de soi, un sommeil ou un appétit perturbé, des problèmes de concentration ou encore des idées suicidaires. Ces symptômes sont intenses, durables et entraînent un retentissement important sur les activités et le fonctionnement des individus. Les troubles dépressifs seraient ainsi responsables de 35 à 45% des arrêts de travail et seraient retrouvés dans plus de la moitié des cas de décès par suicide^{5,6}.

De par son ampleur, la dépression figure parmi les indicateurs de suivi de l'état de santé de la population française. En France, l'estimation de la prévalence de la dépression et son suivi en population générale s'appuient sur les données de l'enquête Baromètre santé, fournissant ainsi des éléments d'orientation et d'évaluation des politiques de santé publique. Selon les données recueillies en 2005 et 2010, près d'une personne sur cinq déclarait avoir souffert d'un épisode dépressif caractérisé (EDC) au cours de sa vie, et près de 8% au cours des 12 derniers mois^{7,8}.

La dernière vague du Baromètre santé conduite en 2017 a permis d'interroger plus de 25 000 personnes sur les thématiques de la santé mentale et des addictions. Cet article vise à présenter les premiers

résultats sur les EDC. Il s'agit : 1/ d'actualiser les données de prévalence en population générale, 2/ d'identifier les populations les plus touchées et 3/ d'observer les évolutions récentes (2005, 2010, 2017).

Matériels et méthode

Sources de données

Les données de l'enquête Baromètre santé 2017 ont été recueillies par téléphone selon un sondage aléatoire à deux degrés sur lignes fixes (ménage puis individu) et à un degré sur lignes mobiles (individu), par la méthode de collecte assistée par téléphone et informatique (Cati). L'objectif était de constituer un échantillon représentatif de l'ensemble des personnes âgées de 18-75 ans vivant en France métropolitaine en ménage ordinaire et parlant le français. La passation du questionnaire a duré en moyenne 30 minutes et le taux de participation a été de 48,5%. Le protocole d'enquête a reçu l'aval de la Commission nationale informatique et liberté (Cnil).

La méthode détaillée de l'enquête ainsi que le questionnaire sont téléchargeables à l'adresse : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2017/index.asp>.

Les évolutions de l'EDC ont été mesurées par rapport aux Baromètres santé 2005 et 2010, dont la méthodologie de recueil était comparable.

Variables

La variable d'intérêt de notre étude est l'EDC. Pour estimer la prévalence, le Baromètre santé s'appuie depuis 2005 sur la version courte du questionnaire *Composite International Diagnostic Interview - Short Form (CIDI-SF)*⁹, qui mesure l'épisode dépressif majeur⁽¹⁾. Le CIDI-SF, développé par l'OMS sur la base des critères de la CIM-10 et du DSM-IV

⁽¹⁾ Depuis le Baromètre santé 2005, le terme d'épisode dépressif caractérisé (EDC) est utilisé en remplacement du terme épisode dépressif majeur (EDM), afin d'éviter la confusion possible entre « majeur » (major en anglais) et « sévère » ; l'épisode dépressif pouvant être léger, moyen ou sévère.

(version révisée), a été conçu pour être administré par des non-spécialistes avec un nombre réduit de questions, permettant son utilisation dans des enquêtes portant sur de larges échantillons^{10,11}. L'EDC est défini par l'existence d'une période de 15 jours de tristesse ou de perte d'intérêt, presque tous les jours et pratiquement toute la journée, ainsi que par la présence d'au moins trois symptômes secondaires et une perturbation des activités (cf. encadré).

Encadré

Définition de l'épisode dépressif caractérisé (EDC) au cours des 12 derniers mois selon le CIDI-SF

Un EDC se caractérise par : au moins un symptôme principal (1), accompagné d'au moins trois symptômes secondaires (2), avec un retentissement sur les activités habituelles (3).

1. Symptômes principaux :

- vivre une période d'au moins deux semaines consécutives en se sentant triste, déprimé, sans espoir pratiquement toute la journée et presque tous les jours ;
- vivre une période d'au moins deux semaines consécutives en ayant perdu intérêt pour la plupart des choses pratiquement toute la journée et presque tous les jours.

2. Symptômes secondaires* :

- se sentir épuisé ou manquer d'énergie plus que d'habitude ;
- avoir pris ou perdu au moins 5 kg ;
- avoir plus que d'habitude des difficultés à dormir ;
- avoir beaucoup plus de mal que d'habitude à se concentrer ;
- avoir un sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inapproprié ;
- avoir beaucoup pensé à la mort ;
- avoir perdu de l'intérêt pour la plupart des choses comme les loisirs, le travail ou les activités qui donnent habituellement du plaisir (si symptôme principal de tristesse).

3. Retentissement des symptômes sur la vie quotidienne avec une perturbation des activités habituelles.

* L'agitation ou le ralentissement psychomoteur n'est pas mesuré par le CIDI-SF mais fait partie de la liste des symptômes du DSM-IV.

Les variables sociodémographiques analysées ont été choisies sur la base des données de la littérature scientifique, de leur comparabilité avec les précédents Baromètres santé et des possibilités d'analyse. Il s'agit des variables suivantes : le sexe, l'âge en six tranches (18-24 ans, 25-34 ans, 35-44 ans, 45-54 ans, 55-64 ans, 65-75 ans), le statut matrimonial (marié ou pacsé, célibataire ou en concubinage

ou en union libre, divorcé, veuf), la situation de vie (vit seul ou pas), le diplôme (inférieur au Bac, Bac, supérieur au Bac), les revenus du foyer par unités de consommation (UC) (recodés en terciles, la distribution allant de : faible pour le 1^{er} tercile à élevé pour le 3^e) et la situation professionnelle (travail, études, chômage, retraite, au foyer, autres inactifs).

Analyses statistiques

Les données du Baromètre santé 2017 ont été pondérées suivant le nombre d'individus éligibles et de lignes téléphoniques au sein du ménage, puis redressées sur la structure de la population issue de l'enquête Emploi 2016 de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee).

Les proportions ont été comparées par le test d'indépendance (Chi² de Pearson), avec un seuil maximal de significativité fixé à 5%. Des régressions logistiques ont été utilisées afin de contrôler l'existence d'éventuels effets de structure liés aux caractéristiques de la population et pour quantifier la force du lien entre l'EDC et les variables sociodémographiques ; l'existence de ce lien a été évaluée à l'aide de l'odds ratio ajusté (ORa) et mesurée par le test de Wald avec un seuil maximal de significativité fixé à 5%.

Afin de tenir compte de l'évolution de la structure de la population dans le temps, les évolutions (2005 vs 2010, 2005 vs 2017 et 2010 vs 2017) ont été comparées à l'aide de régressions logistiques (non présentées) ajustées sur le sexe croisé par tranches d'âge décennales, région de résidence, taille d'agglomération, niveau de diplôme, situation professionnelle et revenus du foyer par UC.

Les analyses ont été réalisées avec le logiciel Stata® (version 13.1 SE).

Résultats

Les échantillons analysés comprenaient 25 319 personnes âgées de 18 à 75 ans en 2017, 16 184 en 2005 et 7 935 en 2010.

Prévalences de l'EDC au cours des 12 derniers mois

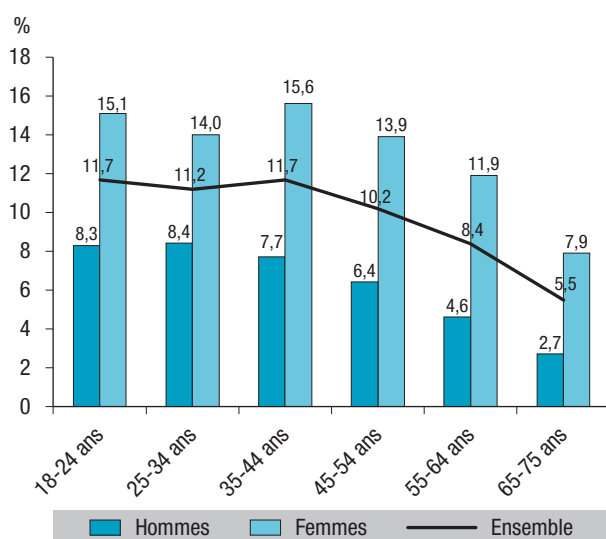
En 2017, parmi les personnes âgées de 18 à 75 ans, la prévalence de l'EDC dans l'année était estimée à 9,8% [9,3-10,2] et était 2 fois plus élevée chez les femmes (13,0%) que chez les hommes (6,4% ; p<0,001). La prévalence apparaissait la plus élevée entre 18 et 44 ans (environ 11,5%) puis diminuait de façon linéaire à partir de 45 ans. Chez les hommes, elle était maximale entre 18 et 34 ans et chez les femmes entre 35 et 44 ans (figure 1).

Facteurs sociodémographiques associés à l'EDC dans les 12 derniers mois

Après ajustement sur le sexe et l'âge, les troubles dépressifs apparaissaient liés à la situation conjugale et notamment au fait d'avoir vécu ou non une rupture : veuvage (ORa=1,7 [1,3-2,2]), divorce (ORa=1,8 [1,5-2,2]). Par rapport aux actifs occupés,

Figure 1

Prévalence de l'épisode dépressif caractérisé déclaré au cours des 12 derniers mois chez les 18-75 ans, selon le sexe et la classe d'âge, France métropolitaine, 2017



Source : Baromètre santé 2017, Santé publique France.

les chômeurs et les personnes au foyer ont déclaré près de 2 fois plus souvent un EDC et les « autres inactifs » (personnes invalides ou en congés longue durée) 3,4 fois plus. Par rapport aux revenus par UC les plus faibles, les revenus élevés étaient moins associés à l'EDC (ORa=0,8 [0,7-0,9] pour le 3^e tercile). Enfin, le niveau de diplôme n'était pas associé à la présence d'un EDC au cours des 12 derniers mois (tableau 1).

Chez les hommes, le fait de vivre seul était significativement associé à la présence d'un EDC (ORa=1,4 [1,1-1,8]). Chez les femmes, les célibataires (ORa=1,4 [1,1-1,7] et les étudiantes (ORa=1,3 [1,0-1,8]) étaient davantage concernées par l'EDC, alors que le fait d'avoir des revenus par UC élevés était négativement associé à la présence d'un EDC au cours de l'année (ORa=0,7 [0,6-0,9]) (tableau 1).

Évolutions de l'EDC au cours des 12 derniers mois entre 2005 et 2017

Selon le sexe et l'âge

La prévalence de l'EDC au cours des 12 derniers mois chez les 18-75 ans était de 7,9% [7,4-8,4] en 2005 et de 8,0% [7,4-8,7] en 2010. Une augmentation de 1,8 point est observée globalement sur la période 2010-2017 (p<0,001). Chez les hommes, la prévalence est restée stable entre 2005 et 2017, tandis que chez les femmes une augmentation de 2,7 points est observée entre 2010 et 2017 (p<0,001) (figure 2).

Selon l'âge, la prévalence de l'EDC est restée stable entre 2005 et 2010 dans toutes les tranches d'âge analysées. Entre 2010 et 2017, des augmentations sont observées chez les 35-44 ans (+4,4 points ; p<0,001) et chez les 65-75 ans (+2,6 points ; p<0,01). Globalement, sur la période 2005-2017, l'EDC a augmenté de 2,7 points chez les 25-34 ans (p<0,001) et de 2,2 points chez les 35-54 ans (p<0,05) (figure 2).

Les prévalences par âge ont évolué différemment selon le sexe. Chez les hommes de 18-24 ans, alors que l'EDC avait diminué entre 2005 et 2010 (-2,6 points ; p<0,05), une augmentation de près de 4 points est constatée entre 2010 et 2017 (p<0,05). Chez ceux de 65-75 ans, une augmentation de près de 2 points est observée entre 2010 et 2017 (p<0,05). Seule la prévalence de l'EDC chez les hommes de 45-54 ans a connu une diminution entre 2010 et 2017 (-3,8 points ; p<0,05), alors qu'elle avait augmenté de près de 7 points sur la précédente période (p<0,001) (tableau 2).

Chez les femmes, par rapport à 2010, une augmentation importante est constatée chez les 35-44 ans (+5,5 points ; p<0,001) et chez les 65-75 ans (+3,3 points ; p<0,05). L'EDC a progressé de près de 4 points chez les 55-64 ans par rapport à 2005 (p<0,01) (tableau 2).

Selon la situation sociale

Alors que la prévalence de l'EDC dans l'année était restée stable entre 2005 et 2010 quels que soient le niveau de diplôme, la situation professionnelle ou les revenus par UC, elle montre des évolutions significatives entre 2010 et 2017 (figure 3). Selon le diplôme, toutes les catégories analysées sont concernées : les titulaires d'un diplôme inférieur au Bac présentaient en 2017 une augmentation de l'EDC de 1,9 points par rapport à 2005 (p<0,001), ceux d'un Bac ou équivalent de 2,3 points (p<0,01) et ceux d'un diplôme supérieur de 1,5 points (p<0,05). Selon la situation professionnelle, l'EDC a augmenté de plus de 5 points chez les chômeurs (p<0,05) sur la période 2010-2017 et de 4 points chez les étudiants entre 2005 et 2017 (p<0,05). Enfin, les personnes déclarant les plus faibles revenus par UC restaient les plus exposées avec une augmentation de plus de 3 points entre 2010 et 2017 (p<0,01).

Discussion

En 2017, près d'un adulte de 18-75 ans sur dix avait déclaré avoir vécu un EDC ayant eu un retentissement sur ses activités habituelles au cours des 12 derniers mois. Un résultat marquant réside dans l'augmentation de près de deux points de la prévalence entre 2010 et 2017, après une stabilité observée sur la période 2005-2010. Le Baromètre santé étant la seule enquête répétée qui mesure l'EDC avec une même méthodologie depuis 2005, aucune autre étude française ni européenne récente ne permet de conforter ces résultats. Cependant, les données américaines ont également montré une augmentation significative de la prévalence des épisodes dépressifs majeurs entre 2005 et 2015¹² et l'étude *Global Burden of Disease 2015* a estimé que le nombre de personnes vivant avec une dépression dans le monde avait augmenté de plus de 18% entre 2005 et 2015⁴.

Des augmentations importantes ont été observées dans certains profils de population : les chômeurs, les 35-44 ans, les personnes de faibles niveaux de revenu, les étudiants et les femmes. Une étude allemande récente, comparant l'évolution de la prévalence

Tableau 1

Facteurs sociodémographiques associés aux épisodes dépressifs caractérisés au cours des 12 derniers mois, chez les 18-75 ans, France métropolitaine, 2017

Variables explicatives	Ensemble n=25 174			Hommes n=11 538			Femmes n=13 636		
	%	ORa	IC95%	%	ORa	IC95%	%	ORa	IC95%
Sexe	***								
Hommes (réf.)	6,4	- 1 -							
Femmes	13,0	2,1***	[1,8-2,3]						
Âge									
Par unité		0,99*	[0,99-1,00]		0,98**	[0,97-0,99]		1,00	[0,99-1,00]
Situation matrimoniale	***								
Mariés ou pacsés (réf.)	7,1	- 1 -		4,4	- 1 -		9,7	- 1 -	
Célibataires	11,7	1,3***	[1,1-1,5]	8,3	1,1	[0,9-1,5]	15,6	1,4***	[1,1-1,7]
Divorcés	15,2	1,8***	[1,5-2,2]	9,0	1,5*	[1,0-2,2]	18,9	1,9***	[1,5-2,4]
Veufs	12,7	1,7***	[1,3-2,2]	7,7	1,9*	[1,0-3,4]	13,9	1,7**	[1,2-2,3]
Vit seul	***								
Non (réf.)	9,1	- 1 -		5,6	- 1 -		12,5	- 1 -	
Oui	12,7	1,2*	[1,0-1,4]	9,8	1,4**	[1,1-1,8]	15,6	1,1	[0,9-1,3]
Niveau de diplôme	***								
Inférieur au Bac (réf.)	9,6	- 1 -		6,1	- 1 -		13,1	- 1 -	
Bac ou équivalent	11,1	1,1	[1,0-1,3]	8,0	1,3	[1,0-1,7]	13,9	1,1	[0,9-1,3]
Supérieur au Bac	9,1	1,1	[1,0-1,3]	5,6	1,1	[0,8-1,4]	12,3	1,1	[0,9-1,3]
Revenus par UC en terciles	***								
1 ^{er} tercile (faible) (réf.)	12,9	- 1 -		8,3	- 1 -		16,5	- 1 -	
2 ^e tercile	9,3	0,9	[0,8-1,1]	6,1	1	[0,8-1,3]	12,3	0,9	[0,8-1,1]
3 ^e tercile (élevé)	6,7	0,8***	[0,7-0,9]	4,7	0,9	[0,7-1,2]	9,2	0,7***	[0,6-0,9]
Ne sait pas / refus de répondre	7,3	0,6***	[0,4-0,8]	6,0	0,7	[0,4-1,1]	8,5	0,5***	[0,4-0,8]
Situation professionnelle	***								
Travail (réf.)	8,2	- 1 -		5,3	- 1 -		11,4	- 1 -	
Études	13,3	1,3*	[1,0-1,6]	9,3	1,2	[0,9-1,8]	17,0	1,3*	[1,0-1,8]
Chômage	16,7	1,9***	[1,6-2,3]	12,6	2,3***	[1,7-3,2]	20,7	1,8***	[1,4-2,2]
Retraite	5,8	0,8*	[0,7-1,0]	3,0	0,8	[0,6-1,2]	8,5	0,8*	[0,6-1,0]
Au foyer	17,0	1,8***	[1,3-2,3]	15,3	3,4*	[1,3-9,1]	17,1	1,6***	[1,2-2,2]
Autres inactifs	24,5	3,4***	[2,7-4,3]	20,6	4,8***	[3,2-7,1]	27,8	2,9***	[2,1-3,9]

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

UC : unité de consommation.

Source : Baromètre santé 2017, Santé publique France.

des maladies chroniques – dont la dépression – sur quatre vagues d'enquêtes entre 2003 et 2012, conclut également à un accroissement des inégalités sociales de santé, avec une augmentation plus marquée de la prévalence des maladies chroniques parmi les catégories socioprofessionnelles basses¹³. L'étude américaine, citée plus haut, observe également une augmentation de la prévalence de la dépression entre 2005 et 2015 parmi les populations à faibles revenus¹². Cependant, les résultats sont très variables d'une étude à l'autre et d'un pays à l'autre¹⁴, et les interprétations proposées pour expliquer de telles évolutions impliquent un jeu de transitions sociales et économiques complexes sur plusieurs décennies au détriment des catégories socioprofessionnelles

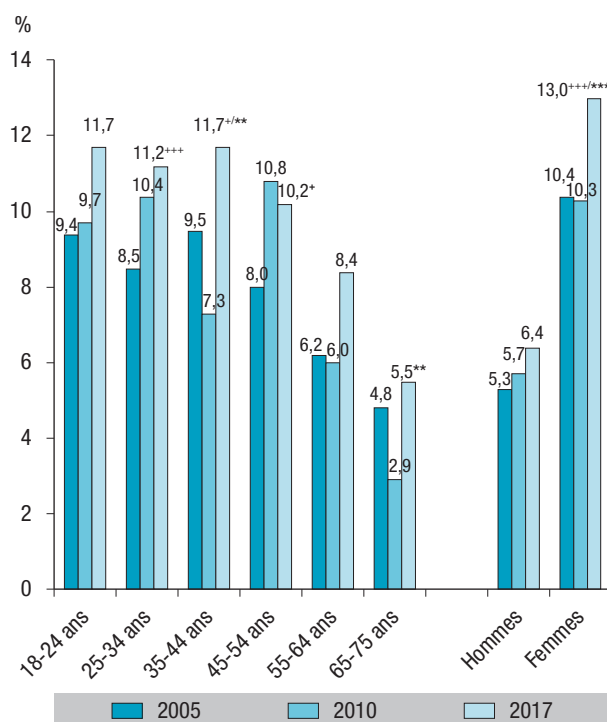
les plus faibles (niveaux de revenus, situation de l'emploi, sentiment d'insécurité, évolution des structures familiales et communautaires notamment)¹⁵.

Dans notre étude, conformément à la littérature internationale, le sexe féminin, l'inactivité professionnelle (chômeurs et autres inactifs), de faibles niveaux de revenus, les ruptures conjugales (veuvage, divorce) et un âge jeune (inférieur à 45 ans) étaient positivement associés à la survenue d'un EDC dans l'année. Ainsi, nous avons pu observer que :

- les femmes étaient deux fois plus concernées que les hommes. Cette différence est systématiquement retrouvée dans les études transversales conduites en métropole et dans

Figure 2

Évolution de la prévalence de l'épisode dépressif caractérisé au cours des 12 derniers mois, selon le sexe et la classe d'âge, chez les 18-75 ans, France métropolitaine, 2005-2017



° p<0,05 ; °° p<0,01 ; °°° p<0,001 : évolutions 2005-2010.
 + p<0,05 ; ++ p<0,01 ; +++ p<0,001 : évolutions 2005-2017.
 * p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001 : évolutions 2010-2017.
 Sources : Baromètres santé 2005, 2010, 2017, Santé publique France.

toutes les études internationales sur la dépression^{2,7,8,16}. Bien que les mécanismes ne soient pas complètement élucidés, une des hypothèses explicative principale est la différenciation des rôles et positions sociales selon le sexe, impliquant des différences aussi bien en termes d'exposition au stress que de stratégies pour y faire face. Autre hypothèse explicative : le fait que les hommes seraient moins

enclins à admettre une dépression en entretien et exprimeraient leur mal-être par le biais de troubles davantage extériorisés tels que les addictions ou les troubles de conduites^{8,16} ;

- les adultes de 18-44 ans sont ceux chez qui la prévalence du trouble dépressif est la plus élevée. Pour les femmes, c'est précisément entre 35 et 44 ans qu'elle est maximale. Par ailleurs, nos analyses ont montré une diminution de la prévalence du trouble dépressif avec l'avancée en âge. Cette moindre prévalence pourrait en partie résulter d'un déficit de diagnostic lié à notre outil de mesure, inadapté aux spécificités de la dépression chez le sujet âgé¹⁷ ;
- pour la première fois, une association entre la dépression et le revenu a été constatée dans le Baromètre santé 2017 : les femmes aux revenus les plus élevés avaient un risque diminué de 30% de présenter un EDC par rapport aux autres catégories de revenus. L'association entre statut socioéconomique et dépression a bien été mise en évidence dans une méta-analyse portant sur 56 études¹⁸ : les individus avec un statut socio-économique défavorisé présenteraient un risque 1,8 fois plus important d'avoir une dépression que ceux d'un milieu socioéconomique élevé. Des résultats similaires sont retrouvés dans une méta-analyse récente sur les liens observés entre niveau de revenu et troubles dépressifs¹⁹ ;
- comme dans les précédents Baromètres santé, le chômage et l'inactivité ainsi que les événements de vie comme les ruptures affectives (divorce, veuvage) accroîtraient les risques de dépression^{7,8}.

Le Baromètre santé est la seule étude en France permettant une surveillance épidémiologique de l'EDC au cours des années, ce qui en fait un outil précieux mais avec certaines limites. Le repérage de la dépression repose sur le CIDI-SF et sur les déclarations des personnes interrogées par téléphone. Même si l'entretien est structuré pour tenter

Tableau 2

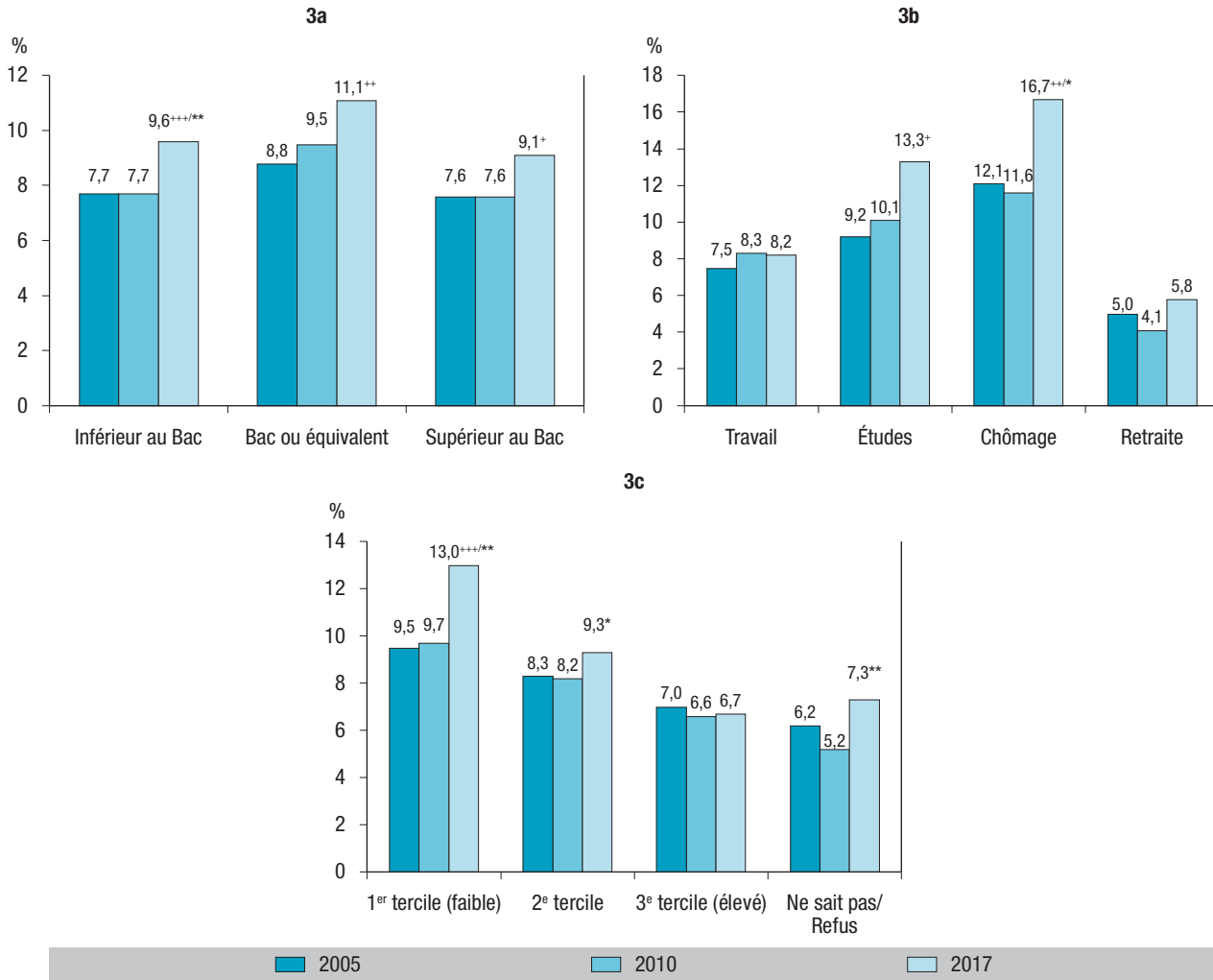
Évolutions de la prévalence de l'épisode dépressif caractérisé au cours des 12 derniers mois, selon le sexe et la classe d'âge chez les 18-75 ans, France métropolitaine, 2005-2017

Effectifs	Hommes 2005		Hommes 2010		Hommes 2017		Femmes 2005		Femmes 2010		Femmes 2017	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
18-24 ans	643	7,3	398	4,7 °	1 186	8,4*	796	11,7	397	15,2	1 090	15,1
25-34 ans	1 369	5,9	583	7,9	1 788	8,4	1 848	10,9	750	12,8	1 924	13,9 ⁺⁺
35-44 ans	1 382	6,8	782	4,4	2 060	7,7*	1 951	11,7	919	10,1	2 322	15,6 ^{+/***}
45-54 ans	1 273	3,7	651	10,3 °°°	2 343	6,5 ^{+/*}	1 739	12,2	806	11,3	2 659	13,9
55-64 ans	1 202	4,2	689	3,6	2 329	4,6	1 728	8,2	924	8,2	2 918	11,9 ⁺
65-75 ans	879	3,3	433	1,0 °°	1 861	2,7*	1 374	6,2	603	4,5	2 772	7,8*

° p<0,05 ; °° p<0,01 ; °°° p<0,001 : évolutions 2005-2010.
 + p<0,05 ; ++ p<0,01 ; +++ p<0,001 : évolutions 2005-2017.
 * p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001 : évolutions 2010-2017.
 Source : Baromètres santé 2005, 2010, 2017, Santé publique France.

Figure 3

Évolution de la prévalence de l'épisode dépressif caractérisé au cours des 12 derniers mois selon a/ le niveau de diplôme, b/ la situation professionnelle et c/ le revenu par unité de consommation chez les 18-75 ans, France métropolitaine, 2005-2017



° p<0,05 ; °° p<0,01 ; °°° p<0,001 : évolutions 2005-2010.

* p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001 : évolutions 2005-2017.

* p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001 : évolutions 2010-2017.

Note : Les personnes au foyer et les autres inactifs n'ont pas pu être analysés car ces catégories n'étaient pas comparables d'une année sur l'autre.

Sources : Baromètres santé 2005, 2010, 2017, Santé publique France.

de reproduire le diagnostic d'un clinicien, il est mené par des non-cliniciens, ce qui implique des risques de biais multiples (sous-déclaration et/ou faux positifs). Par ailleurs, la classification selon le CIDI-SF ne mesure pas le symptôme d'agitation ou de ralentissement psychomoteur et ne tient pas compte de l'étiologie de l'EDC comme, par exemple, un deuil récent ou une origine organique ou induite par l'utilisation de substances. La prise en compte de ces événements aurait pu faire varier les prévalences indiquées.

Ces limites sont connues au regard de la difficulté que représente le repérage d'un trouble comme la dépression à partir d'un questionnaire simplifié. Cependant, ces biais restent constants au cours du temps et les résultats produits permettent de proposer une estimation des troubles dépressifs à l'échelle d'une population, d'en suivre les évolutions au cours du temps et d'identifier les profils de population les plus concernés.

Conclusion

La dépression semble avoir progressé en France ces dernières années, en particulier sur certains segments de population tels que les femmes, les chômeurs, les étudiants, les faibles revenus et les moins de 45 ans. Des résultats similaires ont été retrouvés notamment en Allemagne et aux États-Unis^{12,13}. La prévention et la prise en charge des états dépressifs, de par leurs impacts sanitaires, économiques et sociaux, doivent s'imposer comme des priorités de santé publique. Les conclusions tirées de la recherche internationale¹⁹ proposent d'investir en priorité sur le développement des compétences psychosociales dans l'enfance et l'adolescence et sur la mise en place de dispositifs visant à faciliter le repérage, l'orientation et la prise en charge, notamment psychothérapeutique, des populations les plus vulnérables. ■

Références

- [1] Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs. Genève: OMS, 2001. 172 p. <http://www.who.int/whr/2001/fr/>
- [2] Lepine JP, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S, Negre-Pages L, Nachbaur G, *et al.* Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD). *Encephale*. 2005;31(2):182-94.
- [3] Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, *et al.* No health without mental health. *Lancet*. 2007;370(9590):859-77.
- [4] GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016;388(10053):1545-602.
- [5] Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet*. 2009;373(9672):1372-81.
- [6] L'Assurance Maladie – Risques professionnels. Les affections psychiques liées au travail : éclairage sur la prise en charge actuelle par l'Assurance Maladie. Santé travail : enjeux & actions. 2018. 20 p. https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/enjeux-actions_affections-psychiques-2018_assurance-maladie.pdf
- [7] Beck F, Guignard R. La dépression en France (2005-2010) : prévalence, recours au soin et sentiment d'information de la population. *La Santé de l'Homme*. 2012;(421):43-5.
- [8] Chan Chee C, Beck F, Sapinho D, Guilbert P, Le Luong T. La dépression en France. Enquête Anadep 2005. Saint-Denis: Inpes, coll. Études santé. 2009. 208 p. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1210>
- [9] Kessler RC, Andrews G, Mroczek D, Ustun TB, Wittchen HU. The World Health Organization Composite International Diagnostic Interview Short-Form (CIDI-SF). *Int J Methods Psychiatr Res*. 1998;(7):171-85.
- [10] Sapinho D, Chan Chee C, Briffault X, Guignard R, Beck F. Mesure de l'épisode dépressif majeur en population générale : apports et limites des outils. *Bull Epidémiol Hebd*. 2008;(35-36):314-7. http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/DOC00001831
- [11] Briffault X, Morvan Y, Guilbert P, Beck F. Évaluation de la dépression dans une enquête en population générale. *Bull Epidémiol Hebd*. 2008;(35-36):318-21. http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/INV1907
- [12] Weinberger AH, Gbedemah M, Martinez AM, Nash D, Galea S, Goodwin RD. Trends in depression prevalence in the USA from 2005 to 2015: Widening disparities in vulnerable groups. *Psychol Med*. 2018;48(8):1308-15.
- [13] Hoebel J, Kuntz B, Moor I, Kroll LE, Lampert T. Post-millennial trends of socioeconomic inequalities in chronic illness among adults in Germany. *BMC Res Notes*. 2018;11(1):200.
- [14] Hu Y, van Lenthe FJ, Borsboom GJ, Looman CW, Bopp M, Burstrom B, *et al.* Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 17 European countries between 1990 and 2010. *J Epidemiol Community Health*. 2016;70(7):644-52.
- [15] Goldman N, Gleit DA, Weinstein M. Declining mental health among disadvantaged Americans. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2018;115(28):7290-5.
- [16] Kessler RC. Epidemiology of women and depression. *J Affect Disord*. 2003;74(1):5-13.
- [17] Du Roscoät E, Saïas T, Léon C. Dépression, détresse psychologique et pensées suicidaires chez les personnes âgées : prévalences, recours aux soins et facteurs associés. In : Léon C, Beck F, dir. Les comportements de santé des 55-85 ans. Analyses du Baromètre santé 2010. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé. 2014;53-73. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1549>
- [18] Lorant V, Deliege D, Eaton W, Robert A, Philippot P, Ansseau M. Socioeconomic inequalities in depression: A meta-analysis. *Am J Epidemiol*. 2003;157:98-112.
- [19] Patel V, Burns JK, Dhingra M, Tarver L, Kohrt BA, Lund C. Income inequality and depression: A systematic review and meta-analysis of the association and a scoping review of mechanisms. *World Psychiatry*. 2018;17(1):76-89.

Citer cet article

Léon C, Chan Chee C, du Roscoät E ; le groupe Baromètre santé 2017. La dépression en France chez les 18-75 ans : résultats du Baromètre santé 2017. *Bull Epidémiol Hebd*. 2018;(32-33):637-44. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/32-33/2018_32-33_1.html

LA DÉPRESSION DANS LA POPULATION ACTIVE OCCUPÉE EN FRANCE EN 2017. BAROMÈTRE SANTÉ 2017

// DEPRESSION AMONG THE WORKING POPULATION IN FRANCE. 2017 HEALTH BAROMETER

Virginie Gigonzac*(virginie.gigonzac@santepubliquefrance.fr), Pauline Delézire*(pauline.delezire@santepubliquefrance.fr), Imane Khireddine-Medouni, Laurence Chérié-Challine

Santé publique France, Saint-Maurice, France

* Contributions égales.

Soumis le 08.06.2018 // Date of submission: 06.08.2018

Résumé // Abstract

Objectifs – Décrire la prévalence de la dépression chez les actifs occupés en France métropolitaine et étudier les associations entre l'exposition à certains facteurs professionnels et la dépression, à partir des données du Baromètre santé 2017.

Méthodes – Les données étudiées concernent 14 520 actifs occupés. Les épisodes dépressifs caractérisés (EDC) ont été mesurés à l'aide du questionnaire standardisé CIDI-SF. La prévalence des EDC a été décrite notamment selon la catégorie socioprofessionnelle et le secteur d'activité. Des régressions logistiques multivariées ont été effectuées pour tester l'association entre les facteurs professionnels étudiés (expositions à des facteurs psychosociaux au travail et événements professionnels indésirables) et l'EDC.

Résultats – Le taux de prévalence d'EDC parmi les actifs occupés était de 8,2%. Les femmes présentaient une prévalence deux fois plus élevée que les hommes (11,4% vs 5,3%). Les taux de prévalence étaient significativement différents chez les hommes selon le secteur d'activité. Les secteurs les plus touchés étaient l'hébergement et la restauration ainsi que les activités financières et d'assurance. Quel que soit le sexe, les facteurs professionnels étudiés étaient associés à un risque plus élevé de présenter un EDC.

Discussion-conclusion – Cette étude apporte un nouvel éclairage sur la dépression dans la population active française. Le milieu du travail étant un environnement favorable pour développer des actions de promotion et de prévention en santé mentale, ces résultats devraient permettre d'orienter des actions de prévention notamment dans les secteurs d'activité les plus touchés.

Aims – To describe the prevalence of depression among metropolitan French working population and to study the associations between exposure to certain occupational factors and depression, based on the data from the 2017 Health Barometer, a cross-sectional representative survey.

Methods – The study population included 14,520 workers. Major depressive episodes (MDE) were measured using a standardized questionnaire (CIDI-SF). The prevalence of MDE was especially described by occupational category and economic sector. Multivariate logistic regressions were performed to test the association between the occupational factors studied (psychosocial exposures and occupational adverse events) and MDE.

Results – The prevalence rate of MDE among working population was 8.2%. Women had prevalence twice as high as men (11.4% vs 5.3%). Prevalence rates were significantly different among men by economic sectors. The most affected sectors were accommodation and food services as well as finance and insurance. Regardless of gender, the occupational factors studied were associated with a higher risk of MDE.

Discussion-Conclusion – This study shed new light on depression among French working population. The workplace is a favorable environment to develop promotion and prevention actions in mental health, these results should be used to guide prevention actions, particularly in the most impacted economic sector.

Mots-clés : Dépression, Population active occupée, Facteurs psychosociaux au travail, Évènements professionnels indésirables

// **Keywords**: Depression, Working population, Psychosocial factors at work, Occupational adverse events

Introduction

La dépression représente un lourd fardeau pour la société, que ce soit en termes de coûts humains, sociaux ou économiques. Ainsi, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a estimé, en 2015, que plus de 300 millions de personnes dans le monde

seraient atteintes de dépression, qui serait responsable de 4,3% de la charge mondiale de morbidité¹. Outre ses conséquences sur l'individu et son entourage, la dépression a aussi un impact direct sur la vie professionnelle. Elle agit sur la capacité à travailler et sur la productivité. Elle est également la cause d'un fort absentéisme pour maladie^{2,3}.

Il est admis que l'étiologie de la dépression est multifactorielle, liant des facteurs génétiques et des facteurs environnementaux (maltraitance pendant l'enfance, isolement social, séparations, problèmes professionnels, etc.). La littérature épidémiologique en santé travail indique que l'exposition à certains facteurs psychosociaux au travail a un effet pathogène sur la santé mentale⁴ et est associée à un risque accru de dépression⁵.

La prévalence des dépressions, qu'elles soient ou non en lien avec le travail, au sein de la population active est mal connue en France. En 2003, l'enquête décennale santé avait estimé la prévalence de la symptomatologie dépressive à environ 11% de la population active au travail, avec des variations selon la catégorie socioprofessionnelle et le secteur d'activité⁶. Par ailleurs, on note ces dernières années, malgré l'absence de tableaux de maladies professionnelles pour les affections psychiques, une hausse des demandes de reconnaissance des troubles psychiques auprès du système complémentaire des affections hors tableaux⁷. La progression constatée pourrait être en partie expliquée par l'augmentation du nombre de pathologies psychiques liées au travail. Cette tendance a été confirmée par les données du programme maladies à caractère professionnel (MCP)⁸ et celles du réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P)⁹.

Les données du Baromètre santé 2017 permettent d'établir un état des lieux récent de la prévalence de la dépression, qu'elle soit ou non liée au travail, au sein de la population active occupée en France afin de mieux cibler les stratégies de prévention.

Cet article décrit, à partir des données du Baromètre santé 2017, la prévalence des épisodes dépressifs caractérisés (EDC) au cours des 12 derniers mois chez les actifs occupés⁽¹⁾ en France métropolitaine et étudie les associations entre l'exposition à certains facteurs professionnels et la présence d'EDC.

Matériel et méthode

Source de données et population d'étude

Le Baromètre santé est une enquête périodique réalisée par Santé publique France, portant sur les comportements, connaissances et attitudes des Français en matière de santé. Les données du Baromètre santé 2017 ont été recueillies par sondages aléatoires à deux degrés (ménage puis individu) à partir de numéros de téléphone (40% fixes et 60% mobiles). La passation du questionnaire a duré en moyenne 30 minutes, à l'aide du système CATI (Collecte assistée par téléphone et informatique).

Au total, 25 319 personnes (48,7% d'hommes et 51,3% de femmes) âgées de 18 à 75 ans, résidant en France métropolitaine, ont été interrogées par l'institut de sondage Ipsos Observer entre le 5 janvier et le 18 juillet 2017. Le taux de réponse global a été d'environ 60%. Un poids a été associé pour

chaque personne interrogée permettant de prendre en compte les probabilités d'inclusion et un redressement sur les données de l'Enquête emploi 2016 de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Ainsi, les données ont été pondérées en tenant compte du sexe, de l'âge, de la région, de la taille de l'agglomération, du diplôme et de la probabilité d'être tiré au sort au sein du foyer.

La population d'étude comprenait toutes les personnes actives occupées incluses dans l'enquête du Baromètre santé 2017 et ayant répondu aux questions du CIDI-SF (*Composite International Diagnostic Interview – Short Form*). Les étudiants ayant travaillé plus de six mois dans l'année et les apprentis ont été inclus dans la population d'étude.

Données étudiées

L'EDC a été mesuré à partir du questionnaire court du CIDI-SF, outil développé par l'OMS¹⁰. La version courte peut être utilisée par des non-cliniciens et par téléphone. Ce questionnaire standardisé permet de mesurer un EDC au cours des 12 derniers mois selon la classification du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e édition (DSM IV). Un EDC est défini par la présence d'une période de tristesse ou de perte d'intérêt pendant au moins deux semaines consécutives, associée à au moins trois symptômes secondaires et une perturbation des activités. Les symptômes secondaires sont l'épuisement ou le manque d'énergie, la prise ou la perte d'au moins 5 kg, des difficultés pour dormir, pour se concentrer, une perte de confiance en soi ou encore des pensées de mort récurrentes. L'EDC est classé selon trois niveaux de sévérité (léger, modéré et sévère) (figure 1). Dans le cadre de cette étude, l'épisode dépressif caractérisé a été étudié en variable binaire (avoir un EDC oui/non).

Les variables professionnelles étudiées étaient la catégorie socioprofessionnelle (PCS) et le secteur d'activité (NAF) selon les niveaux les plus agrégés respectivement de la PCS 2003 et de la NAF 2008. Les variables professionnelles ont été codées selon le logiciel Sicore[®] développé par l'Insee¹¹.

Le statut d'emploi a été décliné en deux catégories : salarié ou à son compte. Les revenus ont été étudiés selon deux catégories : inférieurs et supérieurs ou égaux à 1 500 euros (somme des revenus nets par mois du foyer).

Les facteurs professionnels étudiés se déclinaient en deux groupes : les facteurs psychosociaux au travail et les événements professionnels indésirables.

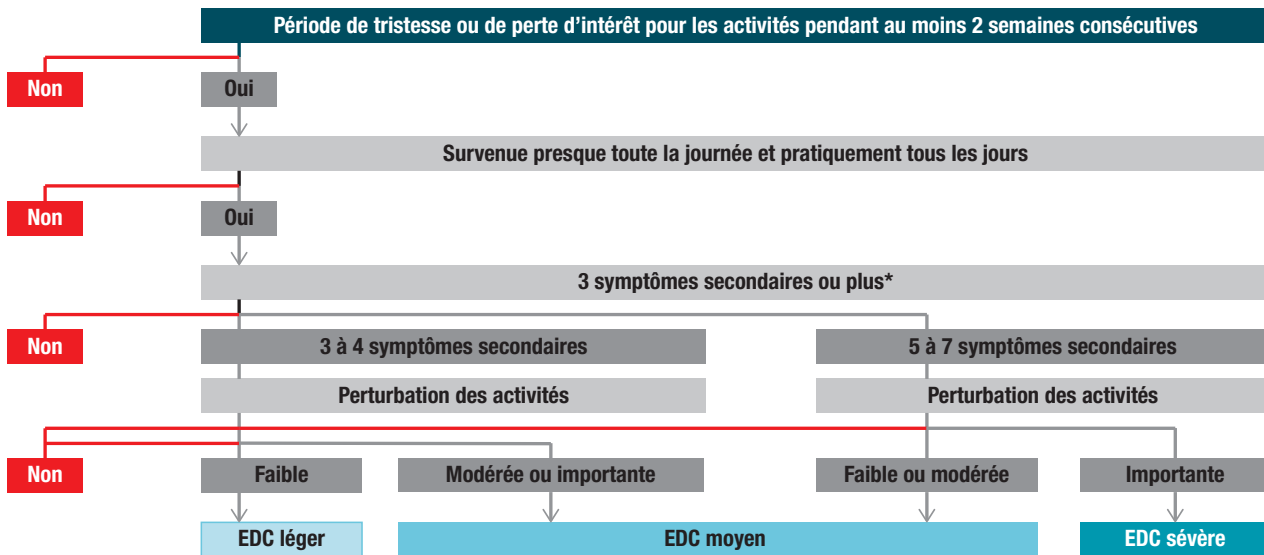
Les facteurs psychosociaux au travail concernaient le fait d'avoir, dans les 12 derniers mois :

- été victime de menaces verbales, humiliations, intimidation au travail ;
- été frappé ou blessé physiquement au travail par une ou plusieurs personnes (hors agression sexuelle) ;
- eu peur de perdre son emploi.

⁽¹⁾ Population active ayant un emploi.

Figure 1

Algorithme du diagnostic de l'épisode dépressif caractérisé (questionnaire CIDI-SF)



* Liste des symptômes secondaires : perte d'intérêt pour les activités habituelles (si symptômes principal de tristesse), épuisement/manque d'énergie, prise ou perte de 5 kg au moins, difficultés à se concentrer, perte de confiance en soi, pensées de mort récurrentes.
EDC : épisode dépressif caractérisé.

Les événements professionnels indésirables portaient sur le fait d'avoir, dans les 12 derniers mois, été licencié ou d'avoir vécu une longue période de chômage (plus de six mois).

Analyses statistiques

Les analyses ont été menées séparément selon le sexe.

La population d'étude a été décrite. Les prévalences d'EDC au cours des 12 derniers mois en 2017 ont été calculées selon l'âge, la catégorie sociale, le secteur d'activité, le statut d'emploi et les revenus. Des tests du Chi2 ont été réalisés avec un seuil de significativité de 5%, afin de tester l'existence de différences selon les modalités des variables étudiées.

L'étude des associations entre l'exposition aux facteurs professionnels et la présence d'un EDC au cours des 12 derniers mois a été réalisée à partir de régressions logistiques multivariées où l'EDC était la variable dépendante. Chaque facteur professionnel était introduit séparément dans un modèle avec ajustement sur l'âge, la catégorie sociale, le secteur d'activité, le statut d'emploi et les revenus. Ces modèles ont permis de calculer des odds ratios et leurs intervalles de confiance à 95%, permettant d'estimer un risque plus élevé ou plus faible d'avoir un EDC selon les facteurs professionnels étudiés.

Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS®.

Résultats

Au total, 14 520 personnes actives occupées ont été interviewées, dont 51% d'hommes. Les caractéristiques de la population d'étude sont présentées dans le tableau 1.

En 2017, la prévalence de l'EDC au cours des 12 derniers mois était de 8,2% parmi la population

active occupée. Les femmes avaient une prévalence d'EDC deux fois plus élevée que les hommes (11,4% vs 5,3%) (tableau 2). Les EDC moyens et sévères représentaient 95% de l'ensemble des EDC quel que soit le sexe.

La prévalence d'EDC était significativement différente selon l'âge chez les hommes (tableau 2). Les hommes de 25 à 34 et 35 à 44 ans présentaient les prévalences d'EDC les plus élevées (respectivement 6,5 et 6,3%). Chez les femmes, il n'y avait pas de différence significative selon l'âge. Les hommes comme les femmes présentant les prévalences les plus importantes avaient des revenus inférieurs à 1 500 euros par mois. Toutefois les taux de prévalence n'étaient pas significativement différents selon le statut d'emploi quel que soit le sexe.

Par ailleurs, les prévalences d'EDC variaient, de façon non significative, selon la PCS et le sexe (figure 2). Ces différences entre hommes et femmes n'étaient pas observées chez les agriculteurs exploitants (prévalences estimées à environ 6,5% pour les deux sexes). Pour toutes les autres PCS, les prévalences étaient deux fois plus élevées chez les femmes. Les professions intermédiaires et les employés présentaient les plus fortes prévalences d'EDC (environ 12% chez les femmes vs 6% chez les hommes). Les hommes cadres apparaissaient les moins touchés (4,5%).

Les taux de prévalence de l'EDC étaient significativement différents chez les hommes selon le secteur d'activité (p<0,05). Les trois secteurs aux prévalences les plus élevées étaient l'hébergement et la restauration, les activités financières et d'assurance ainsi que les arts et spectacles. Concernant les femmes, les taux de prévalence n'étaient pas significativement différents selon le secteur d'activité. Toutefois, les femmes travaillant dans la construction, les arts

Tableau 1

Caractéristiques de la population d'actifs occupés, selon les indicateurs sociodémographiques étudiés par sexe. Baromètre santé 2017, France

	Hommes		Femmes	
	n	% pondéré	n	% pondéré
	7 113	51,66	7 407	48,34
Âge en classe				
18-24 ans	438	6,74	382	6,39
25-34 ans	1 470	22,82	1 470	22,70
35-44 ans	1 830	26,84	1 896	25,89
45-54 ans	2 037	27,51	2 157	28,06
55-75 ans	1 338	16,10	1 502	16,97
Statut d'emploi				
À son compte	1 085	14,97	697	8,76
Salarié	6 025	85,00	6 710	91,24
Refus / Ne sait pas	3	0,04	–	–
Revenus				
<1 500 euros/mois	733	12,36	972	16,13
≥1 500 euros/mois	6 304	86,30	6 352	82,65
Refus / Ne sait pas	76	1,34	83	1,22
Catégories socioprofessionnelles				
Agriculteurs exploitants	205	2,56	78	1,00
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	565	8,76	263	3,57
Cadres, professions intellectuelles supérieures	1 659	18,32	1 169	12,51
Professions intermédiaires	1 915	24,04	2 448	28,36
Employés	912	13,86	2 923	44,77
Ouvriers	1 857	32,45	526	9,78
Secteurs d'activité				
Agriculture	312	4,20	127	1,61
Industries	1 477	21,84	684	9,52
Construction	743	11,89	113	1,47
Commerce	722	10,56	775	11,71
Transports, entreposage	563	8,19	200	2,51
Hébergement, restauration	222	3,78	253	4,77
Information, communication	384	4,82	175	1,99
Activités financières, assurance	239	2,66	299	3,58
Activités immobilières	73	0,96	93	1,14
Activités spécialisées	647	9,01	613	8,41
Administration publique	609	8,28	619	8,24
Enseignement	373	4,09	887	10,59
Santé humaine, action sociale	496	5,97	1 939	24,57
Arts et spectacles	148	2,18	138	1,94
Autres activités de services	100	1,51	487	7,91
Activités extraterritoriales	2	0,02	1	0,00
Refus	3	0,02	4	0,04

et spectacles ou dans l'hébergement et la restauration présentaient les prévalences d'EDC au cours des 12 derniers mois les plus élevées (figure 3).

Le tableau 3 présente les résultats des analyses de régression logistique des associations entre les facteurs professionnels au cours des 12 derniers mois et les EDC ajustés sur les variables socio-professionnelles.

Concernant les facteurs psychosociaux au travail, le risque d'avoir eu un EDC au cours des 12 derniers

mois était plus élevé chez les hommes et les femmes actifs occupés ayant, au cours de l'année écoulée, eu peur de perdre leur emploi (respectivement OR=4,0 [3,1-5,1] et OR=2,2 [1,8-2,7]), ayant été victime de menaces verbales, d'humiliations ou d'intimidation (hommes : OR=3,7 [2,8-4,9] / femmes : OR=3,0 [2,4-3,7]) et ayant été frappé ou blessé physiquement (hommes : OR=2,5 [1,1-5,8] / femmes : OR=3,4 [1,9-6,3]).

Pour les événements professionnels indésirables, le risque d'avoir eu un EDC au cours des 12 derniers

Tableau 2

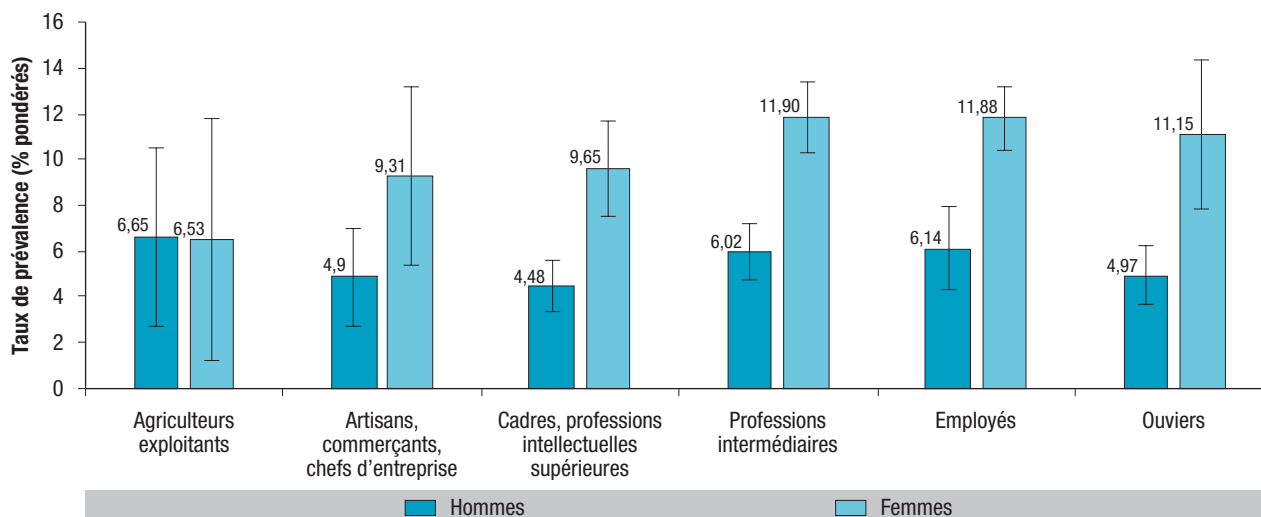
Prévalence des épisodes dépressifs caractérisés au cours des 12 derniers mois selon le sexe. Baromètre santé 2017, France

	Hommes			Femmes		
	n	% pondéré	IC95%	n	% pondéré	IC95%
	389	5,33	[4,69-5,97]	857	11,38	[10,51-12,26]
Âge en classe		***				
18-24 ans	23	4,04	[2,16-5,99]	45	12,24	[8,38-16,10]
25-34 ans	97	6,52	[4,96-8,08]	180	11,79	[9,79-13,78]
35-44 ans	117	6,34	[5,00-7,67]	233	11,98	[10,26-13,70]
45-54 ans	103	4,85	[3,65-5,98]	257	11,44	[9,78-13,09]
55-75 ans	49	3,38	[2,23-4,52]	142	9,56	[7,78-11,33]
Statut d'emploi						
À son compte	59	5,60	[3,88-7,31]	74	9,23	[6,76-11,71]
Salarié	329	5,29	[4,59-5,98]	783	11,62	[10,69-12,55]
Revenus		*			**	
<1 500 euros/mois	60	6,92	[4,85-8,98]	166	14,3	[11,77-16,82]
≥1 500 euros/mois	327	5,18	[4,50-5,86]	689	10,99	[10,05-11,93]

* p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001. Résultats obtenus à partir du Chi2 de Pearson dans la colonne % pondéré.
IC95% : Intervalle de confiance à 95%.

Figure 2

Taux de prévalence des épisodes dépressifs caractérisés au cours des 12 derniers mois selon la catégorie socioprofessionnelle et le sexe. Baromètre santé 2017, France



mois était plus élevé parmi les personnes ayant, au cours de l'année écoulée, été licenciées (respectivement hommes : OR=1,8 [1,0-3,3] / femmes : OR=1,9 [1,2-2,8]) ou ayant connu une période de chômage de plus de six mois (hommes : OR=2,0 [1,3-3,0] / femmes : OR=1,3 [1,0-1,9]).

Discussion

Ce travail a permis d'estimer qu'environ 8% de la population active occupée en France en 2017 avait eu un EDC au cours des 12 derniers mois, avec une différence selon le sexe. En effet, les femmes avaient présenté un EDC deux fois plus souvent que les hommes (11% vs 5%). Ce constat est également retrouvé en population générale en France¹² comme à l'international^{13,14}. Les principales hypothèses avancées sont le fait que les hommes

seraient moins enclins à rapporter un problème de santé mentale que les femmes, ou encore que les rôles sociaux seraient différents selon le sexe¹³.

La prévalence d'EDC était également différente selon l'âge, en particulier chez les hommes. En effet, les hommes âgés de 25 à 44 ans, présentaient plus souvent un EDC au cours des 12 derniers mois que leurs aînés. Ce résultat pourrait être partiellement expliqué par l'effet du travailleur sain, qui se traduit par le fait que les personnes plus âgées sont plus souvent écartées du marché du travail notamment pour incapacité, invalidité ou longue maladie¹⁵.

La prévalence d'EDC était plus élevée chez les hommes et les femmes ayant des revenus plus faibles. Ces résultats sont cohérents avec ceux de

Figure 3

Taux de prévalence des épisodes dépressifs caractérisés au cours des 12 derniers mois selon le secteur d'activité et le sexe. Baromètre santé 2017, France

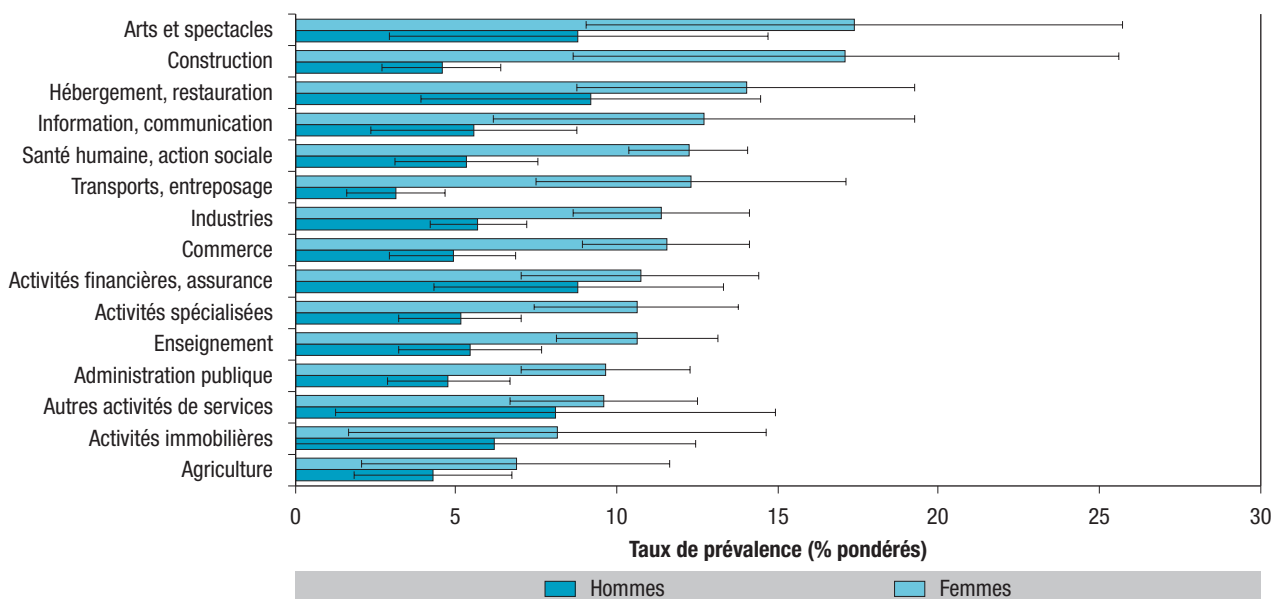


Tableau 3

Facteurs professionnels associés aux épisodes dépressifs caractérisés (EDC) au cours des 12 derniers mois par sexe. Baromètre santé 2017, France

Facteurs professionnels au cours des 12 derniers mois	Hommes			Femmes		
	n (EDC)	OR ajusté ¹	IC95%	n (EDC)	OR ajusté ¹	IC95%
Facteurs psychosociaux au travail						
Victime de menaces verbales, d'humiliations ou d'intimidation	78	3,73	[2,82-4,94]	154	3,00	[2,44-3,69]
Avoir été frappé(e) ou blessé(e) physiquement	7	2,52	[1,10-5,78]	16	3,44	[1,87-6,30]
Avoir eu peur de perdre son emploi	117	4,03	[3,15-5,14]	178	2,22	[1,83-2,69]
Évènements professionnels indésirables						
Avoir été licencié	13	1,83	[1,01-3,32]	30	1,87	[1,23-2,83]
Avoir connu une longue période de chômage (plus de 6 mois)	33	2,02	[1,34-3,06]	49	1,35	[0,97-1,88]

¹ Odd ratio ajusté sur l'âge, la PCS, le secteur d'activité, le statut d'emploi et les revenus. Chaque facteur professionnel était introduit séparément. IC95% : Intervalle de confiance à 95%.

l'enquête décennale santé en 2002 et 2003, qui avait également montré des prévalences de troubles dépressifs plus importantes chez les personnes ayant les revenus annuels les plus faibles¹⁶. Le programme Samotrace, étude de surveillance de la santé mentale au travail en régions Centre, Pays de la Loire et Poitou-Charentes, menée entre 2006 et 2008, notait par ailleurs que les femmes dont les revenus du ménage étaient les plus faibles présentaient une souffrance psychique plus élevée¹⁷.

En outre, les résultats de cette étude suggèrent l'existence de différences selon la catégorie socioprofessionnelle bien qu'elles ne soient pas statistiquement significatives. Les professions intermédiaires et les employés étaient les catégories les plus touchées, chez les hommes comme chez les femmes. L'étude Samotrace avait mis

en évidence une souffrance psychique plus élevée au sein des professions intermédiaires. Cette différence n'était pas non plus significative¹⁷. De plus, contrairement aux autres catégories socioprofessionnelles, il n'y avait pas de différence de prévalence d'EDC entre les hommes et les femmes chez les agriculteurs. Dans cette étude, la prévalence d'EDC chez les hommes agriculteurs exploitants se rapprochait de la prévalence d'EDC chez les hommes actifs occupés. Dans la littérature scientifique, les hommes agriculteurs sont pourtant moins enclins à rapporter une souffrance psychique^{18,19}. Chez les femmes agricultrices exploitantes, les résultats ont révélé qu'elles présentaient moins d'EDC que l'ensemble des autres femmes actives occupées. Toutefois, ce résultat est à interpréter avec prudence en raison du faible effectif d'agricultrices exploitantes dans cette étude.

L'étude a montré des différences statistiquement significatives dans la prévalence des EDC selon le secteur d'activité. Les hommes et les femmes travaillant dans les secteurs des arts et spectacles et de l'hébergement et la restauration présentaient plus souvent un EDC au cours des 12 derniers mois. Chez les femmes, le secteur de la construction présentait une prévalence élevée. Ce résultat n'a pas été retrouvé chez les hommes. Cela pourrait être expliqué par la différence de métiers selon le sexe dans ce secteur, les emplois occupés par les femmes étant davantage des métiers du tertiaire. Cette hypothèse peut être suggérée dans d'autres secteurs d'activité comme celui du transport et entreposage. Par ailleurs, les hommes travaillant dans le secteur des activités financières et d'assurance présentaient une des prévalences d'EDC au cours des 12 derniers mois les plus élevées. En France, les prévalences de symptomatologie dépressive obtenues à partir des données de l'enquête décennale santé étaient également différentes selon le secteur d'activité, mais les résultats différaient de ceux produits à partir du Baromètre santé, hormis pour l'hébergement et la restauration chez les hommes. Ainsi, la prévalence de la symptomatologie dépressive était particulièrement élevée, chez les hommes, dans les secteurs de l'agriculture, de l'hébergement et la restauration, des services collectifs et du commerce, ainsi que, chez les femmes, dans les secteurs des activités financières et des services⁶. Par ailleurs, le programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP) basé sur un réseau de médecins du travail volontaires a montré, en 2012, que la probabilité de signalement d'une souffrance psychique liée au travail était plus élevée pour les hommes travaillant dans le secteur financier et les femmes travaillant dans le secteur de l'hébergement et de la restauration par rapport à ceux et celles travaillant dans le secteur de l'industrie⁸.

Par ailleurs, les résultats de cette étude ont permis de mettre en évidence que certaines expositions professionnelles psychosociales étaient associées à un risque plus élevé d'EDC au cours des 12 derniers mois. Chez les hommes comme chez les femmes, le fait d'avoir été victime de menaces verbales ou d'avoir été blessé physiquement était associé à un risque plus élevé de présenter un EDC. De nombreux travaux ont montré que l'exposition à de tels événements peut engendrer des pathologies dont la dépression^{5,17,20}. Le fait d'avoir déclaré avoir peur de perdre son emploi était également associé au fait d'avoir eu un EDC dans la même année. L'enquête SIP (Santé et itinéraire professionnel) menée en 2006 et en 2010 montrait notamment une association entre insécurité de l'emploi et épisodes dépressifs majeurs^{21,22}.

Cette étude montrait également que le fait d'avoir été licencié ou d'avoir connu une période de chômage de plus de six mois au cours des 12 derniers mois était associé à un risque plus élevé d'EDC. Ce résultat est corroboré par plusieurs études qui ont montré l'effet délétère du licenciement et du chômage sur la santé mentale^{23,24}. Notons que le caractère transversal de cette étude ne permet pas d'établir

de lien causal entre ces facteurs professionnels et la survenue d'un EDC.

Cette étude présente aussi d'autres limites. L'utilisation du CIDI-SF pour définir la présence d'un EDC est basée sur la déclaration des personnes interrogées, pouvant engendrer des biais de classement. L'information recueillie par questionnaire peut être différente de la situation réelle de la personne interrogée. De plus, si ce questionnaire montre de bonnes qualités métriques, ce n'est pas un outil de diagnostic mais un outil de dépistage²⁵. Il est aussi possible que le recueil téléphonique sur des thématiques sensibles puisse conduire à un biais de déclaration. Cependant, la littérature montre que le recueil de données sur la santé mentale par téléphone semble être peu lié à un biais de déclaration par rapport aux enquêtes en face à face^{26,27}. Il est également important de rappeler que cette étude ne permet pas d'imputer au travail les différences de prévalences d'EDC estimées entre secteurs d'activité. Les prévalences d'EDC élevées dans certains secteurs peuvent résulter d'une exposition à des facteurs professionnels délétères mais aussi à un recrutement initial de personnes plus vulnérables. Enfin, le questionnaire du Baromètre santé 2017, qui n'est pas uniquement destiné à une population de travailleurs actifs, ne comportait pas certaines informations professionnelles, telles que la durée d'emploi ou le type de contrat, qui auraient été utiles dans le cadre de cette analyse.

Par ailleurs, l'étude a plusieurs forces : d'abord l'effectif important de la population d'étude qui permet de faire des analyses par sexe avec une puissance statistique satisfaisante, ensuite la possibilité d'extrapoler les résultats à la population active française par redressement. De plus, les questions permettant de définir un EDC et certains facteurs professionnels portaient sur les 12 derniers mois, permettant de réduire le décalage temporel entre l'exposition à ces facteurs et la survenue d'un EDC.

Conclusion

Cette étude a permis d'estimer la prévalence de l'EDC dans la population active occupée en France et de mettre en évidence des différences selon l'emploi. Ce travail souligne également l'existence d'associations entre l'exposition à certains facteurs professionnels délétères et le fait d'avoir eu un EDC au cours des 12 derniers mois. La dépression a de graves conséquences sur la qualité de vie des personnes et sur leurs emplois. Il apparaît donc primordial de limiter la survenue de ce trouble. Le milieu du travail étant un environnement favorable pour développer des actions de promotion et de prévention en santé mentale, les résultats de cette étude devraient permettre d'orienter les actions de prévention ciblées au sein des actifs en France. ■

Références

[1] Organisation mondiale de la santé. Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020. Genève: OMS; 2013. 52 p. http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/fr/

- [2] Organisation de coopération et de développement économiques. Mal-être au travail ? Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi. Paris: OCDE; 2012.
- [3] Kessler RC. The costs of depression. *Psychiatr Clin North Am.* 2012;35(1):1-14.
- [4] Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health – A meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health.* 2006;32(6):443-62.
- [5] Bonde JP. Psychosocial factors at work and risk of depression: A systematic review of the epidemiological evidence. *Occup Environ Med.* 2008;65(7):438-45.
- [6] Cohidon C, Santin G. Santé mentale et activité professionnelle dans l'enquête décennale Santé 2003 de l'Insee. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2007. 75 p. http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/INV3850
- [7] L'Assurance Maladie. Les affections psychiques liées au travail : éclairage sur la prise en charge actuelle par l'Assurance Maladie – Risques professionnels. 2018. 20 p. https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/enjeux-actions_affections-psychiques-2018_assurance-maladie.pdf
- [8] Khireddine-Medouni I, Lemaître A, Homère J, Plaine J, Garras L, Riol M-C, et al. Augmentation des taux de prévalence de la souffrance psychique en lien avec le travail chez les salariés actifs en France entre 2007 et 2012, à partir du programme MCP. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement.* 2016;77(3):438.
- [9] Agence nationale de sécurité sanitaire – alimentation, environnement, travail. Réseau national de vigilance et prévention des pathologies professionnelles (RNV3P). Rapport d'activité 2010-2011. Maisons-Alfort: Anses; 2012. 111 p. <https://www.anses.fr/fr/system/files/RNV3P-Ra-October2012.pdf>
- [10] Patten SB. Performance of the Composite International Diagnostic Interview Short Form for major depression in community and clinical samples. *Chronic Dis Can.* 1997;18(3):109-12.
- [11] Meyer E, Rivière P. Sicore, un outil et une méthode pour le chiffrage automatique à l'Insee. Document de travail Insee, Paris: Insee. 1997.
- [12] Sapinho D, Chan Chee C, Beck F. Prévalence de l'épisode dépressif majeur et co-morbidités. La dépression en France. Enquête Anadep 2005. Saint-Denis: Institut national de prévention et d'éducation pour la Santé (Inpes); 2009. p. 35-57. http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/INV1010
- [13] Kessler RC. Epidemiology of women and depression. *J Affect Disord.* 2003;74(1):5-13.
- [14] Stewart DE, Gucciardi E, Grace SL. Depression. *BMC Women's health.* 2004;4 Suppl 1:S19.
- [15] Goldberg M, Luce D. Les effets de sélection dans les cohortes épidémiologiques. Nature, causes et conséquences. *Rev Epidémiol Santé Publique.* 2001;49(5):477-92.
- [16] Cohidon C, Santin G, Imbernon E, Goldberg M. Working conditions and depressive symptoms in the 2003 decennial health survey: The role of the occupational category. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010;45(12):1135-47.
- [17] Cohidon C, Rabet G, Murcia M, Khireddine-Medouni I, Imbernon E. Surveillance de la santé mentale au travail. Le programme Samotrace. Volet en entreprises. Régions Centre, Pays de la Loire et Poitou-Charentes, 2006-2008. Saint-Maurice: Santé publique France; 2016. 134 p. http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/INV13333
- [18] Alston M. Rural male suicide in Australia. *Soc Sci Med.* 2012;74(4):515-22.
- [19] Judd F, Jackson H, Fraser C, Murray G, Robins G, Komiti A. Understanding suicide in Australian farmers. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2006;41(1):1-10.
- [20] Theorell T, Hammarström A, Aronsson G, Träskman Bendz L, Grape T, Hogstedt C, et al. A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms. *BMC Public Health.* 2015;15:738.
- [21] Murcia M, Chastang JF, Niedhammer I. Psychosocial work factors, major depressive and generalised anxiety disorders: Results from the French national SIP study. *J Affect Disord.* 2013;146(3):319-27.
- [22] Niedhammer I, Malard L, Chastang JF. Occupational factors and subsequent major depressive and generalised anxiety disorders in the prospective French national SIP study. *BMC Public Health.* 2015;15:200.
- [23] Paul KI, Moser K. Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *J Vocational Behavior.* 2009;74(3):264-82.
- [24] Mette C. Chômage et santé mentale, des liens ambivalents. *Dares Analyses.* 2015;(67):6 p. <http://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/etudes-et-syntheses/dares-analyses-daes-indicateurs-daes-resultats/article/chomage-et-sante-mentale-des-liens-ambivalents>
- [25] Newman SC, Shrout PE, Bland RC. The efficiency of two-phase designs in prevalence surveys of mental disorders. *Psychol Med.* 1990;20(1):183-93.
- [26] Fenig S, Levav I, Kohn R, Yelin N. Telephone vs face-to-face interviewing in a community psychiatric survey. *Am J Public Health.* 1993;83(6):896-8.
- [27] Crippa JAS, de Lima Osório F, Del-Ben CM, Filho AS, da Silva Freitas MC, Loureiro SR. Comparability between telephone and face-to-face structured clinical interview for DSM-IV in assessing social anxiety disorder. *Perspect Psychiatr Care.* 2008;44(4):241-7.

Citer cet article

Gigonzac V & Delézire P, Khireddine-Medouni I, Chérié-Challine L. La dépression dans la population active occupée en France en 2017. *Baromètre santé 2017. Bull Epidémiol Hebd.* 2018;(32-33):645-52. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/32-33/2018_32-33_2.html

PRISE EN CHARGE DES PATIENTS AVEC TROUBLES ANXIEUX ENTRE 2010 ET 2014 DANS LES ÉTABLISSEMENTS AYANT UNE AUTORISATION EN PSYCHIATRIE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE : ANALYSE DES DONNÉES DU RIM-P

// HOSPITALIZATION AND AMBULATORY CARE OF PATIENTS WITH ANXIETY DISORDERS IN PUBLIC PSYCHIATRIC SETTINGS IN METROPOLITAN FRANCE FROM 2010 TO 2014: ANALYSIS OF MEDICAL ADMINISTRATIVE DATA FROM THE RIM-P DATABASE

Christine Chan Chee (christine.chan-chee@santepubliquefrance.fr), Lynda Badjadj

Santé publique France, Saint-Maurice, France

Soumis le 04.06.2018 // Date of submission: 06.04.2018

Résumé // Abstract

Introduction – Les troubles anxieux regroupent un ensemble de pathologies anxiphobiques et de pathologies de l'adaptation à un facteur de stress. L'objectif est de décrire les patients atteints de ces troubles et pris en charge dans un établissement de santé ayant une autorisation d'activité en psychiatrie en France métropolitaine.

Méthodes – Ont été incluses dans l'analyse toutes les personnes, hospitalisées ou prises en charge en ambulatoire dans des établissements ayant une autorisation en psychiatrie, pour lesquelles au moins un trouble anxieux (codes CIM-10 F40 à F48) a été noté en diagnostic principal ou associé. Les données de 2010 à 2014 ont été extraites de la base nationale de recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (RIM-P).

Résultats – Entre 2010 et 2014, 1 351 649 patients ont été pris en charge pour troubles anxieux. Dans environ 9 cas sur 10, le diagnostic de troubles anxieux était noté en diagnostic principal. Au cours de ces cinq années, une augmentation annuelle de 3,6% du taux de prise en charge pour troubles anxieux a été observée chez les femmes ($p < 0,001$) et de 3,7% chez les hommes ($p < 0,001$). Les augmentations de ces taux concernaient les réactions à un facteur de stress important et troubles de l'adaptation (F43) ainsi que les troubles anxieux autres que phobiques (F41), tandis que les troubles phobiques (F40), troubles obsessionnels compulsifs (TOC, F42) et troubles somatoformes (F45) étaient stables dans le temps. En 2014, le taux de prise en charge était de 670,3 pour 100 000 personnes (780,0 chez les femmes et 553,5 chez les hommes). Plus de la moitié des patients pris en charge pour troubles anxieux présentaient des réactions à un facteur de stress important et troubles de l'adaptation (F43). Quelle que soit la pathologie anxieuse étudiée, à l'exception des TOC qui concernaient autant les deux sexes, les femmes étaient plus souvent prises en charge que les hommes, avec un pic chez les jeunes filles de 15-19 ans. Chez les hommes comme chez les femmes, des taux de prise en charge pour troubles anxieux supérieurs de 20% au taux national ont été observés dans les régions du nord de la France (Bretagne, Normandie, Hauts-de-France et Grand Est).

Conclusion – Face à une augmentation de recours aux soins pour certains troubles anxieux au cours de ces dernières années, une surveillance épidémiologique devrait être mise en place à l'aide d'enquêtes et d'analyses des bases de recours aux soins. Le repérage dès l'enfance ou l'adolescence serait nécessaire afin d'instaurer une prise en charge précoce et éviter la chronicisation des troubles, le développement des comorbidités et les conduites suicidaires.

Introduction – Anxiety disorders are a group of disorders including phobia, panic attacks, obsessive and adjustment disorders. The aim of this study is to describe patients with such anxiety disorders in psychiatric facilities in metropolitan France.

Methods – All patients hospitalized or managed in ambulatory care in psychiatric public settings between 2010 and 2014 with at least one principal or secondary diagnosis for anxiety disorders (ICD-10 codes F40 to F48) were included through an analysis of the French national hospital database in psychiatry (RIM-P).

Results – Between 2010 and 2014, 1,351,649 patients were hospitalized or in ambulatory psychiatric care for anxiety disorders. The diagnosis of anxiety disorder was reported as the main diagnosis in about 90% of the patients. There was a significant annual increase of 3.6% in the rates for females ($p < .001$) and 3.7% in the rates for males ($p < .001$) between 2010 and 2014. This increase was due to an increase in reactions to severe stress, and adjustment disorders (F43) and in other non-phobic anxiety disorders (F41) while phobic anxiety disorders (F40), obsessive-compulsive disorders (OCD, F42) and somatoform disorders (F45) showed stable rates. In 2014, the standardized rate of psychiatric care for anxiety disorders was 670.3 per 100,000 inhabitants (780.0 in women and 553.5 in men). More than 50% of the patients hospitalized or in ambulatory psychiatric care for anxiety disorders had a diagnosis of reactions to severe stress and adjustment disorders (F43). All anxiety disorders except OCD showed higher rates in females than in males with the highest rates observed

in 15 to 19 year-old females. For both males and females, standardized rates of psychiatric healthcare for anxiety disorders 20% higher than the national rate were found in the northern regions of France: Brittany, Normandy, Hauts-de-France and Grand-Est.

Conclusion – The increase in psychiatric care for anxiety disorders in the past years should encourage the implementation of their epidemiological surveillance through epidemiological studies and analyses of medical administrative databases. Prevention strategies should also be carried out including early detection and management of these disorders to prevent risk of chronicity, development of comorbidities and suicidal conducts.

Mots-clés : Troubles anxieux, Hospitalisation, Prise en charge ambulatoire
// Keywords: Anxiety disorders, Hospitalization, Ambulatory care

Introduction

Les troubles anxieux recouvrent un ensemble de syndromes anxiophobiques, obsessionnels et adaptatifs qui en font des troubles psychiatriques fréquemment rencontrés en population générale et en médecine générale¹. Des états de stress ou d'anxiété peuvent émerger à certaines périodes de la vie mais ces symptômes ne constituent un diagnostic de trouble anxieux que s'ils persistent pendant au moins six mois et entravent le bon fonctionnement de la vie quotidienne². Les personnes atteintes présentent une anxiété intense, prolongée et excessive par rapport à la menace réelle. Les troubles anxieux sont plus fréquemment rencontrés chez les femmes que chez les hommes et les symptômes apparaissent généralement dans l'enfance et l'adolescence (pour les phobies et troubles obsessionnels) ou au début de l'âge adulte (pour l'anxiété généralisée)². Il existe très souvent une comorbidité entre les différentes entités de troubles anxieux, ainsi qu'entre ces derniers et la dépression, la consommation abusive d'alcool ou les affections physiques, notamment cardiovasculaires et asthmatiques². De plus, leur lien avec un risque suicidaire élevé est bien établi^{3,4}.

Les recherches épidémiologiques ont porté essentiellement sur certaines entités de ces troubles : troubles paniques, phobiques, anxiété généralisée (TAG), obsessionnel compulsif (TOC) et état de stress post-traumatique (ESPT), alors que, dans la 10^e révision de la classification internationale des maladies de l'OMS (CIM-10), l'ensemble des troubles anxieux regroupés sous le libellé « troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes » comprenait aussi d'autres pathologies, dont des réactions au stress autres que l'ESPT et des troubles somatoformes⁵. En France métropolitaine, deux enquêtes épidémiologiques nationales ont estimé la prévalence de certains troubles anxieux en population générale adulte. Selon les questionnaires utilisés et la méthodologie d'enquête, la prévalence déclarée allait du simple au double. Dans l'étude ESEMeD (*European Study on Epidemiology of Mental Disorders*) conduite entre 2001 et 2003, la prévalence déclarée des troubles anxieux au cours des douze derniers mois avait été estimée en France à 9,8%, répartis en TAG (2,1%), trouble panique (1,2%), ESPT (2,2%), agoraphobie (0,6%), phobie sociale (1,7%) et phobie spécifique (4,7%)⁶, tandis que l'enquête Santé mentale en population générale (SMPG) menée entre 1999 et 2003 retrouvait

une prévalence de 21,6% au cours des six derniers mois : TAG (12,8%), trouble panique (4,2%), ESPT (0,7%), agoraphobie (2,1%) et phobie sociale (4,3%)⁷.

Au-delà de l'analyse des prévalences, dans la mesure où les pathologies anxieuses entraînent des difficultés de fonctionnement dans la vie personnelle, sociale, professionnelle et nécessitent souvent un recours aux soins, il semble important d'étudier les caractéristiques des patients pris en charge pour ces troubles. L'objectif de la présente étude est de compléter les données déclaratives sur les troubles anxieux par des données issues de bases médico-administratives sur leur prise en charge dans des établissements de santé. Ainsi, dans le cadre de la surveillance des troubles psychiatriques, nous avons décrit les patients hospitalisés, ou pris en charge en consultation ambulatoire non libérale, pour troubles anxieux au cours des années 2010 à 2014 dans des établissements de santé ayant une activité autorisée en psychiatrie en France métropolitaine.

Matériel et méthode

Le Recueil d'informations médicalisé pour la psychiatrie (RIM-P) enregistre depuis 2007 toutes les activités des établissements de santé ayant une autorisation en psychiatrie, dénommés ci-après établissements psychiatriques. Depuis 2010, l'exhaustivité du RIM-P est suffisante pour en analyser les données⁸. Sont renseignés dans le RIM-P les hospitalisations à temps plein ou à temps partiel en établissement psychiatrique privé ou public ainsi que les soins ambulatoires en établissement public⁹. Les soins psychiatriques ambulatoires dans le secteur libéral n'y sont donc pas inclus.

Dans le RIM-P, les pathologies sont distinguées en diagnostic principal ou diagnostics associés codés selon la CIM-10⁵. Regroupées dans le chapitre V « Troubles mentaux et du comportement » sous les codes F40 à F48, les différentes entités composant ce chapitre sont :

- les troubles anxieux phobiques (F40) ;
- les autres troubles anxieux (F41) regroupant les troubles paniques (F41.0), TAG (F41.1), troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2), autres troubles anxieux mixtes (F41.3) et troubles anxieux non spécifiés (F41.8 et F41.9) ;
- le TOC (F42) ;

- la réaction à un facteur de stress important et troubles de l'adaptation (F43), qui distinguent la réaction aiguë à un facteur de stress (F43.0), l'ESPT (F43.1), les troubles de l'adaptation (F43.2) et les autres réactions à un facteur de stress sévère (F43.8 et F43.9) ;
- les troubles dissociatifs (F44) ;
- les troubles somatoformes (F45) ;
- les autres troubles névrotiques (F48).

Toutes les personnes domiciliées en France métropolitaine hospitalisées ou prises en charge en ambulatoire dans des établissements psychiatriques de France métropolitaine entre le 1^{er} janvier 2010 et le 31 décembre 2014 avec des troubles anxieux en diagnostic principal (DP) ou diagnostic associé (DA) ont été incluses dans l'analyse. Notre objectif étant de rendre compte des caractéristiques de l'ensemble des patients pris en charge pour troubles anxieux, nous avons fait le choix d'inclure les patients dont les troubles étaient notés en DP ou DA. De fait, les DA étaient rarement renseignés. Pour la grande majorité des patients (entre 88% et 93% selon les années), le diagnostic de troubles anxieux était noté en DP.

Une procédure de chaînage permet de relier les différentes hospitalisations à un même patient grâce à un numéro d'identification unique. Ce chaînage s'est amélioré avec le temps passant de 95% des hospitalisations correctement reliées en 2010 à 98% en 2014. Par ailleurs, les hospitalisations et les prises en charge ambulatoires d'un même patient peuvent aussi être reliées au sein d'une même entité juridique. Après exclusion des séjours en hospitalisation complète ou partielle, dont l'identifiant patient n'est pas valide, les données de 1 351 649 patients atteints de troubles anxieux durant les cinq années d'étude ont été analysées.

Dans un premier temps, nous avons quantifié le nombre annuel de patients souffrant de troubles anxieux pris en charge en établissement de santé et calculé les taux standardisés annuels correspondants par la méthode de standardisation directe, en prenant la structure par âge de la population européenne de l'année 2010 comme référence¹⁰. L'ensemble des taux présentés sont des taux standardisés. L'évolution des taux annuels a été calculée par un modèle de régression négative binomiale ajusté sur l'âge et le sexe¹¹.

Dans un deuxième temps, nous avons analysé de façon plus détaillée les caractéristiques des patients pris en charge en 2014 selon le sexe, l'âge et la région de résidence.

Résultats

Évolution entre 2010 à 2014

Le nombre de patients pris en charge annuellement pour troubles anxieux est passé de 353 000 en 2010 à 427 000 en 2014 (ces troubles étaient notés en DP

pour 310 000 patients en 2010 et 375 000 en 2014). Dans la suite de l'article, les résultats sont donnés pour les troubles anxieux notés en DP ou DA. Les femmes représentaient chaque année 60% de l'ensemble des patients pris en charge pour troubles anxieux, soit 209 000 en 2010 et 253 500 en 2014.

La figure 1 montre les taux standardisés des patients pris en charge pour troubles anxieux selon le sexe. Chez les femmes, ce taux est passé de 651 pour 100 000 en 2010 à 780 pour 100 000 en 2014, soit une augmentation significative de 3,6% par an ($p < 0,001$). Chez les hommes, les taux allaient de 462 pour 100 000 en 2010 à 554 pour 100 000 en 2014, soit une augmentation annuelle significative de 3,7% ($p < 0,001$).

Selon les entités diagnostiques, les évolutions des taux annuels n'étaient pas les mêmes. L'augmentation la plus importante était observée pour les réactions à un facteur de stress et troubles de l'adaptation (F43), avec une augmentation annuelle de 5,9% chez les hommes ($p < 0,001$) et de 5,5% chez les femmes ($p < 0,001$). Les taux annuels des troubles anxieux autres que phobiques (F41) ont augmenté de 3,4% chez les hommes ($p < 0,001$) et de 4,0% chez les femmes ($p < 0,001$), tandis que ceux des troubles phobiques (F40), TOC (F42) et troubles somatoformes (F45) sont restés stables dans le temps. Les taux des troubles dissociatifs de conversion (F44) étaient stables chez les hommes mais ont diminué de 5,6% par an chez les femmes ($p < 0,001$), et les taux des autres troubles névrotiques (F48) ont diminué de 3,6% par an chez les hommes ($p < 0,001$) et de 3,0% par an chez les femmes ($p < 0,001$).

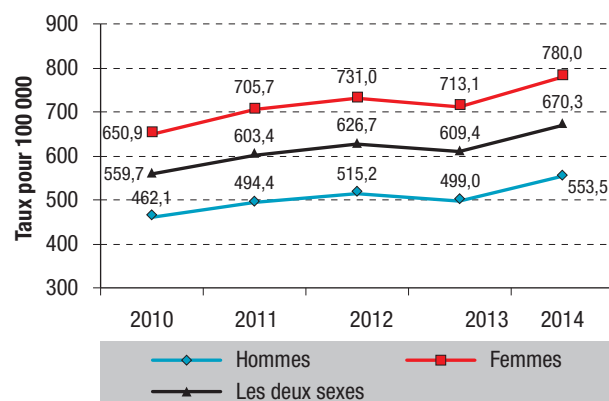
Caractéristiques des patients en 2014

Répartition des troubles et de leur prise en charge

La répartition des différents troubles est présentée dans le tableau. Parmi l'ensemble des patients pris en charge pour troubles anxieux, la moitié présentaient des réactions à un facteur de stress important

Figure 1

Taux de patients pris en charge pour l'ensemble des troubles anxieux dans les établissements ayant une activité autorisée en psychiatrie en France métropolitaine entre 2010 et 2014, selon le sexe



Source : RIM-P. Analyses Santé publique France. Taux standardisés sur l'âge par la méthode de standardisation directe. Population de référence : Europe 2010.

Répartition des troubles anxieux pris en charge en 2014 dans les établissements ayant une activité autorisée en psychiatrie en France métropolitaine et taux selon le sexe

	Nombre total	%	Taux pour 100 000 personnes	Taux pour 100 000 femmes	Taux pour 100 000 hommes	Ratio F/H
Tous troubles anxieux, névrotiques, liés à des facteurs de stress et somatoformes (F40-F48)	427 009	100,0	670,3	780,0	553,5	1,4
Troubles anxieux phobiques (F40)	20 309	4,8	31,6	36,0	27,1	1,3
Autres troubles anxieux (F41)	165 899	38,9	262,3	312,4	207,7	1,5
Trouble panique (F41.0)	13 849	3,2	22,0	26,5	17,3	1,5
Anxiété généralisée (F41.1)	29 815	7,0	47,4	54,9	39,0	1,4
Troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2)	53 235	12,5	85,0	108,8	59,2	1,8
Autres troubles anxieux mixtes (F41.3)	3 327	0,8	5,2	6,2	4,1	1,5
Troubles anxieux non spécifiés (F41.8 et F41.9)	56 943	13,3	89,0	101,3	75,5	1,3
Trouble obsessionnel compulsif (F42)	13 977	3,3	22,1	22,4	21,7	1,0
Réaction à un facteur de stress important et troubles de l'adaptation (F43)	214 425	50,2	335,7	381,9	287,6	1,3
Réaction aiguë à un facteur de stress (F43.0)	30 536	7,2	48,4	57,0	39,5	1,4
État de stress post-traumatique (F43.1)	19 252	4,5	30,5	33,8	27,1	1,2
Troubles de l'adaptation (F43.2)	138 464	32,4	215,8	243,7	186,5	1,3
Autres réactions à un facteur de stress (F43.8 et F43.9)	15 393	3,6	24,2	29,4	18,9	1,6
Troubles dissociatifs (F44)	3 797	0,9	6,0	9,0	2,8	3,2
Troubles somatoformes (F45)	11 696	2,7	18,4	23,5	12,8	1,8
Autres troubles névrotiques (F48)	15 970	3,7	24,6	31,0	17,8	1,7

Source : RIM-P. Analyses Santé publique France.

Taux standardisés sur âge par la méthode de standardisation directe. Population de référence : Europe 2010.

et troubles de l'adaptation (F43), en particulier un tiers des patients avaient des troubles de l'adaptation (F43.2) et 4,5% un diagnostic d'ESPT (F43.1). Les troubles anxieux autres que phobiques (F41) regroupaient 40% des patients dont 13% présentaient des troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2). Enfin, chacune des autres entités représentait moins de 5% des patients : troubles phobiques (F40) 4,8%, TOC (F42) 3,3%, troubles dissociatifs (F44) 0,9%, troubles somatoformes (F45) 2,7% et les autres troubles névrotiques (F48) 3,7%.

Les patients avec troubles anxieux était essentiellement pris en charge en ambulatoire. En 2014, le suivi ambulatoire exclusif concernait 80% des patients, 12% ont été hospitalisés et suivis en ambulatoire, tandis que seuls 8% ont été hospitalisés sans suivi ambulatoire. Avant l'âge de 15 ans, la prise en charge s'effectuait quasi exclusivement en ambulatoire (>95%). Cette répartition n'était pas différente selon les années ni selon le trouble pris en charge.

La comorbidité entre différentes entités de troubles anxieux était peu souvent codée (chez moins de 5% des patients). La comorbidité entre troubles anxieux et d'autres troubles psychiatriques a été approchée par leur prise en charge concomitante au cours d'une

même année. Parmi les patients pris en charge pour troubles anxieux, 14% (12,5% chez les hommes et 15,5% chez les femmes) l'ont aussi été pour troubles de l'humeur. De même, respectivement 3,4%, 1,8% et 2,6% des patients pris en charge pour troubles anxieux l'ont aussi été pour des troubles psychotiques, pour schizophrénie et pour des troubles mentaux ou du comportement liés à la consommation d'alcool.

Taux de prise en charge des troubles

En 2014, le taux de prise en charge pour l'ensemble des troubles anxieux était de 670,3 pour 100 000 personnes. Ce taux était 1,4 fois plus important chez les femmes que chez les hommes, respectivement 780,0 et 553,5 (tableau). Quelle que soit la pathologie étudiée (à l'exception des TOC), le taux de prise en charge des femmes était plus élevé que celui des hommes ; le ratio femmes/hommes allait de 1,0 pour les TOC à 3,2 pour les troubles dissociatifs de conversion. Parmi l'ensemble des troubles anxieux, le taux de prise en charge pour troubles réactionnels à des événements stressants (F43) était le plus important et concernait 335,7 personnes sur 100 000 répartis en 215,8 sur 100 000 pour des troubles de l'adaptation (F43.2), 48,4 sur 100 000 pour une réaction aiguë au stress (F43.0) et 30,5 sur 100 000 pour

l'ESPT (F43.1). Le taux de prise en charge des troubles phobiques (F40) était de 31,6 pour 100 000 personnes. Les troubles anxieux autres que phobiques (F41) concernaient 262,3 personnes sur 100 000, parmi lesquels les troubles mixtes anxiodépressifs représentaient 85,0 pour 100 000, les TAG 47,4 pour 100 000 et les troubles paniques 22,0 pour 100 000. Pour les TOC, le taux de prise en charge était de 22,1 pour 100 000.

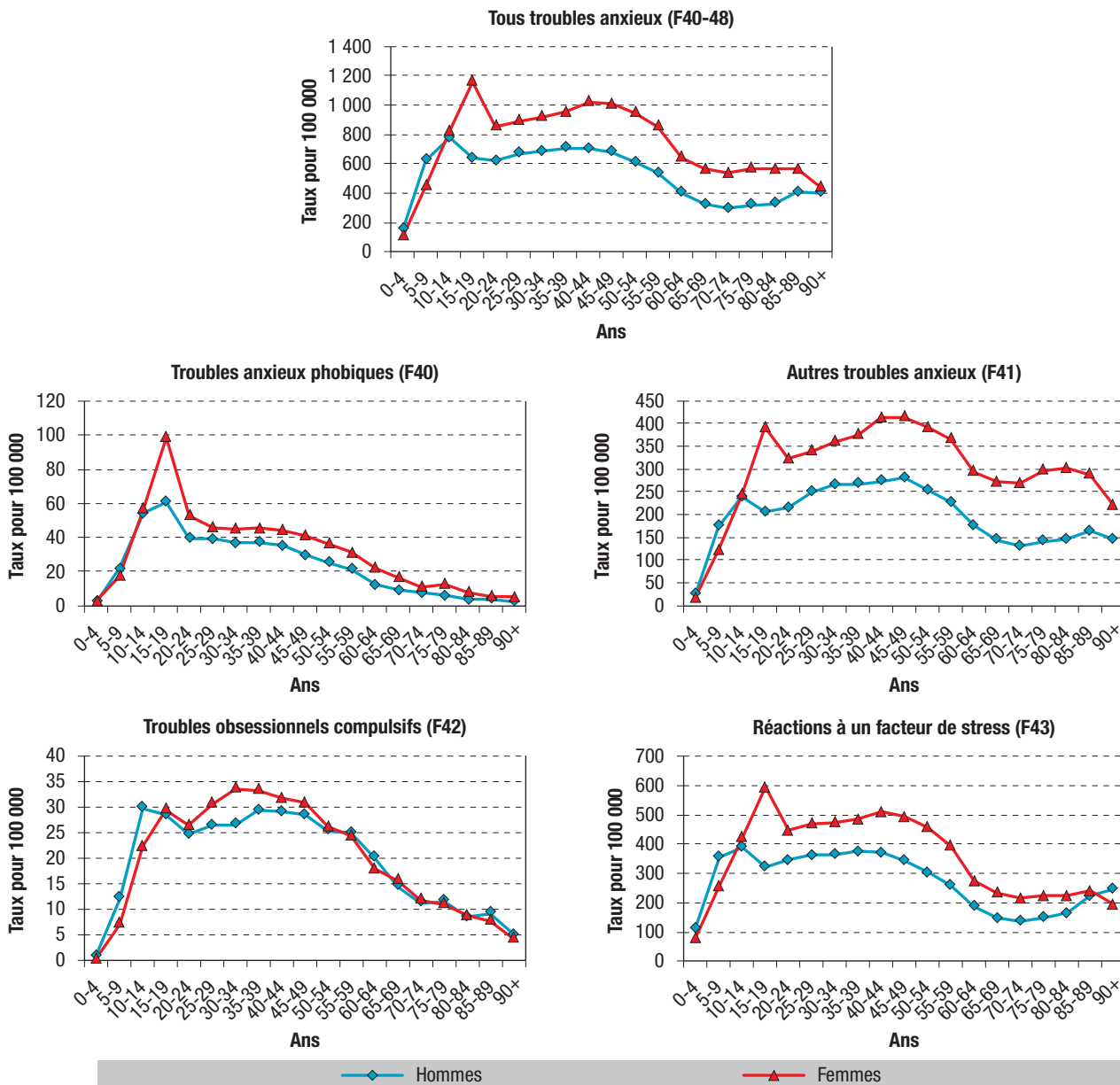
Répartition par sexe et âge

La figure 2 présente les taux de prise en charge des troubles anxieux et de leurs entités selon le sexe et l'âge. Quel que soit l'âge, la prise en charge des troubles anxieux concernait davantage les femmes que les hommes, à l'exception des TOC qui concernaient

autant les deux sexes. Quelle que soit l'entité étudiée, un pic du taux de prise en charge chez les jeunes filles de 15-19 ans a été observé. Pour l'ensemble des troubles anxieux, ce taux était de 1 159 pour 100 000, c'est-à-dire qu'en 2014 une jeune fille de 15-19 ans sur 100 a été prise en charge pour troubles anxieux dans un établissement psychiatrique. Ce taux affichait ensuite une légère diminution avec l'âge chez les jeunes adultes, puis sa relative stabilisation entre 30 et 54 ans (moyenne de 970 pour 100 000 chez les femmes et 700 pour 100 000 chez les hommes) et une décroissance jusqu'à 65 ans. Après 65 ans, les taux se sont stabilisés à une moyenne de 560 pour 100 000 chez les femmes et 300 pour 100 000 chez les hommes. Aux âges plus avancés, ces taux remontaient légèrement chez les hommes.

Figure 2

Taux de patients pris en charge pour les troubles anxieux et ses différentes entités en 2014 dans les établissements ayant une activité autorisée en psychiatrie en France métropolitaine, selon l'âge et le sexe



Source : RIM-P. Analyses Santé publique France.

Considérant les différentes entités, les taux de prise en charge pour troubles phobiques (F40) et TOC (F42) étaient relativement faibles et diminuaient avec l'avancée en âge. *A contrario*, les taux de prise en charge pour les autres troubles anxieux (F41) et pour des troubles réactionnels au stress et de l'adaptation (F43) sont restés à des niveaux élevés jusqu'à l'âge de 50-54 ans et, après une décroissance, ils sont remontés jusqu'aux âges les plus avancés, en particulier chez les hommes.

Répartition par sexe et région

En 2014, les taux standardisés de patients pris en charge pour troubles anxieux pour 100 000 variaient de 386 en Île-de-France à 803 en Grand Est chez les hommes, et de 529 en Île-de-France à 1 159 en Grand Est chez les femmes (figure 3). Les régions du nord de la France (Bretagne, Normandie, Hauts-de-France et Grand Est) avaient des taux supérieurs de 20% à la moyenne nationale chez les hommes comme chez les femmes. À l'opposé, nous retrouvons des taux inférieurs d'au moins 10% au taux national en Île-de-France, Corse, Auvergne-Rhône-Alpes et Centre-Val-de-Loire pour les deux sexes, et en Paca uniquement chez les femmes.

Discussion

À notre connaissance, il s'agit de la première étude nationale sur la prise en charge des troubles anxieux dans les établissements psychiatriques. Dans ce

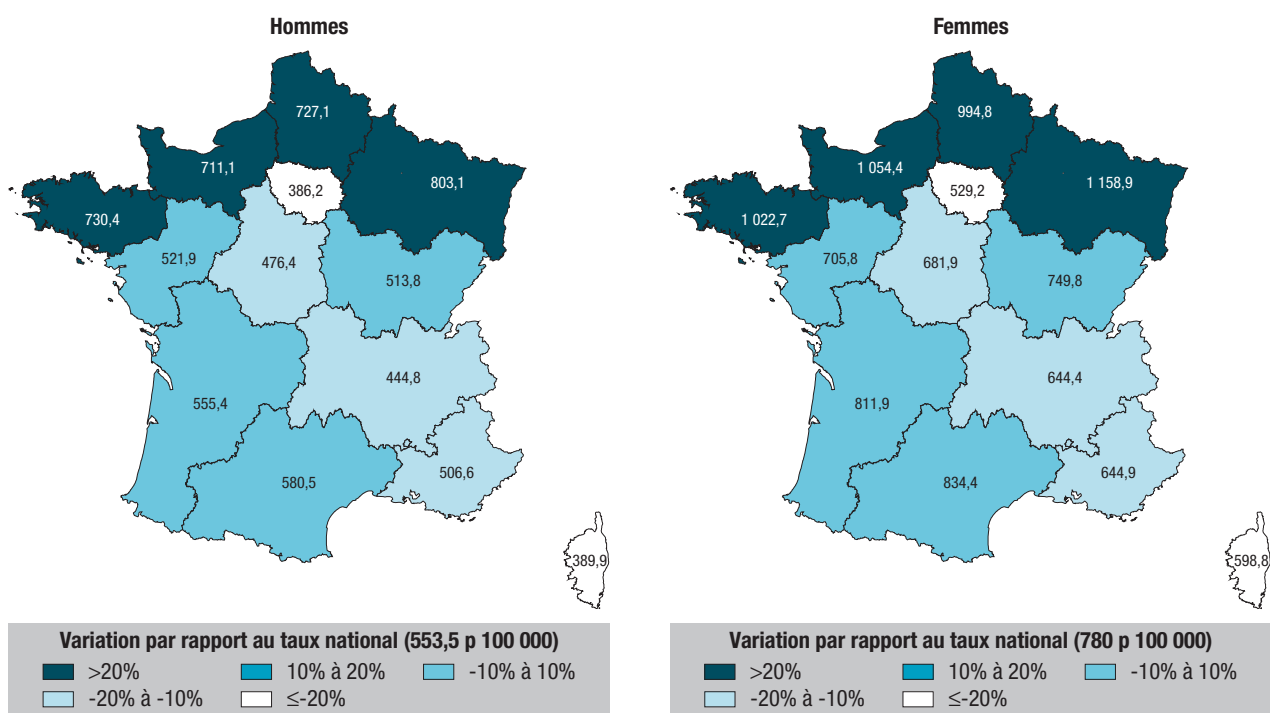
travail, nous avons fait le choix d'intégrer l'ensemble des patients dont le diagnostic de trouble anxieux était noté en DP ou DA car notre objectif était d'être le plus exhaustif possible sur le nombre de patients souffrant de ces troubles au moment de leur prise en charge en établissement psychiatrique : d'après le guide méthodologique pour la production du RIM-P, un DA correspond à une morbidité associée au DP, ayant contribué à alourdir la prise en charge⁽¹⁾. Chez la grande majorité des personnes prises en charge, le trouble anxieux était noté en DP. Entre 2010 et 2014, cette prise en charge a connu une augmentation de plus de 3% par an chez les hommes comme chez les femmes. Il ne semble pas que cette augmentation puisse être expliquée par l'amélioration de l'exhaustivité des données du RIM-P, car dans une étude antérieure utilisant la même méthodologie avec l'analyse en DP et DA, nous avons montré que la prise en charge des troubles dépressifs était stable dans ces établissements au cours de ces mêmes années⁹.

Par contre, nous ne pouvons exclure que cette augmentation soit partiellement due à une amélioration de la qualité du codage et de la caractérisation des troubles. Toutefois, cette augmentation ne concernait que les réactions au stress important et troubles de l'adaptation (F43) ainsi que les troubles anxieux non phobiques (F41).

⁽¹⁾ https://www.atih.sante.fr/psy/documentation?secteur=PSY#Guides_méthodologiques

Figure 3

Taux standardisés (pour 100 000) de patients pris en charge pour troubles anxieux en 2014 dans les établissements ayant une activité autorisée en psychiatrie en France métropolitaine, selon la région et le sexe



Source : RIM-P. Analyses Santé publique France.

Taux standardisés sur âge par la méthode de standardisation directe. Population de référence : Europe 2010.

En 2014, 427 000 patients ont été pris en charge pour troubles anxieux soit 670,3 pour 100 000 personnes. Ce taux était plus élevé que celui des troubles dépressifs (565 pour 100 000)⁹, ce qui montre que les troubles anxieux représentent des pathologies pour lesquelles les prises en charge en établissement psychiatrique sont très fréquentes bien qu'il ne soit pas possible d'extrapoler ces résultats à la prévalence de ces pathologies. Toutefois, celles prises en charge dans les établissements psychiatriques constituent vraisemblablement les catégories les plus graves et handicapantes dans la vie quotidienne.

Le degré de sévérité n'est pas documenté dans les bases médico-administratives et cette interprétation est basée sur les données déclaratives d'enquête. En effet, dans ESEMeD, seules 26% des personnes qui avaient un diagnostic de troubles anxieux selon le questionnaire diagnostique *Composite International Diagnosis Interview*¹² avaient eu recours à une prise en charge et parmi elles, seulement 22% par l'intermédiaire d'un psychiatre contre 57% par un médecin généraliste¹³. Dans cette même enquête, les personnes ayant déclaré avoir recours à une prise en charge par des professionnels de santé mentale avaient aussi déclaré une moins bonne qualité de vie et un nombre plus important de jours d'arrêt de travail que les personnes n'ayant pas de troubles psychiatriques, ou celles avec troubles psychiatriques mais n'ayant pas eu recours aux professionnels de santé mentale¹⁴. Bien qu'un « diagnostic » posé lors d'une enquête déclarative n'implique pas un besoin de soins, ces quelques données déclaratives montrent qu'il y a demande de prise en charge en santé mentale lorsque les troubles impactent la qualité de vie et le fonctionnement dans les activités. De plus, d'après l'enquête SMPG, certaines caractéristiques sociodémographiques (sexe masculin, jeune âge, naissance à l'étranger) et l'absence de comorbidité seraient associées à une absence de recours aux soins dans les troubles anxieux¹⁵.

Parmi les troubles anxieux, nous avons montré que les troubles de l'adaptation (F43.2) étaient ceux qui étaient les plus fréquents parmi les patients suivis en établissements psychiatriques. Les symptômes des troubles de l'adaptation surviennent dans les trois mois suivant l'exposition à un ou plusieurs événements de vie stressants identifiables, avec une réaction qui dépasse la réaction considérée comme normale et adaptative, et ils ne persistent pas au-delà de six mois après la disparition de l'événement à l'origine de ces troubles. Le diagnostic de troubles de l'adaptation repose essentiellement sur le jugement clinique, après élimination des troubles caractérisés autres (tels qu'une dépression ou une anxiété généralisée) et sur le contexte de survenue des symptômes plutôt que sur les symptômes eux-mêmes qui ne sont pas spécifiques¹. Cette absence de spécificité fait que les troubles de l'adaptation ne sont pas inclus dans les questionnaires classiquement utilisés dans les études épidémiologiques. De fait, les troubles de l'adaptation ne sont jamais évalués dans les études épidémiologiques en population générale à l'exception de l'étude *Outcome of*

Depression International Network qui montrait une prévalence peu élevée des troubles de l'adaptation au sein de cinq pays européens¹⁶, probablement parce que n'y ont été pris en compte que les troubles de l'adaptation associés à une dépression. Par contre, d'après la littérature, les troubles de l'adaptation seraient fréquents en médecine générale et dans les consultations de psychiatrie, concernant entre 5 et 20% des patients¹⁷, et leur prévalence serait plus élevée que celle de la dépression chez les patients souffrant de pathologies somatiques, en particulier dans les rechutes cancéreuses et chez les personnes vues aux urgences suite à une tentative de suicide⁴.

Une revue de littérature basée sur 87 études dans 44 pays a montré que la prévalence des troubles anxieux au cours des douze derniers mois était estimée à 11,6% [IC95%: 7,6-17,7%], mais elle différerait selon le sexe, le statut socioéconomique et culturel du pays, le fait que le pays soit ou non en zone de conflit, et selon la méthodologie (nombre de diagnostics mesurés, questionnaire utilisé)¹⁸. Bien que cette prévalence des troubles anxieux ne puisse pas être comparée aux taux de prise en charge que nous avons retrouvés, sa distribution selon le sexe (prévalence deux fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes) et selon l'âge (augmentation de la prévalence vers 10-19 ans avec maintien d'une prévalence élevée entre 20 et 34 ans, suivie d'une diminution jusqu'aux âges les plus avancés) est très proche des distributions observées dans les taux de leur prise en charge en établissements psychiatriques¹⁹. Par ailleurs, nous avons estimé qu'en 2014, une jeune fille sur 100 âgée de 15 à 19 ans a été prise en charge pour troubles anxieux en établissement psychiatrique. Ce taux relativement important nous renvoie au fort taux des hospitalisations pour tentative de suicide chez des jeunes filles de cette même classe d'âge²⁰ et à la nécessité de rechercher et prendre en charge les troubles anxieux, en plus des troubles dépressifs, dans les conduites suicidaires³. En effet, des travaux antérieurs ont montré que les troubles anxieux étaient peu diagnostiqués en France lors des hospitalisations dans les services de médecine suite à une tentative de suicide, alors qu'ils étaient présents²⁰. Chez les enfants avant l'âge de 14 ans, nous avons montré que la prise en charge pour troubles anxieux était plus fréquente chez les garçons que chez les filles. La littérature internationale rapporte une prévalence des troubles anxieux quasi équivalente dans les deux sexes avant l'adolescence, mais les prises en charge précoces sont rares et ne concernent qu'environ 10% des enfants²¹. De plus, chez la majorité des adultes présentant des troubles anxieux, le début des symptômes est souvent retrouvé dans l'enfance ou l'adolescence. Par conséquent, un repérage et une prise en charge précoce des problèmes anxieux et émotionnels chez les enfants et adolescents seraient essentiels pour éviter la chronicisation des troubles et le développement des comorbidités²¹.

Les disparités régionales dans la prise en charge des troubles anxieux par les établissements psychiatriques sont importantes, avec des taux allant du simple

au double. Toutefois, elles ne peuvent être entièrement attribuées à des variations de prévalences selon les régions. Elles peuvent être aussi dues à une différence dans l'offre de soins, dans la prise en charge de ces troubles par les établissements et dans des pratiques différentes de codage des troubles.

Les données administratives représentent une source intéressante pour la surveillance en santé publique. Toutefois, le recueil des données sociodémographiques reste limité au sexe, âge et lieu de résidence. Aucune donnée n'est collectée sur l'activité professionnelle, le handicap, le lieu de vie et la situation familiale, bien qu'ils puissent avoir un impact sur les troubles étudiés. Enfin, cette étude n'inclut pas les personnes consultant exclusivement un médecin libéral, qu'il soit généraliste ou psychiatre : il pourrait s'agir de patients avec des pathologies moins sévères ou stabilisées. La force de cette étude est d'avoir pris en compte l'ensemble des troubles anxieux de la classification de la CIM-10 et d'avoir pu étudier leur prise en charge annuelle sur cinq années. Dans les études épidémiologiques sur la santé mentale, l'évaluation des troubles est ponctuelle et les entités les plus souvent considérées (troubles anxieux phobiques, autres troubles anxieux, TOC et ESPT) ne représentent qu'environ la moitié de l'ensemble des troubles anxieux pour lesquels une prise en charge a été retrouvée dans notre analyse. De plus, la prévalence des troubles anxieux provenant des enquêtes épidémiologiques est très variable selon le nombre de diagnostics retenus : comparées aux études qui prennent en compte 8 ou 9 troubles anxieux, celles comptabilisant 6 ou 7 troubles et celles avec 3 à 5 troubles ont respectivement des prévalences plus basses de 30% et de 40%^{18,19}.

Conclusion

Au vu du taux élevé de prise en charge des patients en établissement psychiatrique pour troubles anxieux, ces derniers représentent, à l'instar des troubles dépressifs, un réel fardeau en santé publique. Ce travail montre l'importance de mettre en place une surveillance épidémiologique de ces troubles car, pour certains, le recours aux soins semble en augmentation. Cette surveillance doit passer non seulement par des enquêtes mais aussi par l'analyse des bases médico-administratives de recours aux soins. Par ailleurs, un meilleur repérage de ces troubles dès l'enfance ou l'adolescence serait nécessaire afin de les prendre en charge précocement et d'éviter ainsi la chronicisation des troubles, le développement des comorbidités et les conduites suicidaires. ■

Références

- [1] Boulenger JP. De la névrose aux troubles anxieux. In: Guelfi JD, Rouillon F, (dir.). Manuel de psychiatrie. 3^e éd. Paris: Elsevier Masson. 2017. 205-8.
- [2] Craske MG, Stein MB. Anxiety. *Lancet*. 2016;388(10063):3048-59.
- [3] Bolton JM, Cox BJ, Affi TO, Enns MW, Bienvenu OJ, Sareen J. Anxiety disorders and risk for suicide attempts:

Findings from the Baltimore Epidemiologic Catchment area follow-up study. *Depress Anxiety*. 2008;25:477-81.

[4] Casey P, Bailey S. Adjustment disorders: The state of the art. *World Psychiatry*. 2011;10(1):11-8.

[5] Organisation Mondiale de la Santé. CIM-10/ICD-10. Classification internationale des maladies, 10^e révision. Chapitre V (F). Troubles mentaux et troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. [Internet] <http://www.who.int/iris/handle/10665/43316>

[6] Lepine JP, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S, Negre-Pages L, Nachbaur G, *et al*. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD). *Encephale*. 2005;31(2):182-94.

[7] Leray E, Camara A, Drapier D, Riou F, Bougeant N, Pelissolo A, *et al*. Prevalence, characteristics and comorbidities of anxiety disorders in France: Results from the "Mental Health in General Population" Survey (MHGP). *Eur Psychiatry*. 2011;26(6):339-45.

[8] Coldefy M, Nestringue C, Or Z. Étude de faisabilité sur la diversité des pratiques en psychiatrie. Paris: Institut de recherche et documentation en économie de la santé; 2012. 62 p. Disponible: <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2012/rap1896.pdf>

[9] Badjadj L, Chan Chee C. Prise en charge des troubles de l'humeur dans les établissements ayant une activité autorisée en psychiatrie entre 2010 et 2014 en France métropolitaine. Analyse des données du RIM-P. *Bull Epidémiol Hebd*. 2017;(10):178-85. http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/INV13351

[10] European Commission. Revision of the European Standard Population. Report of Eurostat's task force. Luxembourg: Eurostat; 2013. 128 p. <https://ec.europa.eu/eurostat/fr/web/products-manuals-and-guidelines/-/KS-RA-13-028>

[11] Bouche G, Lepage B, Migeot V, Ingrand P. Intérêt de la détection et de la prise en compte d'une surdispersion dans un modèle de Poisson: illustration à partir d'un exemple. *Rev Epidémiol Santé Publique*. 2009;57(4):285-96.

[12] Wittchen HU. Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): A critical review. *J Psychiatr Res*. 1994;28(1):57-84.

[13] Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, *et al*. Use of mental health services in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004;(420):47-54.

[14] Alonso J, Codony M, Kovess V, Angermeyer MC, Katz SJ, Haro JM, *et al*. Population level of unmet need for mental healthcare in Europe. *Br J Psychiatry*. 2007;190(4):299-306.

[15] Font H, Roelandt JL, Behal H, Geoffroy PA, Pignon B, Amad A, *et al*. Prevalence and predictors of no lifetime utilization of mental health treatment among people with mental disorders in France: Findings from the 'Mental Health in General Population' (MHGP) survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2018;53(6):567-76.

[16] Ayuso-Mateos JL, Vazquez-Barquero JL, Dowrick C, Lehtinen V, Dalgard OS, Casey P, *et al*. Depressive disorders in Europe: Prevalence figures from the ODIN study. *Br J Psychiatry*. 2001;179(4):308-16.

[17] Servant D, Pelissolo A, Chancharme L, Le Guern ME, Boulenger JP. Le trouble de l'adaptation avec anxiété. Caractéristiques cliniques et psychométriques chez des patients consultant en médecine générale. *Encephale*. 2013;39(5):347-51.

[18] Baxter AJ, Scott KM, Vos T, Whiteford HA. Global prevalence of anxiety disorders: A systematic review and meta-regression. *Psychol Med.* 2013;43(5):897-910.

[19] Baxter AJ, Vos T, Scott KM, Norman RE, Flaxman AD, Blore J, *et al.* The regional distribution of anxiety disorders: Implications for the Global Burden of Disease Study, 2010. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2014;23(4):422-38.

[20] Chan Chee C, Paget LM. Le Recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIM-P) : un outil nécessaire pour la surveillance des hospitalisations suite à une tentative de suicide. *Rev Epidémiol Santé Publique.* 2017;65:349-59.

[21] Rockhill C, Kodish I, DiBattisto C, Macias M, Varley C, Ryan S. Anxiety disorders in children and adolescents. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care.* 2010;40(4):66-99.

Citer cet article

Chan Chee C, Badjadj L. Prise en charge des patients avec troubles anxieux entre 2010 et 2014 dans les établissements ayant une autorisation en psychiatrie en France métropolitaine : analyse des données du RIM-P. *Bull Epidémiol Hebd.* 2018;(32-33):653-61. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/32-33/2018_32-33_3.html