

## Prévalence et facteurs associés des épisodes dépressifs majeurs : Evaluation par la version tunisienne du CIDI dans les structures de première ligne de Sousse

Badii Amamou, Yousri Elkissi, Amel Braham, Ahmed Souhail Bannour, Mohamed Ben Rejeb, Salma Ben Nasr, Ali Mtiraoui, Bechir Ben Hadj Ali

Université de Sousse, Faculté de Médecine Ibn Jazzar de Sousse, CHU Farhat Hached, Service de psychiatrie, Sousse, Tunisie

*B. Amamou, Y. Elkissi, A. Braham, A. Souhail Bannour, M. Ben Rejeb, S. Ben Nasr, A. Mtiraoui, B. Ben Hadj Ali*

*B. Amamou, Y. Elkissi, A. Braham, A. Souhail Bannour, M. Ben Rejeb, S. Ben Nasr, A. Mtiraoui, B. Ben Hadj Ali*

Prévalence et facteurs associés des épisodes dépressifs majeurs : Evaluation par la version tunisienne du CIDI dans les structures de première ligne de Sousse

Prevalence and correlates of major depressive episodes in Sousse primary care setting: Assessment with Tunisian version of CIDI

LA TUNISIE MEDICALE - 2013 ; Vol 91 (n°04) : 234-239

LA TUNISIE MEDICALE - 2013 ; Vol 91 (n°04) : 234-239

### R É S U M É

**Pré requis :** La dépression majeure représente un trouble mental qui s'accompagne d'un taux de morbidité et de mortalité important. Elle est fréquente en première ligne, mais son épidémiologie, en Tunisie, reste encore peu ou pas connue.

**But :** Déterminer la prévalence et les facteurs associés des épisodes dépressifs majeurs (EDM) dans un échantillon représentatif des consultants dans les structures de première ligne du gouvernorat de Sousse.

**Méthodes :** Nous avons procédé à un sondage de deuxième degré et stratifié sur le milieu qui nous a permis de recruter 1246 sujets à interviewer, parmi les consultants de 30 Centres de Santé de Base. Les entretiens ont été réalisés à l'aide du CIDI.2.1., dans une version traduite et validée en dialecte tunisien. Les diagnostics ont été retenus selon les critères de la CIM-10.

**Résultats :** L'âge moyen des participants était de  $43,4 \pm 17,62$  ans, avec une prédominance féminine (70,9 %) et urbaine (67,8 %). La prévalence des EDM était de 26,4 %. Elle était associée au sexe féminin, au statut marital de veuf ou divorcé et au milieu rural.

**Conclusion :** La considération de ces facteurs dans l'organisation des soins en première ligne pourrait améliorer le diagnostic et la prise en charge des EDM.

### S U M M A R Y

**Background:** Major depression is a mental disorder that is associated with high morbidity and significant mortality. It is common among primary care attenders. Few is known about major depression prevalence and associated factors, which would prevent general practitioners from diagnosing it in primary care centres and treating it adequately.

**Aim:** To determine prevalence and correlates of major depressive episodes (MDE) in a representative sample of primary care attenders in the area of Sousse (Tunisia).

**Methods:** A random and representative sample of primary care attenders was obtained by a two-stage sampling procedure. First, 30 primary care centres (20 urban and 10 rural) were selected, with stratification according to residency location. Second, 1246 consenting participants were systematically recruited among those centres attenders. Participants were screened, by trained interviewers, with Tunisian version of « Composite International Diagnostic Interview » CIDI.2.1. After data entry in ishell program, MDE diagnosis was obtained according to ICD-10 criteria.

**Results:** Mean age in our sample was  $43.4 \pm 17.62$  years, with feminine (70.9 %) and urban (67.8 %) predominance. MDE was found in 26.4 % of participants. Associated factors were female gender, marital statute of widowed or divorced and rural residency.

**Conclusion:** This study provided data about high prevalence of MDE in the area of Sousse primary care centres and its correlated factors.

### M o t s - c l é s

Episode dépressif majeur, Prévalence, Première ligne, CIDI, Tunisie

### Key - words

Major depressive episode, Prevalence, primary care, CIDI, Tunisia

Les troubles dépressifs sont fréquents et constituent un problème majeur de santé publique (1, 2). Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), ils touchent 10 % des consultants en première ligne (1). Dans la littérature, cette prévalence varie de 5 à 25 %, en fonction de l'instrument et des critères diagnostiques utilisés (3). Selon l'OMS, la dépression est la première cause d'handicap due à une maladie dans le monde. Elle se situe au quatrième rang en termes de coût global, parmi toutes les maladies (4). Un épisode dépressif majeur (EDM) consiste, selon la dixième version de la CIM (CIM-10), en un trouble de l'humeur caractérisé par la persistance durant au moins deux semaines, d'au moins quatre parmi une liste de symptômes. Les principaux symptômes étant la présence d'une humeur dépressive anormale pour le sujet, d'une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir ainsi que d'une réduction de l'énergie ou d'une augmentation de la fatigabilité (5). Il est globalement admis que les EDM ont une prévalence d'environ 5% sur 6 mois, de 7% sur un an et de 15% sur la vie (4). Cependant, plusieurs variations en fonction des régions du monde, des pays et des cultures, ont été notées (6,7). Elles seraient inhérentes aux particularités de croyance et d'expression du vécu émotionnel, ainsi qu'aux différences des structures démographiques et sociales entre les pays. Quand elles sont identifiées, ces particularités fournissent aux soignants des données spécifiques qui leur permettent de mieux adapter leur pratique au contexte de leurs patients (7). Leur mise en évidence requiert la réalisation d'études locales, qui permettraient la comparaison de leurs résultats aux données des études internationales. C'est à ce propos, que nous pouvons constater la pénurie, dans notre pays, des études épidémiologiques relatives aux troubles mentaux, et en l'occurrence à la dépression.

Dans cette optique, les objectifs de notre étude étaient d'estimer la prévalence des EDM et d'étudier les éventuels facteurs qui leur sont associés dans un échantillon représentatif des consultants des structures de première ligne du gouvernorat de Sousse .

---

## MATÉRIEL ET MÉTHODES

---

Il s'agit d'une étude descriptive transversale réalisée entre juillet et septembre 2005.

### 1. Echantillon de l'étude

La population cible est constituée par les malades consultant dans les Centres de Santé de Base (CSB) du gouvernorat de Sousse. Ce gouvernorat compte 92 CSB qui desservent une population de 552 307 habitants. En 2004, le nombre total des consultants dans les CSB était de 436 690 (8). L'échantillonnage était de nature aléatoire à deux degrés et stratifié. Deux strates homogènes ont été constituées selon l'appartenance du CSB au milieu urbain (70%) ou rural (30%). Le premier tirage, de nature élémentaire simple, a permis de repérer 30 CSB, dont 20 en milieu urbain et 10 en milieu rural, qui allaient faire l'objet de l'intervention. Le second tirage, de nature systématique, a été fait à partir du registre des consultations de chaque CSB, afin de choisir le sujet

interviewé. Le pas de sondage a été de 5 en milieu urbain et de 3 en milieu rural où les consultants étaient plus rares, afin d'assurer le nombre requis de participants. Le recrutement a porté sur tous les consultants tirés au sort, consentants, dont l'âge était supérieur à 18 ans et qui avaient une compréhension et une expression orale aisées du dialecte tunisien. Les patients ayant une urgence médicale et les sujets se présentant pour contrôle de maladie chronique, renouvellement d'un traitement déjà prescrit ou recherche d'informations sanitaires ont été exclus de l'étude. La taille de l'échantillon a été estimée à 1200, sur une prévalence attendue à 10 % et une précision souhaitée  $i = 3$  %. Cependant, nous avons préconisé de majorer cette taille de 5 %, en ajoutant 60 consultants, afin d'assurer le nombre nécessaire en cas d'existence de fiches non valides. Cependant, seulement 14 fiches se sont avérées non valides, ce qui a fait porter à 1246 le nombre définitif des consultants ayant fait l'objet de ce travail.

## 2. Méthodes

### *Instrument*

L'instrument utilisé était le « Composite International Diagnostic Interview » (CIDI.2.1.), élaboré par l'OMS en 1996 (9). Nous nous sommes limités dans notre travail aux deux sections relatives aux caractéristiques démographiques et aux troubles dépressifs, traduites en dialecte tunisien et validées, lors d'un précédent travail (Bannour AS. Traduction et validation des sections troubles anxieux et troubles dépressifs du « Composite International Diagnostic Interview ». T. Thèse Méd, Sousse 2006; n° 2269). Les réponses aux questions posées sont dichotomiques : 1 = Non ou 5 = Oui. Elles permettent d'évaluer l'existence ou l'absence d'un symptôme, ainsi que son retentissement social, professionnel ou familial. Le CIDI contient, en plus, des questions pour déterminer la date de début ou de fin de l'installation des symptômes, leur durée et leur éventuelle récurrence.

### *Enquêteurs*

L'équipe qui a assuré la passation du questionnaire était constituée d'un résident en psychiatrie, un résident en médecine communautaire, quatre internes affectés au service de psychiatrie (CHU Farhat Hached de Sousse) et quinze internes affectés au département de médecine communautaire (Faculté de Médecine Ibn El Jazzar de Sousse). La formation, assurée durant quatre demi-journées à partir de références bibliographiques, des instructions du manuel d'utilisation du CIDI et du protocole de recherche, a concerné l'historique du CIDI, l'utilisation de sa version traduite en dialecte tunisien et les modalités de l'enquête.

### *Saisie et analyse des données*

Le codage des données a été effectué à partir des grilles de collecte des données au moyen du programme iShell qui épouse la forme papier du CIDI en reposant les mêmes questions et en offrant les mêmes modalités de réponses (10). Il comptabilise les critères pour fournir des diagnostics selon les deux classifications DSM et CIM. Une transposition des données, obtenues selon les critères de la CIM-10, au logiciel SPSS 10.0 a été réalisée, ce qui nous a permis d'effectuer l'analyse statistique en se basant sur le test de Khi 2.

## RÉSULTATS

### 1. Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon (tableau 1)

Notre échantillon était caractérisé par une prédominance féminine : 70,7% (n = 881) des consultants étaient des femmes. L'âge moyen y était de 43,4 ± 17,62 ans. 62,3% (n = 776) des consultants étaient mariés, 27,3% (n = 130) célibataires et 10,4% (n = 340) veufs ou séparés. 67,8 % (n = 845) des consultants provenaient de milieu urbain. Le nombre moyen d'années d'études était de 5,32 ± 5,21. Trente pour cent (n = 380) des consultants avaient une activité professionnelle au cours des 12 derniers mois.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

Variabiles	Modalités	Effectif	Pourcentage
Age	18-30 ans	369	29,6 %
	31-50 ans	463	37,2%
	>50 ans	414	33,2%
Sexe	Masculin	365	29,3 %
	Féminin	881	70,7
Statut marital	Mariés	776	62,3%
	Célibataires	130	27,3%
	Veufs ou divorcés	340	10,4%
Milieu de résidence	Urbain	845	67,8 %
	Rural	401	32,2%
Niveau d'études	< 8 ans	852	68,4%
	8-12 ans	254	20,4%
	>12 ans	140	11,2%
Activité professionnelle	Présente	872	70%
	Absente	374	30%

### 2. Prévalence des Episodes Dépressifs Majeurs

Parmi les participants, 26,4 % (n = 329) avaient présenté un ou plusieurs EDM au cours de leur vie dont 10,83 % (n= 135) sur les 12 derniers mois et 5,45 % (n = 68) au cours du mois écoulé. 1,3% (n=16) des consultants avaient présenté des EDM d'intensité légère, 7,8% (n=97) d'intensité modérée et 17,3% (n=216) d'intensité sévère.

### 3. Facteurs associés aux Episodes Dépressifs Majeurs (tableau 2)

Tableau 2 : Prévalence des épisodes dépressifs majeurs en fonction des facteurs associés

Facteurs	Modalités	Effectif	Pourcentage	P
Sexe	Masculin	369	29,6 %	<10 <sup>-3</sup>
	Féminin	463	37,2%	
Age	18-30 ans	414	33,2%	NS
	31-50 ans	365	29,3 %	
	> 50 ans	881	70,7	
Statut marital	Divorcés ou veufs	776	62,3%	<10 <sup>-3</sup>
	Mariés	130	27,3%	
	Célibataires	340	10,4%	
Milieu de résidence	Rural	845	67,8 %	0,009
	Urbain	401	32,2%	
Niveau d'éducation	< 8 ans	852	68,4%	NS
	8-12 ans	254	20,4%	
	> 12 ans	140	11,2%	
Activité professionnelle	Présente	872	70%	NS
	Absente	374	30%	

La prévalence des EDM était significativement plus élevée chez les consultants de sexe féminin (30,8 % vs. 15,9 % ; p<10<sup>-3</sup>) chez les consultants veufs ou divorcés (p< 10<sup>-3</sup>) et chez les participants résidant en milieu rural (31,2 vs. 24,1 % ; p=0,009). La prévalence des EDM n'était pas significativement associée ni à l'âge ni au niveau d'instruction ni à l'activité professionnelle au cours des 12 derniers mois.

## DISCUSSION

La rareté des données épidémiologiques relatives à la dépression dans notre pays nous a amené à réaliser cette étude auprès des consultants de première ligne au gouvernement de Sousse. L'âge moyen des participants était de 43,4 ± 17,62 ans, avec une prédominance féminine et urbaine. La prévalence des EDM était de 26,4 %. Elle était associée au sexe féminin, au statut marital de veuf ou divorcé et au milieu rural. Le choix des consultants de première ligne a été contraint par les difficultés de mobilisation administrative, financière et humaine ayant réduit les chances de faisabilité de l'enquête au sein de la population générale.

Nous avons eu recours au CIDI, instrument d'envergure internationale, conçu et diffusé par l'OMS et validé dans plusieurs langues et dans plusieurs régions du monde. Cependant, le diagnostic est établi, pour cet instrument, de façon rétrospective, sans possibilité d'effectuer une vérification exhaustive des cas. Or, cette méthode est sujette à deux types de biais d'information (10). En effet, la plupart des répondants n'apprécient pas la complexité des questions qui exigent de passer en revue l'occurrence des épisodes sur la vie et certains d'entre eux peuvent ne pas répondre aux questions une fois qu'ils identifient que les réponses positives mèneront à des questions plus détaillées (11).

## PRÉVALENCE

Dans notre étude, la prévalence sur la vie des EDM était de 26,4 %, dont 10,83 % sur les 12 derniers mois et 5,46 % au cours du dernier mois. De nombreuses études se sont intéressées à évaluer la prévalence sur la vie de ce trouble chez les consultants de première ligne. Elles ont, en général, rapporté des taux inférieurs au nôtre. Cette différence trouverait son explication dans l'absence d'équivalence entre les strates dans notre échantillon, caractérisé par une importante prédominance féminine (70,7%), urbaine (67,8%) et des adultes jeunes avec un âge moyen de 43,4 ans et un âge inférieur à 50 ans pour 67,7 % des participants. En effet, cette absence d'équivalence a été impliquée, par Kessler, dans l'élévation du taux de prévalence des EDM (12). De plus, les études qui ont utilisé le CIDI ont rapporté des prévalences sur la vie deux fois plus élevées que celles ayant utilisé d'autres instruments (7). Kurdyak a affirmé que les prévalences estimées par le CIDI étaient surestimées à cause d'un nombre élevé des faux positifs (13). Il importe de rappeler, cependant, qu'en dehors de rares exceptions, le CIDI a été peu utilisé pour les études en première ligne. L'étude multicentrique de l'OMS « WHO Survey 95 » a fait partie de

ces exceptions. Elle a trouvé une prévalence sur la vie des EDM de 16 % aux Pays Bas, de 13 % en France et de 11 % en Allemagne (14). Il en est de même pour les études américaines de Tiemens et al. (15), et de Simon et al. (16) qui ont estimé la prévalence des EDM respectivement à 13,5 et 6,6 %. Parmi les études ayant eu recours à un outil de première ligne, la « PRIME-MD Survey », réalisée en Belgique en 1994 (17), et répliquée en 1999 (18), à l'aide d'une version modifiée de la PRIME-MD : "Primary care Evaluation of Mental Disorders", a trouvé des taux de prévalence sur la vie respectivement de 11,5 et 13,9 %. Les autres études en première ligne ont eu recours à divers instruments et ont rapporté des taux de prévalence très variables. Une étude réalisée avec le DIS "Diagnostic Interview Schedule", en Hongrie, a trouvé une prévalence de 18,8 % (19). Une étude réalisée, avec le même instrument aux USA, a estimé cette prévalence à 8,9 % (20). De même, Zinbarg et al. ont rapporté une prévalence de 9,1 %, aux USA (21). En utilisant le SCID : "Structured Clinical Interview for DSM", Coyne et al. ont rapporté une prévalence sur la vie de 13,5 % en milieu rural et suburbain du Michigan aux USA (22). Le tableau 3 récapitule les études de prévalence sur la vie des EDM en première ligne. En ce qui concerne la prévalence sur 12 mois des EDM, peu d'études ont concerné la première ligne. Faravelli et al, dans une enquête italienne ayant utilisé le SAD-S, ont rapporté une prévalence de 6,3 % (26). Szadoczky et al, dans une enquête hongroise ayant utilisé le DIS, ont rapporté un taux comparable à 7,1 % (27). Le taux, plus élevé, trouvé dans notre travail (10,83 %) peut être expliqué par le recours au CIDI, réputé surestimer la prévalence sur 12 mois des EDM. Quant à la prévalence sur un mois des EDM, les données sont inexistantes pour les consultants en première ligne. Une revue de littérature a trouvé que cette prévalence variait entre 1,5 à 4 % en population générale. (7).

**Tableau 3 :** Prévalence sur la vie des épisodes dépressifs majeurs en première ligne

Pays	Auteur	Instrument	Prévalence (%)
USA	Tiemens (15)	CIDI* (CIM-10)	13,5
	Coyne (22)	SCID* (DSM-III)	13,5
	Zinbarg (21)	DIS* (DSM-III)	9,1
	Schulberg (20)	CIDI* (DSM-IV)	8,9
	Simon (16)	DIS* (DSM-III)	6,6
	Barrett (25)	SAD-S*	2,2
Hongrie	Szadoczky (19)	DIS* (DSM-III)	18,8
Pays-Bas (WHO Survey 95)	Ustun (14)	CIDI* (CIM-10)	16
France (WHO Survey 95)	Ustun (14)	CIDI* (CIM-10)	13
Belgique	Anseau (18)	PRIME-MD*	13,9
	1994 Spitzer (17)	PRIME-MD*	11,5
Grande Bretagne	Blacker (23)	DIS* (DSM-III)	4,3
Taiwan	Lui (24)	SCAN* (DSM-IV)	3,3
Tunisie	Notre étude	CIDI* (CIM-10)	26,4

\* CIDI: Composite International Diagnostic Interview, SCID: Structured Clinical Interview for DSM, DIS: Diagnostic Interview Schedule, SAD-S: Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, PRIME-MD: Primary care Evaluation of Mental Disorders, SCAN: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry.

### Facteurs associés

La prédominance féminine dans la dépression est l'une des notions les plus prouvées en épidémiologie psychiatrique (28, 29, 30), avec une prévalence pouvant atteindre jusqu'à trois fois celle des hommes (31). Dans notre étude, la prévalence des EDM était de 30,8 % chez les femmes et de 15,9% chez les hommes, avec un sex-ratio de 1,9. Aux USA, l'étude NCS a également rapporté une prévalence plus élevée chez les femmes, avec un sex-ratio de 1,7 (12).

De même, de nombreuses études européennes ont mis en évidence une prévalence plus élevée des EDM chez les femmes, avec un ratio allant de 1,5 à 2 (14, 17, 18). L'étude belge "PRIME-MD survey' 99" a trouvé une prévalence de 16,1 % chez les femmes et de 10,9 % chez les hommes (18). Une étude hongroise a expliqué la prédominance féminine par une comorbidité entre troubles dépressifs et anxieux, particulièrement importante chez les femmes (19).

Le statut marital de veuf ou divorcé, autre facteur associé à la prévalence des EDM dans notre étude, a été rapporté dans plusieurs études réalisées dans différentes régions du monde : Brésil (29), Los Angeles (32) et Sardaigne (33). D'autres études ont montré que c'était le statut de non marié, sans distinction entre veufs et divorcés ou célibataires, qui était associé à la prévalence des EDM (34). De rares études, enfin, n'ont pas mis en évidence de différences significatives entre les taux de prévalence des EDM, selon le statut marital (35).

La prévalence des EDM dans notre échantillon était plus élevée en milieu rural. Les données de la littérature divergent à ce propos. En effet, beaucoup d'études épidémiologiques n'ont trouvé aucune corrélation entre la prévalence des EDM et le milieu de résidence (12).

Les études européennes, telles que l'enquête ESEMeD (36), ont, par contre, mis en évidence une prévalence plus élevée des EDM en milieu urbain. Cette prédominance urbaine semble être liée au stress et aux désavantages socioéconomiques des zones suburbaines (36). D'autres facteurs, par contre, ont été proposés pour expliquer la prédominance de la dépression en milieu rural tels que la pauvreté et l'accès plus difficile aux soins (37).

L'absence d'association avec l'âge, que nous avons trouvée, a été rapportée par quelques études, notamment asiatiques. En effet, l'étude Japonaise, ayant estimé la prévalence des EDM dans la ville de Gifu, a montré que la différence entre les différents groupes d'âge n'était pas significative (38). Ce même résultat a été rapporté par l'enquête menée à Addis Abeba, en Ethiopie (35) et dans la population générale de la Corée du sud (39). Cependant, beaucoup d'autres études ont rapporté des résultats différents. En effet, l'étude de Sraïri a trouvé que la dépression majeure était plus fréquente chez les sujets âgés de 15 à 19 ans (Sraïri Elyès. Etude épidémiologique des troubles dépressifs et psychotiques dans le gouvernorat de l'Ariana. Mémoire de spécialité en psychiatrie, soutenu le 6/10/1995). De plus, Karno et al. ont trouvé que la prévalence de la dépression était plus élevée chez les sujets âgés de moins de 40 ans que ceux âgés de plus de 40 ans (40). L'enquête de Bahia, au Brésil, a constaté que la prévalence des EDM augmentait progressivement jusqu'à l'âge de 54 ans, puis diminue au-delà de cet âge (29). Ghuloum et al, dans une récente enquête

réalisée au Qatar a trouvé une prévalence plus élevée dans la tranche d'âge 18-34 ans (41).

Dans notre étude, la prévalence des EDM n'était pas associée au niveau d'instruction des participants. L'étude européenne ESEMeD (42) a trouvé le même résultat. Par contre, l'étude NCS (12) a montré que les EDM étaient plus fréquents chez les sujets ayant eu moins de 12 années d'études. Dans le même sens, une étude brésilienne a trouvé que la prévalence des EDM était trois fois plus basse chez les sujets ayant un haut niveau d'instruction (29).

La majorité des études s'est intéressée à étudier la corrélation de l'activité professionnelle avec la prévalence de la dépression majeure, considérée au cours de la même période. Or, le CIDI ne permet l'évaluation de l'activité professionnelle qu'au cours des 12 derniers mois, ce qui pourrait expliquer l'absence de corrélation, dans notre travail, contrairement aux données de la littérature. L'étude finlandaise FINHCS'96 « Finnish Health Care Survey », par exemple, a montré que les participants sans profession avaient développé plus d'EDM au cours des 12 derniers mois que ceux ayant une profession (43). De même, une étude menée en Ethiopie, a trouvé que la prévalence des EDM était plus basse chez les sujets ayant un travail (35). Ces résultats viennent conforter ceux de beaucoup d'études qui ont établi l'implication du bas niveau économique et du chômage dans le risque de survenue de la dépression (44).

---

## CONCLUSION

---

Les EDM sont fréquents parmi les consultants des structures de

soins de première ligne avec une prévalence sur la vie de 26,4 %. En plus d'une nette prédominance féminine, ils étaient associés au statut marital de veuf ou divorcé et à la résidence en milieu rural. Aucune association n'a été trouvée avec l'âge, ni avec le niveau d'instruction, ni avec l'activité professionnelle au cours des 12 derniers mois. Ces facteurs associés aux troubles dépressifs chez les consultants de première ligne ont permis de dresser une sorte de profil des sujets les plus vulnérables à ces troubles et la considération de ces facteurs dans l'organisation des soins en première ligne pourrait améliorer le diagnostic et la prise en charge de la dépression. En effet, le milieu rural est caractérisé par une plus grande fréquence des maladies chroniques et de la pauvreté, et par l'accès plus difficile aux soins de première ligne et spécialisés, aux nouvelles technologies sanitaires et aux autres services médicaux et sociaux. Le bas niveau d'instruction et le taux de chômage élevé sont également plus fréquents chez les sujets résidant en milieu rural et chez les femmes, qui ont par ailleurs, une plus grande limitation de leurs activités sociales et de faibles ressources personnelles. Toutes ces intrications devraient être étudiées afin d'être prise en compte, avec les différents facteurs associés, dans le programme national de dépistage et de prise en charge des troubles dépressifs dans les structures de première ligne. Ce programme, qui devrait reposer, en outre, sur une formation régulière des médecins de la santé publique, opérera de façon conjointe aux efforts déployés par les spécialistes de la santé mentale afin de cerner l'ampleur et le profil des troubles dépressifs dans notre pays et d'en améliorer le pronostic.

## Références

1. Kendrick T, Peveler R. Guidelines for the management of depression: NICE work? *Br J Psychiatry* 2010; 197: 345-7.
2. Aragonès E, Labad A, Pinol J, Lucena C, Alonso Y. Somatized depression in primary care attenders. *J Psychosom Res* 2005; 58: 145-51.
3. Martin-Agueda B, Lopez-Munoz F, Rubio G, Guerra JA, Silva A, Alamo C. Management of depression in primary care: a survey of general practitioners in Spain. *Gen Hosp Psychiatry* 2005; 27: 305-12.
4. Lépine JP. Epidemiology, burden, and disability in depression and anxiety. *J Clin Psychiatry* 2001; 62: 4-10.
5. World Health organization. International Classification of Disease: manual of the International Statistical. Classification of Diseases, injuries and causes of death (10th Revision). Geneva: World Health organization, 1992: 354-9.
6. Gureje O. Dysthymia in a cross-cultural perspective. *Curr Opin Psychiatry* 2011; 24: 67-71.
7. Waraich P, Goldner EM, Somers JM, Hus L. Prevalence and incidence studies of mood disorders: A systemic review of literature. *Can J Psychiatry* 2004; 49: 124-38.
8. Institut National de la Statistique. RGPH, 2004: Rapport Général de la Population et de l'Habitat de 2004. Tunisia : Institut National de la Statistique, 2005: 65.
9. World Health Organization. Composite International Diagnostic Interview. Core Version 2.1, interviewer's manual. Geneva: World Health Organization, 1997: 136.
10. World Health Organization. WHO/NIH joint project on diagnosis and classification of mental disorders, and alcohol-and drug-related problems: Reliability and validity study. Geneva: World Health organization, 1993.
11. Kessler RC, McGonagle K, Swartz M, Blazer DG, Nelson CB. Sex and depression in the National Comorbidity Survey I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *J Affect Disord* 1993; 29: 85-96.
12. Kessler RC, McGonagle K, Zhao S et al. Lifetime and 12-month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States: Results From the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 8-19.
13. Kurdyak PA, Gnam WH. Small Signal, Big Noise: Performance of the CIDI Depression Module. *Can J Psychiatry* 2005; 50: 851-6.
14. Ustun TB, Sartorius N. Mental illness in general health care, an international study. Chichester, England: John Wiley and Sons Ltd., 1995.
15. Tiemens BG, Omrel J, Simon GE. Occurrence, recognition, and outcome of psychological disorders in primary care. *Am J*

- psychiatry 1996; 153: 636-44.
16. Simon GE, Von Korff M. Recognition, management and outcome of psychological disorders in primary care. *Arch Fam Med* 1995; 4: 99-105.
  17. Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. *JAMA* 1994; 272: 1749-56.
  18. Anseau M, Dierick M, Buntinx F et al. High prevalence of mental disorders in primary care. *J Affect Disord* 2004; 78: 49-55.
  19. Szadoczky E, Rihmer Z, Papp Z, Füredi J. The prevalence of affective and anxiety disorders in primary care practice in Hungary. *J Affect Disord* 1997; 43: 239-44.
  20. Schulberg H, Madonia MJ, Block MR et al. Major depression in primary care practice. Clinical characteristics and treatment implications. *Psychosomatics* 1995; 36: 129-37.
  21. Zinbarg RE, Barlow DH, Liebowitz M et al. The DSM-IV field trial for mixed anxiety-depression. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1153-62.
  22. Conye JC, Fechner-Bates S, Schwenk TL. Prevalence, nature and comorbidity of depressive disorders in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 1994; 16: 267-76.
  23. Blacker CV, Clare AW. The prevalence and treatment of depression in general practice. *Psychopharmacology (Berl)* 1988; 95 (suppl): 514-7.
  24. Liu SI, Yeh ZT, Huang HC et al. Validation of Patient Health Questionnaire for depression screening among primary care patients in Taiwan. *Compr Psychiatry* 2011; 52: 96-101.
  25. Barrett JE, Barrett JA, Oxman TE, Gerber PD. The prevalence of psychiatric disorders in primary care practice. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 1100-6.
  26. Faravelli C, Degl'Innocenti BG, Aiazzi L, Incerpi G, Pallanti S. Epidemiology of mood disorders: a community survey in Florence. *J Affect Disord* 1990; 20: 135-41.
  27. Szádóczy E, Papp Z, Vitrai J, Rihmer Z, Füredi J. The prevalence of major depressive and bipolar disorders in Hungary. Results from a national epidemiologic survey. *J Affect Disord* 1998; 50: 153-62.
  28. Zuihthoff N PA, Vergouwe Y, King M et al. The Patient Health Questionnaire-9 for detection of major depressive disorder in primary care: consequences of current thresholds in a cross-sectional study. *BMC Fam Pract* 2010; 13:11-98.
  29. Almeida-Filho N, Lessa I, Magalhães L et al. Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity, and social class. *Soc Sci Med* 2004; 59: 1339-53.
  30. Apóstolo JL, Figueiredo MH, Mendes AC, Rodrigues MA. Depression, anxiety and stress in primary health care users. *Rev Lat Am Enfermagem* 2011; 19: 348-53.
  31. Weissman MM, Olfson M. Depression in women: implications for health care research. *Science* 1995; 269: 799-801.
  32. Takeuchi DT, Chung RC, Lin KM et al. Lifetime and twelve-month prevalence rates of major depressive episodes and dysthymia among chinese americans in Los Angeles. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 1407-14.
  33. Carta MG, Carpiniello B, Kovess V, Porcedda R, Zedda A, Rudas N. Lifetime prevalence of major depression and dysthymia: results of a community survey in Sardinia. *Eur Neuropsychopharmacol* 1995; 5 (Suppl):103-7.
  34. Subodh BN, Avasthi A, Chakrabarti S. Psychosocial impact of dysthymia: a study among married patients. *J Affect Disord* 2008; 109: 199-204.
  35. Kebede D, Alem A. Major mental disorders in Addis Ababa, Ethiopia. II. Affective disorders. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1999; 397: 18-23.
  36. Kovess-Masfety V, Alonso J, De Graff R, Demyttenaere K. A European approach to rural-urban differences in mental health: The ESEMeD 2000 comparative study. *Can J Psychiatry* 2005; 50: 926-36.
  37. Auchincloss AH, Hadden W. The Health effect of rural-urban residence and concentrated poverty. *J Rural Health* 2002; 18: 319-36.
  38. Kawakami N, Shimizu H, Haratani T, Iwata N, Kitamura T. Lifetime and 6- month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in an urban community in Japan. *Psychiatry Res* 2004; 121: 293-301.
  39. Lee CK, KwaK YS, Rhee H et al. The nationwide epidemiological study of mental disorders in Korea. *J Korean Med Sci* 1987; 2: 19-34.
  40. Karno M, Hough RL, Burman MA et al. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders among mexican americans and non Hispanic whites in Los Angeles. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44: 695-701.
  41. Ghuloum S, Bener A, Abou-Saleh MT. Prevalence of mental disorders in adult population attending primary health care setting in Qatari population. *J Pak Med Assoc* 2011; 61: 216-21.
  42. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand suppl* 2004; 420: 21-7.
  43. Lindeman S, Hamalainen J, Isometsa E et al. The 12-month prevalence and risk factors for major depressive episode in Finland: representative sample of 5993 adults. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102: 178-84.
  44. Wooley MA, Kiefe CI, Chesney MA et al. Depressive Symptoms, unemployment, and loss of income: The CARDIA study. *Arch Intern Med* 2002; 162: 2614-40.