

***SORBONNE UNIVERSITÉ***  
**FACULTE DE MEDECINE SORBONNE UNIVERSITÉ**

ANNEE 2018

N°2018SORUM093

**THESE D'EXERCICE**  
**PRESENTEE POUR LE DIPLOME**  
**DE DOCTEUR EN MEDECINE**  
**Diplôme d'Etat**  
**SPECIALITE : Médecine Générale**

Par Mme LIM Barbara

Née le 18 juillet 1988 à Hong Kong

Présentée et soutenue publiquement le

18 décembre 2018

---

**DEPRESSION ET INEGALITES SOCIALES**  
**DE SANTE DANS LES PAYS DEVELOPPES**

---

**JURY :**

Directeur de thèse: Docteur CADWALLADER Jean Sébastien

Président de thèse : Professeur CORNET Philippe

Docteur MIRAMONT Vincent

Docteur NASCIMBENI Olivier

# REMERCIEMENTS

---

## **A monsieur le Professeur CORNET Philippe,**

Merci de m'avoir fait l'honneur de présider mon jury de thèse et d'avoir, en tant que tuteur, développé ma vision de la médecine générale à travers le monde hospitalier. Recevez ici toute ma reconnaissance et l'expression de mon plus profond respect.

## **A monsieur le Docteur CADWALLADER Jean-Sébastien,**

Merci d'avoir accepté de diriger ma thèse. Je te suis reconnaissante de m'avoir aidé à la finaliser dans un délai aussi court, d'avoir répondu à mes nombreuses sollicitations et de m'avoir rassuré lors de mes instants de panique. Reçois ici toute ma reconnaissance.

## **A monsieur le Docteur NASCIMBENI Olivier,**

Merci d'avoir bien voulu participer à ma soutenance de thèse. Je te remercie de m'aider lorsque je rencontre un souci au centre et désolée de vous avoir abandonné le temps de ma thèse. Je t'exprime toute ma gratitude.

## **A monsieur le Docteur MIRAMONT Vincent,**

Vous m'avez fait l'honneur d'avoir accepté de participer à ma soutenance de thèse, acceptez pour cela mes plus sincères remerciements.

## **Et maintenant on passe aux dédicaces personnelles!**

### **A ma famille,**

Merci de m'avoir poussé pour que je commence cette thèse et d'avoir continué à me motiver durant la rédaction. Merci Bib pour tes messages de « suivi » et à Nana pour ton aide en anglais. Merci de me supporter depuis toujours.

### **A Maman Yannou (Ghislaine),**

Je ne saurais te dire combien ton aide a été précieuse pour moi. Je n'aurais jamais pu terminer cette thèse à temps sans tes connaissances informatiques ni tes conseils avisés. Je te remercie de tout cœur de m'avoir soutenue et motivée durant cette épreuve. Je te serais éternellement reconnaissante de ton implication dans ma thèse. Je tenais également à remercier Papa Yannou (Jean Michel) de m'avoir laissé monopoliser ta femme durant cette thèse et également pour ton aide à la relecture.

### **A ma Kitou,**

Je te remercie d'avoir été et d'être toujours là pour moi depuis le début. Tu m'as été d'un soutien sans faille depuis la P1 et m'a rassuré à chaque moment de doute (et de panique pré-partiel!). Merci pour ta relecture et d'avoir bien voulu écouter mes plaintes. Je ne te remercierai jamais assez d'être une amie aussi précieuse. Merci pour tout.

### **A mon Namnam,**

Merci d'avoir été là pour m'encourager et me rassurer. Merci d'avoir participé à la relecture de ma thèse malgré tes horaires contraignants. Ton perfectionnisme, quelques fois exaspérant, m'a toutefois bien aidé pour cadrer cette thèse. Merci d'avoir supporté mes sautes d'humeurs et d'être toujours présent à mes côtés. Je t'aime et te suis reconnaissante d'avoir cru en moi durant cette épreuve. Je remercie ta famille qui m'a encouragé tout au long de cette thèse.

### **A mes Quiquempoix,**

Un grand merci à vous de vous être proposés pour me relire. Vos critiques pertinentes m'ont permis d'étayer cette thèse. Merci d'être à l'écoute et de me conseiller sur tous les pans de ma vie. Je vous exprime ici toute mon amitié et ma gratitude.

**A tous mes amis,**

Je vous remercie d'avoir partagé ma vie et mon parcours. Merci de m'avoir soutenue dans les moments difficiles et de m'avoir accompagné quoi qu'il adviennne. Je tenais à remercier tous ceux qui ont pu être présents à la soutenance et qui ont bien voulu partager cette étape importante pour moi.

# LISTE DES PROFESSEURS DES UNIVERSITES (ANNEE 2018)

---

## MEDECINE GENERALE

MAGNIER Anne Marie

CORNET Philippe



## SPECIALITE

- 1 ACAR Christophe Chirurgie thoracique PITIE SALPETRIERE
- 2 AIT OUFELLA Hafid Réanimation médicale SAINT ANTOINE
- 3 ALAMOWITCH Sonia Neurologie SAINT ANTOINE
- 4 AMARENCO Gérard Rééducation fonctionnelle TENON
- 5 AMOUR Julien Anesthésiologie PITIE SALPETRIERE
- 6 AMOURA Zahir Médecine interne PITIE SALPETRIERE
- 7 AMSELEM Serge Génétique TROUSSEAU
- 8 ANDRE Thierry Hépto Gastro Entérologie SAINT ANTOINE
- 9 ANDREELLI Fabrizio Endocrinologie PITIE SALPETRIERE
- 10 ANTOINE Jean-Marie Gynécologie obstétrique TENON
- 11 APARTIS Emmanuelle Physiologie SAINT ANTOINE
- 12 ARLET Guillaume Bactériologie TENON
- 13 ARNULF Isabelle Neurologie PITIE SALPETRIERE
- 14 ARRIVE Lionel Radiologie SAINT ANTOINE
- 15 ASSOUAD Jalal Chirurgie thoracique TENON
- 16 ASTAGNEAU Pascal Epidémiologie<sup>2</sup> PITIE-SALPETRIERE
- 17 AUBRY Alexandra Bactériologie PITIE SALPETRIERE
- 18 AUCOUTURIER Pierre Immunologie SAINT ANTOINE
- 19 AUDO Isabelle Ophtalmologie CHNO 15/20
- 20 AUDRY Georges Chirurgie viscérale infantile TROUSSEAU
- 21 AUTRAN Brigitte Immunologie/bio cellulaire PITIE SALPETRIERE

22 BACHELOT Anne Endocrinologie PITIE SALPETRIERE  
23 BALLADUR Pierre Chirurgie générale SAINT ANTOINE  
24 BALLESTER Marcos Gynécologie Obstétrique TENON  
25 BARBAUD Annick Dermatologie TENON  
26 BARROU Benoît Urologie PITIE SALPETRIERE  
27 BAUJAT Bertrand O.R.L. TENON  
28 BAULAC *Surnombre* Michel Anatomie/Neurologie PITIE SALPETRIERE  
29 BAUMELOU Alain Néphrologie PITIE SALPETRIERE  
30 BAZOT Marc Radiologie TENON  
31 BEAUGERIE Laurent Gastroentérologie/Nutrition SAINT ANTOINE  
32 BEAUSSIER Marc Anesthésiologie/Réanimation SAINT ANTOINE  
33 BELMIN Joël Médecine interne/Gériatrie Charles FOIX  
34 BENVENISTE Olivier Médecine interne PITIE SALPETRIERE  
35 BERENBAUM Francis Rhumatologie SAINT ANTOINE  
36 BERTOLUS Chloé Stomatologie PITIE SALPETRIERE  
37 BILLETTE DE VILLEMEUR Thierry Neuro pédiatrie TROUSSEAU  
38 BITKER Marc Olivier Urologie PITIE SALPETRIERE  
39 BOCCARA Franck Cardiologie SAINT ANTOINE  
40 BODAGHI Bahram Ophtalmologie PITIE SALPETRIERE  
41 BODDAERT Jacques Médecine interne/Gériatrie PITIE SALPETRIERE  
42 BOELLE Pierre Yves Bio statistiques SAINT ANTOINE  
43 BOFFA Jean-Jacques Néphrologie TENON  
44 BONNET Francis Anesthésiologie/Réanimation TENON  
45 BORDERIE Vincent Ophtalmologie CHNO 15/20  
46 BOUDGHENE-STAMBOULI Frank Radiologie TENON  
47 BRICE Alexis Génétique PITIE SALPETRIERE  
48 BROCHERIOU Isabelle Anatomie pathologique PITIE SALPETRIERE  
49 BRUCKERT Eric Endocrinologie PITIE SALPETRIERE  
50 CACOUB Patrice Médecine interne PITIE SALPETRIERE  
51 CADRANEL Jacques Pneumologie TENON

52 CALMUS Yvon Bio Cellulaire/Gastro Entérologie PITIE SALPETRIERE

53 CALVEZ Vincent Virologie PITIE SALPETRIERE

54 CAPRON *Surnombre* Frédérique Anatomie pathologique PITIE SALPETRIERE

55 CARBAJAL-SANCHEZ Diomedes Pédiatrie TROUSSEAU

56 CARETTE Marie-France Radiologie TENON

57 CARPENTIER Alexandre Neuro chirurgie PITIE SALPETRIERE

58 CARRAT Fabrice Biostatistiques/inf médicale SAINT ANTOINE

59 CARRIE Alain Biochimie PITIE SALPETRIERE

60 CATALA Martin Histologie et Cytologie PITIE SALPETRIERE

61 CAUMES Eric Maladies infectieuses/tropicales PITIE SALPETRIERE

62 CHABBERT BUFFET Nathalie Endocrinologie TENON

63 CHAMBAZ Jean Biologie cellulaire PITIE SALPETRIERE

64 CHARTIER-KASTLER Emmanuel Urologie PITIE SALPETRIERE

65 CHASTRE *Surnombre* Jean Réanimation chirurgicale PITIE SALPETRIERE

66 CHAZOILLERES Olivier Hépatologie SAINT ANTOINE

67 CHERIN Patrick Médecine interne PITIE SALPETRIERE

68 CHICHE Laurent Chirurgie vasculaire PITIE SALPETRIERE

69 CHIRAS *Surnombre* Jacques Radiologie/Imagerie médicale PITIE SALPETRIERE

70 CHRISTIN-MAITRE Sophie Endocrinologie SAINT ANTOINE

71 CLEMENT Annick Pneumologie TROUSSEAU

72 CLEMENT-LAUSCH Karine Nutrition PITIE SALPETRIERE

73 CLUZEL Philippe Radiologie/Imagerie médicale PITIE SALPETRIERE

74 COHEN Aron Cardiologie SAINT ANTOINE

75 COHEN David Pédo Psychiatrie PITIE SALPETRIERE

76 COHEN Laurent Neurologie PITIE SALPETRIERE

77 COLLET Jean-Philippe Cardiologie PITIE SALPETRIERE

78 COMBES Alain Réanimation médicale PITIE SALPETRIERE

79 CONSTANT Isabelle Anesthésiologie/réanimation TROUSSEAU

80 COPPO Paul Hématologie clinique SAINT ANTOINE

81 CORIAT Pierre Anesthésiologie/réanimation PITIE SALPETRIERE

- 82 CORNU Philippe Neuro chirurgie PITIE SALPETRIERE
- 83 CORVOL Henriette Pédiatrie TROUSSEAU
- 84 CORVOL Jean-Christophe Neurologie PITIE SALPETRIERE
- 85 COSNES *Surnombre* Jacques Gastro Entérologie/Nutrition SAINT ANTOINE
- 86 COULOMB Aurore Anatomie/cytolo patho TROUSSEAU
- 87 CUSSENOT Olivier Anatomie/Urologie TENON
- 88 DARAI Emile Gynécologie obstétrique TENON
- 89 DAUTZENBERG *Surnombre* Bertrand Pneumologie PITIE SALPETRIERE
- 90 DAVI Frédéric Hématologie biologique PITIE SALPETRIERE
- 91 DELATTRE Jean-Yves Neurologie PITIE SALPETRIERE
- 92 DELHOMMEAU François Hématologie biologique SAINT ANTOINE
- 93 DEMOULE Alexandre Pneumologie/réanimation PITIE SALPETRIERE
- 94 DERAY Gilbert Néphrologie PITIE SALPETRIERE
- 95 DOMMERGUES Marc Gynécologie obstétrique PITIE SALPETRIERE
- 96 DORMONT Didier Radiologie/imagerie médicale PITIE SALPETRIERE
- 97 DOUAY Luc Hématologie biologique TROUSSEAU
- 98 DOURSOUNIAN Levon Chirurgie orthopédique SAINT ANTOINE
- 99 DRAY Xavier Gastroentérologie SAINT ANTOINE
- 100 DUBOIS Bruno Neurologie PITIE SALPETRIERE
- 101 DUCOU LE POINTE Hubert Radiologie TROUSSEAU
- 102 DUGUET Alexandre Pneumologie PITIE SALPETRIERE
- 103 DUPONT DUFRESNE Sophie Anatomie/ Neurologie PITIE SALPETRIERE
- 104 DURR Alexandra Génétique PITIE SALPETRIERE
- 105 DUSSAULE Jean-Claude Physiologie SAINT ANTOINE
- 106 DUYCKAERTS Charles Anatomie/Cytologie pathologique PITIE SALPETRIERE
- 107 EL ALAMY Ismaël Hématologie biologique TENON
- 108 EYMARD Bruno Neurologie PITIE SALPETRIERE
- 109 FAIN Olivier Médecine interne SAINT ANTOINE
- 110 FARTOUKH Muriel Pneumologie/Réanimation TENON
- 111 FAUTREL Bruno Rhumatologie PITIE SALPETRIERE



- 112 FERON Jean-Marc Chirurgie orthopédique SAINT ANTOINE
- 113 FERRE Pascal Biochimie/Biologie moléculaire PITIE SALPETRIERE
- 114 FEVE Bruno Endocrinologie SAINT ANTOINE
- 115 FITOUSSI Franck Chirurgie infantile TROUSSEAU
- 116 FLEJOU Jean-François Anatomie pathologique SAINT ANTOINE
- 117 FLORENT Christian Hépto Gastro-Entérologie SAINT ANTOINE
- 118 FOIX L'HELIAS Laurence Pédiatrie TROUSSEAU
- 119 FONTAINE Bertrand Neurologie PITIE SALPETRIERE
- 120 FOSSATI Philippe Psychiatrie d'adultes PITIE SALPETRIERE
- 121 FOURET Pierre Anatomie/Cytologie pathologique PITIE SALPETRIERE
- 122 FOURNIER Emmanuel Physiologie PITIE SALPETRIERE
- 123 FRANCES *Surnombre* Camille Dermatologie TENON
- 124 FUNCK- BRENTANO Christian Pharmacologie PITIE SALPETRIERE
- 125 GALANAUD Damien Radiologie et imagerie médicale PITIE-SALPETRIERE
- 126 GARBARG CHENON Antoine Virologie TROUSSEAU
- 127 GIRARD Pierre Marie Maladies infectieuses/tropicales SAINT ANTOINE
- 128 GIRERD Xavier Thérapeutique/Endocrinologie PITIE SALPETRIERE
- 129 GLIGOROV Joseph Oncologie TENON
- 130 GOROCHOV Guy Immunologie PITIE SALPETRIERE
- 131 GOSSEC Laure Rhumatologie PITIE SALPETRIERE
- 132 GOUDOT Patrick Stomatologie PITIE SALPETRIERE
- 133 GRATEAU Gilles Médecine interne TENON
- 134 GRENIER *Surnombre* Philippe Radiologie PITIE SALPETRIERE
- 135 GRIMPREL Emmanuel Urgences pédiatriques TROUSSEAU
- 136 GUIDET Bertrand Réanimation médicale SAINT ANTOINE
- 137 HARTEMANN Agnès Endocrinologie PITIE SALPETRIERE
- 138 HAROCHE Julien Médecine interne PITIE SALPETRIERE
- 139 HATEM Stéphane Département de Cardiologie PITIE SALPETRIERE
- 140 HAUSFATER Pierre Thérapeutique/Médecine d'urgence PITIE SALPETRIERE
- 141 HAYMANN Jean-Philippe Physiologie TENON

- 142 HELFT Gérard Cardiologie PITIE SALPETRIERE
- 143 HENNEQUIN Christophe Parasitologie SAINT ANTOINE
- 144 HERSON *Surnombre* Serge Médecine interne PITIE SALPETRIERE
- 145 HERTIG Alexandre Néphrologie TENON
- 146 HOANG XUAN Khê Neurologie PITIE SALPETRIERE
- 147 HOURY Sydney Chirurgie digestive/viscérale TENON
- 148 HOUSSET Chantal Biologie cellulaire SAINT ANTOINE
- 149 HULOT Jean Sébastien Pharmacologie PITIE SALPETRIERE
- 150 ISNARD-BAGNIS Corinne Néphrologie PITIE SALPETRIERE
- 151 ISNARD Richard Cardiologie PITIE SALPETRIERE
- 152 JARLIER Vincent Bactériologie PITIE SALPETRIERE
- 153 JOUANNIC Jean-Marie Gynécologie obstétrique TROUSSEAU
- 154 JOUVENT Roland Psychiatrie d'adultes PITIE SALPETRIERE
- 155 JUST Jocelyne Pédiatrie TROUSSEAU
- 156 KALAMARIDES Michel Neurochirurgie PITIE SALPETRIERE
- 157 KAROUI Medhi Chirurgie digestive PITIE SALPETRIERE
- 158 KAS Aurélie Biophysique/Médecine nucléaire PITIE SALPETRIERE
- 159 KATLAMA Christine Maladies infectieuses/tropicales PITIE SALPETRIERE
- 160 KAYEM Gilles Gynécologie-Obstétrique TROUSSEAU
- 161 KLATZMANN David Immunologie PITIE SALPETRIERE
- 162 KOMAJDA *Surnombre* Michel Cardiologie PITIE SALPETRIERE
- 163 KOSKAS Fabien Chirurgie vasculaire PITIE SALPETRIERE
- 164 LACAU SAINT GUILY Jean ORL TENON
- 165 LACAVE Roger Histologie et Cytologie TENON
- 166 LACORTE Jean-Marc Biologie cellulaire PITIE SALPETRIERE
- 167 LAMAS Georges ORL PITIE SALPETRIERE
- 168 LANDMAN-PARKER Judith Hématologie/oncologie pédiatriques TROUSSEAU
- 169 LANGERON Olivier Anesthésiologie PITIE SALPETRIERE
- 170 LAPILLONNE Hélène Hématologie biologique TROUSSEAU
- 171 LAROCHE Laurent Ophtalmologie CHNO 15/20

172 LAZENNEC Jean-Yves Anatomie/Chirurgie orthopédique PITIE SALPETRIERE

173 LE FEUVRE Claude Cardiologie PITIE SALPETRIERE

174 LE GUERN Eric Génétique PITIE SALPETRIERE

175 LE HOANG Phuc Ophtalmologie PITIE SALPETRIERE

176 LEBLOND Véronique Hématologie clinique PITIE SALPETRIERE

177 LEENHARDT Laurence Endocrinologie/Médecine Nucléaire PITIE SALPETRIERE

178 LEFEVRE Jérémie Chirurgie générale SAINT ANTOINE

179 LEGRAND Ollivier Hématologie clinique SAINT ANTOINE

180 LEHERICY Stéphane Radiologie/imagerie médicale PITIE SALPETRIERE

181 LEMOINE François Immunologie PITIE SALPETRIERE

182 LEPRINCE Pascal Chirurgie thoracique PITIE SALPETRIERE

183 LESCOT Thomas Anesthésiologie/réanimation SAINT ANTOINE

184 LETAVERNIER Emmanuel Physiologie TENON

185 LEVERGER Guy Hématologie/oncologie pédiatriques TROUSSEAU

186 LEVY Rachel Histologie et Cytologie TENON

187 LEVY Richard Neurologie PITIE SALPETRIERE

188 LOTZ Jean-Pierre Oncologie médicale TENON

189 LUBETZKI Catherine Neurologie PITIE SALPETRIERE

190 LUCIDARME Olivier Radiologie PITIE SALPETRIERE

191 LUYT Charles Réanimation médicale PITIE SALPETRIERE

192 MAINGON Philippe Radiothérapie PITIE SALPETRIERE

193 MARCELIN Anne Geneviève Bactériologie PITIE SALPETRIERE

194 MARIANI *Surnombre* Jean Biologie cellulaire/médecine interne Charles FOIX

195 MARTEAU Philippe Gastroentérologie SAINT ANTOINE

196 MASQUELET Alain Charles Chirurgie Orthopédique SAINT ANTOINE

197 MAURY Eric Réanimation médicale SAINT ANTOINE

198 MAZERON *Surnombre* Jean-Jacques Radiothérapie PITIE SALPETRIERE

199 MAZIER *Surnombre* Dominique Parasitologie PITIE SALPETRIERE

200 MENEGAUX Fabrice Chirurgie générale PITIE SALPETRIERE

201 MENU Yves Radiologie SAINT ANTOINE

202 MEYOHAS Marie Caroline Maladies infectieuses/tropicales SAINT ANTOINE  
203 MILLET Bruno Psychiatrie d'adultes PITIE SALPETRIERE  
204 MITANCHEZ Delphine Néonatalogie TROUSSEAU  
205 MOHTY Mohamad Hématologie clinique SAINT ANTOINE  
206 MONTALESCOT Gilles Cardiologie PITIE SALPETRIERE  
207 MONTRAVERS Françoise Biophysique/Médecine nucléaire TENON  
208 MOZER Pierre Urologie PITIE SALPETRIERE  
209 NACCACHE Lionel Physiologie PITIE SALPETRIERE  
210 NAVARRO Vincent Neurologie PITIE SALPETRIERE  
211 NETCHINE Irène Physiologie TROUSSEAU  
212 NGUYEN KHAC Florence Hématologie biologique PITIE SALPETRIERE  
213 NGUYEN QUOC Stéphanie Hématologie clinique PITIE SALPETRIERE  
214 NIZARD Jacky Gynécologie – Obstétrique PITIE SALPETRIERE  
215 OPPERT Jean-Michel Nutrition PITIE SALPETRIERE  
216 PAQUES Michel Ophtalmologie CHO 15/20  
217 PARC Yann Chirurgie digestive SAINT ANTOINE  
218 PASCAL-MOUSSELLARD Hugues Chirurgie orthopédique PITIE SALPETRIERE  
219 PATERON Dominique Thérapeutique/accueil des urgences SAINT ANTOINE  
220 PAUTAS Eric Gériatrie Charles FOIX  
221 PAYE François Chirurgie générale/digestive SAINT ANTOINE  
222 PERETTI Charles Psychiatrie d'Adultes SAINT ANTOINE  
223 PERIE Sophie ORL TENON  
224 PETIT Arnaud Pédiatrie TROUSSEAU  
225 PIALOUX Gilles Maladies infectieuses/tropicales TENON  
226 PLAISIER Emmanuelle Néphrologie TENON  
227 POIROT Catherine Cytologie et Histologie  
228 POITOU-BERNERT Christine Nutrition PITIE SALPETRIERE  
229 POYNARD *Surnombre* Thierry Hépatogastroentérologie PITIE SALPETRIERE  
230 PRADAT Pascale Rééducation Fonctionnelle PITIE SALPETRIERE  
231 PUYBASSET Louis Anesthésiologie/Réanimation PITIE SALPETRIERE

232 RATIU Vlad Hépatogastroentérologie PITIE SALPETRIERE

233 RAUX Mathieu Anesthésiologie/réanimation PITIE SALPETRIERE

234 RAY Patrick Réanimation/Médecine Urgence TENON

235 REDHEUIL Alban Radiologie PITIE SALPETRIERE

236 RIOU Bruno Urgences médico chirurgicales PITIE SALPETRIERE

237 ROBAIN Gilberte Rééducation Fonctionnelle ROTHSCHILD

238 ROBERT Jérôme Bactériologie PITIE SALPETRIERE

239 RODRIGUEZ Diana Neurologie pédiatrie TROUSSEAU

240 RONCO Pierre Marie Néphrologie / Dialyse TENON

241 RONDEAU Eric Néphrologie TENON

242 ROSMORDUC Olivier Hépatogastroentérologie SAINT ANTOINE

243 ROUGER Philippe Hématologie INTS

244 ROUPRET Morgan Urologie PITIE SALPETRIERE

245 ROZE Emmanuel Neurologie PITIE SALPETRIERE

246 SAHEL José-Alain Ophtalmologie CHNO 15/20

247 SAMSON Yves Neurologie PITIE SALPETRIERE

248 SANSON Marc Histologie/Neurologie PITIE SALPETRIERE

249 SARI ALI El Hadi Chirurgie orthopédique PITIE SALPETRIERE

250 SAUTET Alain Chirurgie orthopédique SAINT ANTOINE

251 SCATTON Olivier Chirurgie Hépatobiliaire PITIE SALPETRIERE

252 SEILHEAN Danielle Anatomie pathologique PITIE SALPETRIERE

253 SEKSIK Philippe Hépatogastroentérologie SAINT ANTOINE

254 SELLAM Jérémie Rhumatologie SAINT ANTOINE

255 SEZEUR Alain Chirurgie générale DIACONESSES

256 SIFFROI Jean-Pierre Génétique TROUSSEAU

257 SIMILOWSKI Thomas Pneumologie PITIE SALPETRIERE

258 SIMON Tabassome Pharmacologie clinique SAINT ANTOINE

259 SOKOL Harry Gastroentérologie SAINT ANTOINE

260 SOUBRIER Florent Génétique PITIE SALPETRIERE

261 SPANO Jean-Philippe Oncologie médicale PITIE SALPETRIERE

262 STANKOFF Bruno Neurologie SAINT ANTOINE  
263 STEICHEN Olivier Urgences médico chirurgicales TENON  
264 STERKERS Olivier ORL PITIE SALPETRIERE  
265 STRAUS Christian Physiologie PITIE SALPETRIERE  
266 SVRCEK Magali Anatomie pathologique SAINT ANTOINE  
267 TALBOT Jean-Noël Médecine nucléaire TENON  
268 TANKERE Frédéric ORL PITIE SALPETRIERE  
269 THABUT Dominique Hépatogastroentérologie PITIE SALPETRIERE  
270 THOMAS *Surnombre* Guy Médecine légale/Psy d'adultes SAINT ANTOINE  
271 THOMASSIN-NAGGARA Isabelle Radiologie TENON  
272 THOUMIE Philippe Rééducation fonctionnelle ROTHSCHILD  
273 TIRET *Surnombre* Emmanuel Chirurgie générale/digestive SAINT ANTOINE  
274 TOUBOUL Emmanuel Radiothérapie TENON  
275 TOUNIAN Patrick Gastroentérologie/nutrition TROUSSEAU  
276 TOURAINE Philippe Endocrinologie PITIE SALPETRIERE  
277 TRAXER Olivier Urologie TENON  
278 TRESALLET Christophe Chirurgie générale PITIE SALPETRIERE  
279 TRUGNAN Germain Biochimie SAINT ANTOINE  
280 TUBACH Florence Biostatistiques/inf médicale PITIE SALPETRIERE  
281 ULINSKI Tim Pédiatrie TROUSSEAU  
282 UZAN Catherine Chirurgie générale/Gynécologie PITIE SALPETRIERE  
283 VAILLANT Jean-Christophe Chirurgie générale PITIE SALPETRIERE  
284 VERNY Marc Médecine interne/Gériatrie PITIE SALPETRIERE  
285 VIALLE Raphaël Chirurgie infantile TROUSSEAU  
286 VIDAILHET Marie José Neurologie PITIE SALPETRIERE  
287 VIGOUROUX Corinne Biologie cellulaire SAINT ANTOINE  
288 WALTI Hervé Pédiatrie / Néo natalité TROUSSEAU  
289 WENDUM Dominique Anatomie pathologique SAINT ANTOINE  
290 WISLEZ Marie Pneumologie TENON

# LISTE DES MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

---

## **MEDECINE GENERALE**

IBANEZ Gladys

CADWALLADER Jean-Sébastien

## **SPECIALITE**

1 ALLENBACH *Stagiaire* Yves Médecine interne PITIE SALPETRIERE

2 AMIEL Corinne Virologie TENON

3 ARON WISNEWSKY Judith Nutrition PITIE SALPETRIERE

4 ATLAN Michael Chirurgie reconstructrice TENON

5 AUBART COHEN Fleur Médecine interne PITIE SALPETRIERE

6 BACHET Jean-Baptiste Hépto Gastro Entérologie PITIE SALPETRIERE

7 BACHY *Stagiaire* Manon Chirurgie infantile TROUSSEAU

8 BARBU Véronique Biochimie SAINT ANTOINE

9 BELLANNE-CHANTELOT Christine Génétique PITIE SALPETRIERE

10 BELLOCQ Agnès Physiologie/Explo fonctionnelle PITIE SALPETRIERE

11 BENOLIEL Jean-Jacques Biochimie PITIE SALPETRIERE

12 BENSIMON Gilbert Pharmacologie PITIE SALPETRIERE

13 BERLIN Ivan Pharmacologie PITIE SALPETRIERE

14 BIELLE *Stagiaire* Franck Anatomie pathologique PITIE SALPETRIERE

15 BILHOU-NABERA Chrystèle Génétique SAINT ANTOINE

16 BIOUR Michel Pharmacologie SAINT ANTOINE

17 BLONDIAUX Eléonore Radiologie TROUSSEAU

18 BOISSAN Matthieu Biologie cellulaire TENON

19 BOUHERAOUA *Stagiaire* Nacim Ophtalmologie 15/20

20 BOULE Michèle Physiologie TROUSSEAU

21 BOURRON Olivier Endocrinologie PITIE SALPETRIERE

22 BOUTOLLEAU David Virologie PITIE SALPETRIERE

23 BRIOUDE Frédéric Physiologie TROUSSEAU  
24 BRISSOT *Stagiaire* Eolia Hématologie clinique SAINT ANTOINE  
25 BUOB David Anatomie pathologique TENON  
26 BURREL Sonia Virologie PITIE SALPETRIERE  
27 CANLORBE *Stagiaire* Geoffroy Chirurgie /Gynécologie PITIE SALPETRIERE  
28 CERVERA Pascale Anatomie pathologique SAINT ANTOINE  
29 CHAPIRO Elise Hématologie biologique PITIE SALPETRIERE  
30 CHAPPUY Hélène Pédiatrie TROUSSEAU  
31 CHARLOTTE Frédéric Anatomie pathologique PITIE SALPETRIERE  
32 CLARENCON Frédéric Radiologie et imagerie médicale PITIE SALPETRIERE  
33 COMPERAT Eva Maria Anatomie pathologique TENON  
34 CONTI -MOLLO Filomena Bio cellulaire Chirurgie hépatique PITIE SALPETRIERE  
35 COTE Jean-François Anatomie pathologique PITIE SALPETRIERE  
36 COULET Florence Génétique PITIE SALPETRIERE  
37 COUVERT Philippe Biochimie PITIE SALPETRIERE  
38 DANZIGER Nicolas Physiologie PITIE SALPETRIERE  
39 DECRE Dominique Bactériologie virologie SAINT ANTOINE  
40 DEGOS Vincent Anesthésiologie Réanimation PITIE SALPETRIERE  
41 DUPONT *Stagiaire* Charlotte Biologie de la reproduction TENON  
42 ECKERT *Stagiaire* Catherine Virologie SAINT ANTOINE  
43 ERRERA Marie-Hélène Ophtalmologie CHNO 15/20  
44 ESCUDIER Estelle Histologie/Génétique TROUSSEAU  
45 FAJAC-CALVET Anne Histologie Embryologie TENON  
46 FEKKAR Arnaud Parasitologie PITIE SALPETRIERE  
47 FERRERI Florian Psychiatrie Adultes SAINT ANTOINE  
48 FREUND Yonathan Médecine d'Urgences PITIE SALPETRIERE  
49 GANDJBAKHCH *Stagiaire* Estelle Cardiologie PITIE SALPETRIERE  
50 GARDERET Laurent Hématologie SAINT ANTOINE  
51 GAURA-SCHMIDT Véronique Biophysique TENON  
52 GAY Frederick Parasitologie PITIE SALPETRIERE



53 GAYMARD Bertrand Physiologie PITIE SALPETRIERE  
*MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES*  
PRATICIENS HOSPITALIERS

54 GEORGIN LAVIALLE Sophie Médecine interne TENON

55 GEROTZAFAS Grigoris Hématologie clinique TENON

56 GIRAL Philippe Endocrinologie/Métabolisme PITIE SALPETRIERE

57 GOZLAN Joël Bactériologie Virologie SAINT ANTOINE

58 GUIHOT THEVENIN Amélie Immunologie PITIE SALPETRIERE

59 GUITARD Juliette Parasitologie SAINT ANTOINE

60 HABERT Marie-Odile Biophysique/Méd. Nucléaire PITIE SALPETRIERE

61 HUBERFELD Gilles Physiologie PITIE SALPETRIERE

62 HYON Capucine Histologie Embryologie TROUSSEAU

63 ID BAIH Ahmed Neurologie PITIE SALPETRIERE

64 IRTAN Sabine Chirurgie infantile TROUSSEAU

65 JERU Isabelle Génétique SAINT ANTOINE

66 JOHANET Catherine Immunologie SAINT ANTOINE

67 JOYE Nicole Génétique SAINT ANTOINE

68 KARACHI AGID Carine Neurochirurgie PITIE SALPETRIERE

69 KIFFEL Thierry Biophysique/Méd. Nucléaire TENON

70 KINUGAWA-BOURRON Kiyoka Médecine interne/Gériatrie Charles FOIX

71 LACOMBE Karine Maladies Infectieuses SAINT ANTOINE

72 LACOMBLEZ Lucette Pharmacologie PITIE SALPETRIERE

73 LAFUENTE Carmelo Médecine interne/Gériatrie Charles FOIX

74 LAMAZIERE Antonin Biochimie SAINT ANTOINE

75 LAMBERT-NICLOT *Stagiaire* Sidonie Bactériologie SAINT ANTOINE

76 LAPIDUS Nathanaël Biostatistiques/ informatique médicale SAINT ANTOINE

77 LASCOLS Olivier Biologie cellulaire SAINT ANTOINE

78 LAUNOIS-ROLLINAT Sandrine Physiologie SAINT ANTOINE

79 LAURENT Claudine Pédiopsychiatrie PITIE SALPETRIERE

80 LAVENEZIANA Pierantonio Physiologie PITIE SALPETRIERE

- 81 LE BIHAN Johanne Biochimie PITIE SALPETRIERE
- 82 LEBRETON Guillaume Chirurgie thoracique PITIE SALPETRIERE
- 83 LUSSEY-LEPOUTRE *Stagiaire* Charlotte Biophysique/Méd. Nucléaire PITIE SALPETRIERE
- 84 MAKSUD Philippe Biophysique/Méd. Nucléaire PITIE SALPETRIERE
- 85 MEKINIAN Arsène Médecine interne SAINT ANTOINE
- 86 MESNARD Laurent Néphrologie TENON
- 87 MOCHEL Fanny Génétique PITIE SALPETRIERE
- 88 MOHAND-SAID Saddek Ophtalmologie CHNO 15/20
- 89 MORAND Laurence Bactériologie virologie SAINT ANTOINE
- 90 MORENO-SABATER Alicia Parasitologie SAINT ANTOINE
- 91 NAVA *Stagiaire* Caroline Génétique PITIE SALPETRIERE
- 92 NGUYEN *Stagiaire* Yann O.R.L. PITIE SALPETRIERE
- 93 PEYRE Matthieu Neurochirurgie PITIE SALPETRIERE
- 94 PLU Isabelle Médecine légale PITIE SALPETRIERE
- 95 POIRIER Jean-Marie Pharmacologie clinique PITIE SALPETRIERE
- 96 POURCHER Valérie Maladies infectieuses/tropicales PITIE SALPETRIERE
- 97 QUESNEL Christophe Anesthésiologie TENON
- 98 RAINTEAU Dominique Biologie cellulaire PITIE SALPETRIERE
- 99 REDOLFI Stefania Pneumologie PITIE SALPETRIERE
- 100 RENARD-PENNA *Stagiaire* Raphaële Radiologie et imagerie médicale TENON
- 101 ROOS-WEIL *Stagiaire* Damien Hématologie clinique PITIE SALPETRIERE
- 102 ROSENBAUM *Stagiaire* David Thérapeutique/Endocrinologie PITIE SALPETRIERE
- 103 ROSENHEIM Michel Epidémiologie/Santé publique PITIE SALPETRIERE
- 104 ROSENZWAJG Michelle Immunologie PITIE SALPETRIERE
- 105 ROSSO Charlotte Urgences cérébro vasculaires PITIE SALPETRIERE
- 106 ROUSSEAU Géraldine Chirurgie générale PITIE SALPETRIERE
- 107 SAADOUN David Médecine interne PITIE-SALPETRIERE
- 108 SCHMIDT *Stagiaire* Mathieu Réanimation médicale PITIE SALPETRIERE
- 109 SCHNURIGER Aurélie Bactériologie-Virologie TROUSSEAU

- 110 SEROUSSI FREDEAU Brigitte Santé Publique TENON
- 111 SERVAIS Laurent Chirurgie orthopédique pédiatrie TROUSSEAU
- 112 SILVAIN Johanne Département de Cardiologie PITIE-SALPETRIERE
- 113 SORIA Angèle Dermatologie/Allergologie TENON
- 114 SOUGAKOFF Wladimir Bactériologie PITIE SALPETRIERE
- 115 SOUSSAN Patrick Virologie TENON
- 116 TANKOVIC Jacques Bactériologie virologie SAINT ANTOINE
- 117 TEZENAS DU MONTCEL Sophie Biostatistiques/ informatique médicale PITIE SALPETRIERE
- 118 THELLIER Marc Parasitologie PITIE SALPETRIERE
- 119 TISSIER-RIBLE Frédérique Anatomie pathologique PITIE SALPETRIERE
- 120 TOUITOU Valérie Ophtalmologie PITIE SALPETRIERE
- 121 TOURRET Jérôme Néphrologie PITIE SALPETRIERE
- 122 VATIER Camille Biologie cellulaire SAINT ANTOINE
- 123 VAYLET Claire Biophysique/Méd. Nucléaire TROUSSEAU
- 124 VEZIRIS Nicolas Bactériologie PITIE SALPETRIERE
- 125 VIMONT BILLARANT Sophie Bactériologie TENON
- 126 WAGNER *Stagiaire* Mathilde Radiologie et imagerie médicale PITIE SALPETRIERE
- 127 YORDANOV *Stagiaire* Youri Thérapeutique/Médecine d'urgences TENON

# TABLE DES MATIERES

---

<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>2</b>
<b>LISTE DES PROFESSEURS DES UNIVERSITES (ANNEE 2018)</b> .....	<b>5</b>
<b>LISTE DES MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES</b> .....	<b>15</b>
<b>TABLE DES MATIERES</b> .....	<b>20</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES</b> .....	<b>22</b>
<b>LISTE DES ACRONYMES/ ABRÉVIATIONS UTILISES</b> .....	<b>23</b>
<b>1. INTRODUCTION</b> .....	<b>25</b>
<b>2. METHODE</b> .....	<b>29</b>
2.1. TYPE D'ÉTUDE .....	29
2.2. CRITÈRES D'INCLUSION .....	29
2.3. CRITÈRES D'EXCLUSION .....	32
2.4. RECHERCHE DES ARTICLES .....	32
2.5. SÉLECTION MÉTHODOLOGIQUE DES ARTICLES .....	33
2.6. DONNÉES STATISTIQUES .....	34
<b>3. RESULTATS</b> .....	<b>36</b>
3.1. RÉCAPITULATIF DE LA SÉLECTION D'ARTICLES .....	36
3.2. ANALYSE DES ARTICLES RETENUS .....	38
3.3. ÉVOLUTION DE LA DÉPRESSION AU COURS DU TEMPS. ....	53
3.3.1. <i>Prévalence selon le genre</i> .....	57
3.3.2. <i>Augmentation de la prévalence brute</i> .....	59
3.4. ASSOCIATION ENTRE LES FACTEURS D'INÉGALITÉ SOCIALE ET LA DÉPRESSION. ....	62
3.4.1. <i>Critères démographiques</i> .....	71
3.4.2. <i>Le niveau d'étude : une association controversée</i> .....	71
3.4.3. <i>Association avec le niveau d'emploi ou de revenu</i> .....	73
3.4.4. <i>Association à l'ethnicité et la discrimination</i> .....	74
3.5. CONSTITUTION DES GRADIENTS SOCIO-ÉCONOMIQUE .....	76
<b>4. DISCUSSION</b> .....	<b>82</b>
4.1. RÉSULTATS PRINCIPAUX .....	82
4.2. LIMITES .....	83
4.2.1. <i>Système diagnostic</i> .....	83

4.2.2. <i>Limites méthodologiques</i> .....	83
4.2.3. <i>Limites d'interprétation des résultats</i> .....	84
4.2.4. <i>Limites externes.</i> .....	86
4.3. VALIDITÉ EXTERNE .....	87
4.4. PERSPECTIVES .....	89
<b>5. CONCLUSION</b> .....	<b>93</b>
<b>6. BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>94</b>
<b>7. ANNEXES:</b> .....	<b>101</b>
ANNEXE 1: GRILLE DE SCORE MÉTHODOLOGIQUE DE LONEY DE 1998 .....	101
ANNEXE 2 : TABLEAU DE PRÉVALENCE BRUTE PAR PAYS .....	102
ANNEXE 3: TABLEAU DE PRÉVALENCE BRUTE PAR SEXE .....	103
ANNEXE 4: NIVEAUX D'ASSOCIATIONS ENTRE TOUS LES CRITÈRES SOCIO-ÉCO-DÉMOGRAPHIQUE ET LA DÉPRESSION .....	104
ANNEXE 4 BIS: NIVEAUX D'ASSOCIATIONS ENTRE LES CRITÈRES SOCIO-ÉCO-DÉMOGRAPHIQUE ET LA DÉPRESSION : STRATIFICATION ETHNIQUE .....	114
ANNEXE 5: TABLEAU DE LA PRÉVALENCE DE LA DÉPRESSION SELON LES CATÉGORIES SOCIO-ÉCONOMIQUES PAR PAYS.....	115
ANNEXE 6 : LISTE DES ARTICLES NON SÉLECTIONNÉS APRÈS LECTURE COMPLÈTE .....	116
<b>8. RESUME</b> .....	<b>123</b>

## LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

---

Figure 1: Diagramme de sélection des articles .....	37
Figure 2: Graphique de prévalence de la dépression selon le sexe et l'âge. ....	58
Figure 3: Graphique d'évolution du taux de prévalence brute au cours du temps. ....	61
Figure 4: Prévalence de la dépression selon un gradient socio-économique par pays.....	78
Tableau 1: Liste IDH 2015 (Publié en 2016) .....	31
Tableau 2: Caractéristiques des articles retenus .....	39
Tableau 3: Prévalences brutes de la dépression par pays.....	54
Tableau 4: Niveaux d'association entre les facteurs d'inégalité sociale et la dépression	63
Tableau 5: Critères d'association entre les facteurs socio-économiques, démographiques et la dépression .....	75
Tableau 6: Prévalence de la dépression selon le gradient socio-économique au cours du temps .....	81

## **LISTE DES ACRONYMES/ ABRÉVIATIONS UTILISES**

---

AKF : Institute of Local Government Studies in Denmark

aOR : Odd Ratio ajusté

APA : American Psychiatric Association

AUDADIS-IV : Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-IV

CIDI/ CIDI-SF : Composite International Diagnostic Interview

CPSE : Collaborative Psychiatric Epidemiology Surveys

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DR : Différence Relative

ECR : Essai Contrôlé Randomisé

EDM : Episode Dépressif Majeur

ICD-10 : International Classification of Diseases

IDH : Indice de Développement Humain

MINI : Mini International Neuropsychiatric Interview

MG : Médecins Généralistes

MDI : Major Depression Inventory

NESARC : National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions

NIAAA : US National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism

NLAAS : National Latino and Asian American Study

NCS-R : National Comorbidity Survey Replication

NSAL : National Survey of American Life

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OR : Odd Ratio

PIB : Produit Intérieur Brut

SCR : suivi de contrôle de routine

SE : Socio-Economique

UCB : US Census Bureau

USA : United States of America

WMH-CIDI : World Mental Health 2000 version of the Composite International Diagnostic Interview

WHO-CIDI : World Health Organization Composite International Diagnostic Interview

WES : Women's Employment Study



# **1. INTRODUCTION**

La dépression a des répercussions importantes tant au niveau personnel que professionnel. D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) elle pourrait devenir, en 2020, l'une des principales causes de maladie dans le monde (1).

Actuellement, elle est l'une des maladies psychiatriques les plus fréquentes et affecterait environ 350 millions de personnes dans le monde (1) et environ 3 millions en France (2).

En France, huit pour cent des personnes de 15 à 75 ans vivraient une dépression au cours de l'année et environ vingt pour cent aurait déjà vécu ou vivra une dépression au cours de sa vie (2).

La dépression est une maladie qui touche plus fréquemment les femmes que les hommes (3) et dont le déclenchement peut survenir à tout âge (de l'enfance à un âge très avancé). Elle atteindrait plus souvent les personnes jeunes (2) ou sans emploi (3).

D'après un rapport de l'OMS, cette maladie peut générer une invalidité des individus concernés sur la moitié de leur vie. Cinquante pour cent des congés pour maladie chronique seraient imputables à la dépression et l'anxiété généralisée. Elle aurait un coût approximatif de 170 milliards d'euros par an pour l'Union Européenne (4).

La dépression est caractérisée par des symptômes tels que la tristesse, la perte d'intérêt ou de plaisir, la perte d'énergie, des sentiments de culpabilité ou de faible estime de soi, des troubles du sommeil ou de l'appétit, une fatigue physique et/ou mentale ou un manque de concentration. Elle s'accompagne souvent de trouble de l'anxiété (1)(3).

Le diagnostic de syndrome dépressif majeur repose sur des critères diagnostiques particuliers. Ils étaient définis jusqu'en 2013 par le DSM-IV-TR(5) (6) (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) puis, après révision de ce manuel, par les critères du DSM-5 (7)(8) publié par l' « American Psychiatric Association » (APA).

**Les critères du DSM-5 sont caractérisés par les 5 points suivants : (7)**

« **A. Un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs (EDM) :** Les symptômes 1 et/ou 2 sont obligatoires et il faut réunir 5 critères ou plus pendant une durée supérieure ou égale à 2 semaines. Un symptôme ne peut être retenu que s'il représente un changement par rapport à l'état antérieur et s'il ne peut être imputé à une autre affection médicale.

1. **Tristesse :** Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours, rapportée de façon subjective (sentiment de tristesse, de vide, de désespoir), ou par les observations de l'entourage (comportement larmoyant).
2. **Anhédonie :** Réduction marquée de l'intérêt ou du plaisir dans toutes, ou presque toutes les activités quasiment toute la journée, presque tous les jours (rapports subjectifs ou observations).
3. **Trouble appétit et/ou du poids :** Perte de poids significative en l'absence de régime, ou gain de poids significatif (par exemple variation  $\geq 5\%$  de la masse corporelle en  $\leq 1$  mois), ou réduction ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
4. **Trouble du sommeil :** Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
5. **Agitation ou ralentissement psychomoteur** presque tous les jours (objectivable par l'entourage, pas simple ressenti subjectif d'impatience ou de ralentissement).
6. **Fatigue** ou manque d'énergie quasi quotidien. Sentiment d'indignité, ou de **culpabilité** excessive ou inappropriée (qui peut être délirant), presque tous les jours (pas simplement se faire le reproche ou se sentir coupable d'être malade).
7. **Réduction des capacités réflexives** ou de concentration, ou indécision quasi quotidiennes (rapports subjectifs ou observations).
8. **Pensées récurrentes autour de la mort** (pas une simple peur de mourir), idéation suicidaire récurrentes sans ou avec élaboration d'un plan ou tentative de suicide.

**B.** La symptomatologie est responsable d'une détresse cliniquement significative ou une détérioration du fonctionnement social, professionnel ou tout autre domaine fonctionnel important.

C. L'épisode n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre pathologie médicale.

D. Le trouble n'est pas mieux expliqué par un trouble schizo-affectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou un autre trouble du spectre de la schizophrénie et autres trouble psychotiques spécifié ou non spécifié.

E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomane. NB : ce critère d'exclusion n'est pas valable si tous les épisodes maniques ou hypomanes sont induits par une substance ou attribuables aux effets physiologiques d'une autre affection médicale. »

Les principales nouveautés apportées par le DSM-5 permettent une meilleure caractérisation de la dépression via la disparition de l'évaluation multiaxiale, de l'intérêt tournée vers la clinique et de l'apparition d'une nouvelle structure en vingt catégories dans la section II (9).

Cette maladie peut évoluer de manière chronique ou récurrente, invalidant l'individu dans les activités de la vie quotidienne et dans le pire des cas le conduire au suicide (10).

La dépression est un problème de santé mentale complexe autant psychique que physiologique, dont les mécanismes sont multiples et restent encore mal connus.

Certains facteurs déclenchant ont été identifiés sans toutefois présenter de caractère obligatoire. Ces derniers peuvent être somatiques (post-partum, hypothyroïdie..), comme sociaux (événements et situations de vie stressants : séparation, décès, perte d'emploi; consommation de substances psychoactives comme le cannabis ou l'alcool). Des recherches sont également menées afin d'étudier la part génétique de cette atteinte (11). Ces nombreuses comorbidités, lorsqu'associées à la dépression, peuvent induire une aggravation ou une persistance du syndrome dépressif (12).

Des inégalités sociales de santé ont été observées dans de nombreux pays. Il semblerait que lorsque le niveau socio-économique est faible, les risques de troubles mentaux sont plus importants (13) (14).

Une méta-analyse réalisée en 2002 a démontré que la prévalence, l'incidence et la persistance du syndrome dépressif majeur étaient plus importants dans les groupes appartenant à des classes socio-économiques basses (15).

Il existe également une inégalité tant au niveau du diagnostic, lié à la stigmatisation de cette maladie (16) (17), qu'à sa prise en charge. D'après les chiffres recueillis par l'OMS, la moitié des dépressions majeures ne seraient pas traitées (4).

A travers cette revue de littérature, un gradient socio-économique de la prévalence de la dépression a été vérifié. Puis une étude de son évolution sur les vingt dernières années a été entreprise.

## **2. METHODE**

### **2.1. Type d'étude**

L'étude réalisée était une revue systématique de la littérature selon les critères de l'échelle PRISMA-Equity 2012 (18). Cette échelle a proposé une ligne directrice afin d'effectuer une revue de littérature concernant des inégalités sociales de santé.

### **2.2. Critères d'inclusion**

Les critères d'inclusion ont rassemblé les articles dont l'objectif principal était d'étudier le taux de prévalence de la dépression selon des caractéristiques socio-économiques.

Les articles ont été inclus dans cette revue s'ils étudiaient le syndrome dépressif majeur unipolaire et non psychotique défini selon les critères du DSM-III-R, du DSM-IV ou du DSM-5. Les articles retenus se devaient d'être publiés sur les vingt dernières années, c'est-à-dire de 1998 à 2018.

Les pays ont été sélectionnés selon leur indice de développement humain (IDH), mesure construite par le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) afin d'évaluer de manière qualitative le développement des pays. Cet indicateur se réfère au PIB (Produit Intérieur Brut) par habitant, à l'espérance de vie et au niveau d'éducation des enfants à partir de l'âge de 15 ans. L'IDH est représenté par un nombre compris entre 0 et 1 (plus l'IDH est proche de 1 et plus le niveau de développement du pays est important) (19) (20).

Les articles retenus devaient avoir un indice de développement humain supérieur à celui de la France afin de permettre une comparabilité (excepté la Belgique dont l'IDH était inférieur de 0.001 à celui de la France d'après les recueils 2015 mais

présentait un IDH supérieur en 2014). Seul les pays développés ont été intégrés à la base d'étude, ce qui a permis d'avoir une uniformité de situations épidémiologiques. La liste des pays sélectionnés ainsi que leur IDH ont été récapitulés au sein du *Tableau 1*.

*Tableau 1: Liste IDH 2015 (Publié en 2016)*

RANG	PAYS	ESTIMATION POUR 2015
1	Norvège	0.949
2	Australie	0.939
3	Suisse	0.939
4	Allemagne	0.926
5	Danemark	0.925
6	Singapour	0.925
7	Pays-Bas	0.924
8	Irlande	0.923
9	Islande	0.921
10	Canada	0.920
11	États-Unis	0.920
12	Hong-Kong	0.917
13	Nouvelle-Zélande	0.915
14	Suède	0.913
15	Liechtenstein	0.912
16	Royaume-Unis	0.909
17	Japon	0.903
28	Corée du sud	0.901
19	Israël	0.899
20	Luxembourg	0.898
21	France	0.897
22	Belgique	0.896

### **2.3. Critères d'exclusion**

Les études comportant un échantillon de petite taille (inférieur à trois cents sujets) ou portant sur un sous-groupe spécifique en termes de morbidité (par exemple diabète ou tabagisme) ont été exclues de l'analyse afin d'assurer une comparabilité des données.

Les études non représentatives de la population générale du pays ou celles ayant des biais méthodologiques importants ont également été exclues (manque important de données ou méthode de recueil non décrite).

La définition de l'APA concernant le syndrome dépressif majeur est « la présence d'un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs en l'absence de manie, d'hypomanie ou d'épisodes mixtes » (8).

Le syndrome dépressif majeur étant notre variable étudiée, toutes les études traitant d'« Episode Dépressif Majeur » (EDM) sans renseignements supplémentaires permettant d'exclure les troubles psychotiques et bipolaires ont également été exclues de l'analyse.

### **2.4. Recherche des articles**

La recherche des articles a été effectuée via PubMed, le principal moteur de recherche de données bibliographiques médicales. Les articles retenus sont en langue anglaise car les principales recommandations internationales concernant la dépression étaient basées sur des données de la littérature anglophones. Le DSM-5 en est l'exemple car établi par l'« American Psychiatric Association » qui, comme son nom l'indique, est américaine.

Les articles ont été choisis après lecture des titres et des résumés puis par lecture complète de l'article.



L'équation de recherche utilisée a été :

("Health Status Disparities"[Mesh]) OR "Healthcare Disparities"[Mesh]) OR "Socioeconomic Factors"[Mesh]) AND "Depressive Disorder, Major"[Mesh]

Séquençage de la construction de l'algorithme:

- "Depression"[Mesh] : mot clé non sélectionné car caractérisait plus l'humeur dépressive ou la tristesse simple, ce qui aurait pu poser un problème diagnostic car définition aspécifique n'incluant pas tous les critères du DSM-5 ;
- "Depressive Disorder"[Mesh] : incluait la dépression du post-partum qui appartient à un sous-groupe donc nous avons préféré choisir l'utilisation du terme « depressive disorder major » afin d'exclure ce groupe spécifique ;
- Les inégalités sociales ont été recherchées par l'équation : "Health Status Disparities"[Mesh]) OR "Healthcare Disparities"[Mesh]) OR "Socioeconomic Factors"[Mesh] qui permettait d'avoir le plus large champ de recherche spécifique aux inégalités socio-économiques et de santé.

## **2.5. Sélection méthodologique des articles**

Afin d'avoir une lecture critique systématisée des articles, une grille de lecture s'approchant de celle établie par Loney (21) a été utilisée. Cette grille a permis d'établir un score méthodologique afin de juger de la qualité de chacun des articles retenus sur lecture complète.

Le score de Loney a été choisi parmi les différentes méthodes de lecture critique d'articles car le plus adapté pour la comparaison de prévalences liées aux problèmes de santé.

**Le score a été établi sur 8 points et chaque item comptait un point :**

1. La taille de l'échantillon est appropriée (>300).
2. Etude de la population générale ou d'un échantillon randomisé représentatif.
3. La sélection des sujets est expliquée et le cadre d'échantillonnage ne présente pas de biais important.
4. La méthode de mesure de la dépression est précisée.
5. La méthode et le moment de recueil sont donnés.
6. Le taux de réponse est supérieur à 70% avec une description des cas de refus.
7. Le taux de prévalence de la dépression est défini avec des intervalles de confiance donnés.
8. Les prévalences de la dépression sont estimées selon différents critères socio-économiques.

## **2.6. Données statistiques**

La procédure de sélection des articles sur PubMed a été décrite dans un organigramme situé *Figure 1*.

Un tableau récapitulant les critères d'intérêt de tous les articles retenus ainsi que leur score méthodologique a été réalisé (*Tableau 2*). Pour chacun des articles, lorsque cela était possible, les prévalences brutes ont été relevées puis un graphique comparatif des différentes prévalences au cours du temps a été produit.

Les critères socio-économiques étaient variables selon les différents articles choisis et ont été relevés dans un tableau récapitulatif. Les niveaux d'associations ont été présentés par Odd-ratio ou prévalence pondérée avec prise en compte des variables d'ajustement (facteurs de confusions). Ces valeurs, rassemblées, ont permis la synthèse d'un tableau regroupant les critères d'associations socio-économiques et démographiques avec le syndrome dépressif par pays.

Grâce à l'étude de ces critères d'associations, trois catégories ont pu être relevées. Ainsi, un graphique représentant l'évolution de la prévalence de la dépression selon le gradient socio-économique a été modélisé. Les critères de vulnérabilité associés à la dépression sélectionnés pour construire ce gradient ont été en premier lieu le revenu puis l'emploi et enfin le niveau d'études.

Par la suite, les écarts relatifs de prévalence de la dépression entre les différentes catégories socio-économiques ont été calculés via la formule suivante :

$$\frac{\text{Prévalence de la catégorie socio-économique la plus basse} - \text{Prévalence de catégorie socio-économique la plus haute}}{\text{Prévalence de la plus basse}} \times 100$$

Puis le rapport d'évolution des différences relatives de la prévalence de la dépression au cours du temps par indicateur socio-économique a été calculé via :

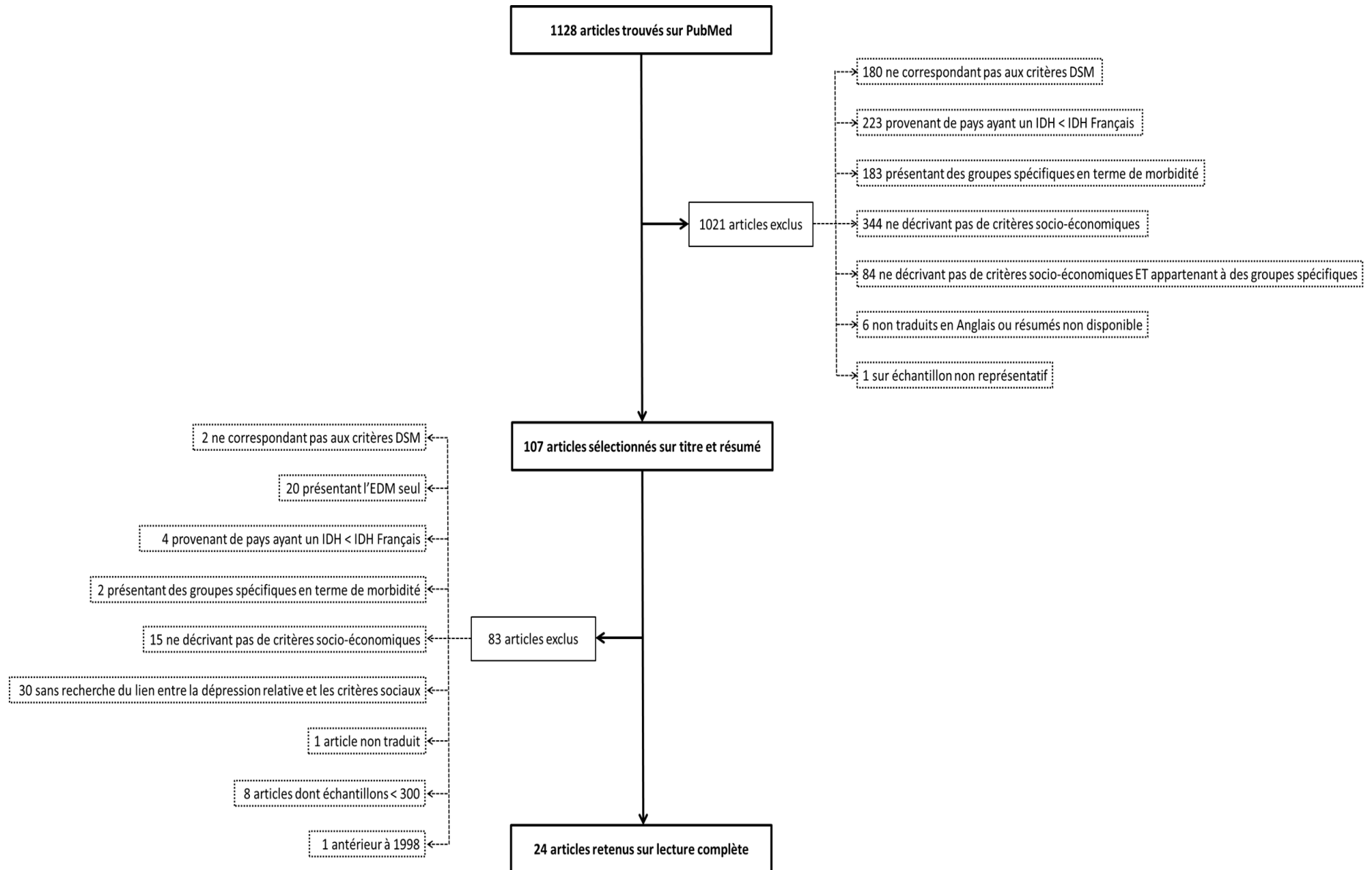
$$\frac{\text{Prévalence la plus récente} - \text{Prévalence la plus ancienne}}{\text{Prévalence la plus récente}} \times 100$$

### **3. RESULTATS**

#### **3.1. Récapitulatif de la sélection d'articles.**

Au décours de la recherche Pub Med, 1128 articles ont été relevés. Après étude rigoureuse des différents documents (*Figure 1*) de par lecture des titres et résumés puis des textes complets, vingt-quatre articles de qualités possédant les critères adéquats ont été sélectionnés pour intégrer cette revue de littérature.

Figure 1: Diagramme de sélection des articles



### 3.2. Analyse des articles retenus

Un récapitulatif des caractéristiques des vingt-quatre articles retenus a été reporté dans le tableau ci-dessous (*Tableau 2*). La majorité des articles choisis ont été publiés aux Etats-Unis (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32). Néanmoins, des articles provenant d'autres pays tel que l'Australie (33), le Canada (34) (35), la Belgique (36), le Luxembourg (36), les Pays Bas (37), le Danemark (38) (39), la Corée du Sud (40), la France (41), l'Irlande (42), le Japon (43), Hong-Kong (44) ou Singapour (10) ont également été présentés dans cette étude. L'hétérogénéité des pays sélectionnés, provenant toutefois de pays possédant le même niveau de développement, a permis d'obtenir un résultat représentatif au niveau mondial car issu de pays occidentaux (Amérique et Europe) et orientaux (Asie).

Les scores méthodologiques des articles mentionnés présentaient, pour un bon nombre, des résultats entre 7 et 8 correspondant à un indice de qualité élevée. Trois articles provenant des Etats-Unis (22) (23) (24) présentaient un score entre 5 et 6 notamment dû au fait que le taux de réponse n'était pas indiqué.

Tableau 2: Caractéristiques des articles retenus

Pays	Année et auteur	Taille échantillon	Population étudiée	Méthode échantillonnage	Mesure de la dépression	Méthode de recueil	Taux réponse	Critères socio-économique	Score et Limites
Australie	2012 Ovaldo P. Almeida (33)	21417	Sujets ≥ 60ans issus d'une enquête transversale et d'une étude longitudinale randomisée sur 5 régions australiennes.	Recrutement en juillet 2005 par des médecins généralistes (MG) figurant sur la base de données « Australasian Medical Publishing Company Proprietary Limited ».	« Patient Health Questionnaire » (PHQ-9) basé sur les critères du DSM-IV	Auto-questionnaire à J0 et M24 (2005 et 2008).	45%*	IRSED (indice relatif de désavantage SE)/ niveau d'études/ statut marital/ soutien social/ contrainte financière	7 Taux réponse insuffisante (non donné mais description cas de refus permettant le calcul). Biais de sélection car MG recruté sur base de volontariat.
Belgique - Luxembourg	2008 Marc Ansseau (36)	13699	Etude longitudinale de sujets ≥18 ans consultant leur médecin généraliste.	Recrutement par des MG volontaires entre septembre 2002 et mars 2003.	« Mini Neuropsychiatric Interview » (MINI) basé sur le DSM-IV	Recueil des informations socio-éco-démographiques par enquêteur puis évaluation du syndrome dépressif par MG.	90.8%	Statut professionnel/ niveau d'études	8 Biais de sélection du recrutement des MG puis sujets car non randomisés. Cependant échantillon large donc représentatif.

Pays	Année et auteur	Taille échantillon	Population étudiée	Méthode échantillonnage	Mesure de la dépression	Méthode de recueil	Taux réponse	Critères socio-économique	Score et Limites
Canada	2008 RS McIntyre (34)	36 984	Sujets ≥ 18 ans ayant un emploi, issus de l'étude «Canadian Community Health Survey».	Echantillon randomisé de sujets ≥ 15 ans résidant dans des logements privés au Canada, sondés en 2002.	Questionnaire de l'OMS : « <i>World Mental Health 2000 version of the Composite International Diagnostic Interview</i> » (WMH-CIDI).	86% des enquêtes ont été conduites en face à face sinon par téléphone.	77%	Revenu/ statut professionnel/ soutien social	8  Pas de description des cas de refus.
Canada	2010 JianLi Wang (35)	4302	Etude longitudinale de sujets de 25-65 ans travailleurs, habitant ou travaillant à Alberta pendant la durée de l'étude.	Echantillon randomisé d'une province canadienne (sélection numéro de téléphone aléatoire) avec recueil de données sur 3 périodes de 2008 à 2009.	« <i>World Health Organization Composite International Diagnostic Interview</i> » (WHO-CIDI-Auto 2.1) qui est un programme de diagnostic informatisé basé sur le DSM-IV.	Enquête téléphonique par l'unité d'enquête du « Alberta Health Services ».	44%	Revenu annuel personnel / statut professionnel/ niveau d'études/ statut marital	7  Taux de réponse insuffisant.



Pays	Année et auteur	Taille échantillon	Population étudiée	Méthode échantillonnage	Mesure de la dépression	Méthode de recueil	Taux réponse	Critères socio-économique	Score et Limites
Corée du sud	2015 Jee Eun Park (40)	1256 (KECA-2001) 1066 (KECA-2011)	Enquête transversale de sujets de 55 à 64 ans (préretraités) issus des études KECA – 2001 (« Korean Epidemiologic Catchment Area ») et KECA – 2011.	KECA : enquête nationale représentative (données issu des recensements annuels) répétée tous les 5 ans. Enquêtes retenues pour notre article : 2001 (population de 18-64 ans) et 2011 (population de 18-74 ans).	Version coréenne du CIDI (K-CIDI) basé sur le DSM-IV.	Enquête en face à face par enquêteur expérimenté (concernant la dépression) et auto-questionnaires pour les critères socio-économiques et démographiques	2001 : 79.8% 2011 : 78.7%	Statut économique basé par le revenu familial mensuel/ statut professionnel/ niveau d'études/ statut marital	8
Danemark	2011 Ingelise Andersen (38)	11082	Adultes de 40 et 50 ans au 1er octobre 1999.	Echantillon national randomisé issu du registre longitudinal « Institute of Local Government Studies in Denmark » (AKF) contenant 10% de la population danoise ≥15 ans au 1er janvier 1981.	« Major Depression Inventory » (MDI) équivalent au DSM-IV et à l'ICD-10 (« International Classification of Diseases »)	Auto-questionnaires envoyés par voie postale en mars 2000 et octobre 2006.	2000 et 2006 : 69%	Statut professionnel/ niveau d'études	7 Taux de réponse insuffisant.

Pays	Année et auteur	Taille échantillon	Population étudiée	Méthode échantillonnage	Mesure de la dépression	Méthode de recueil	Taux réponse	Critères socio-économique	Score et Limites	
Danemark	2009 Ingelise Andersen (39)	9254	Enquête transversale de 2 groupes d'adultes (40 et 50 ans au 1er octobre 1999 et 36-54 ans au 1er octobre 1999 ayant été >70% du temps sans emploi entre octobre 1996 et octobre 1999).	Echantillon national randomisé issu du registre longitudinal AFK comprenant 10% de la population danoise ≥15 ans au 1er janvier 1981.	MDI équivalent au DSM-IV	Auto-questionnaires envoyés par voie postale en mars 2000.	40 et 50 ans : 69% sans-emploi: 55%	Revenu/ statut professionnel/ niveau d'études	7	Taux de réponse insuffisant.
France	2015 Marie Murcia (41)	11777	Sujets âgés entre 20 et 65 ans en 2006.	« Santé et Itinéraire Professionnel » qui est un échantillon national représentatif de 20 à 74 ans.	MINI basé sur DSM-4	Entretien en face à face à domicile.	76%	Statut professionnel/ niveau d'études	8	

Pays	Année et auteur	Taille échantillon	Population étudiée	Méthode échantillonnage	Mesure de la dépression	Méthode de recueil	Taux réponse	Critères socio-économique	Score et Limites
Hong Kong	2013 Kee-Lee Chou (44)	8205	Enquête transversale rétrospective de sujets ≥ 65 ans tirés de la 1ère vague du « National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions » (NESARC).	NESARC est une enquête nationale conduite par l' « US National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism » (NIAAA) constituée de sujets ≥ 18 ans habitant aux Etats-Unis (incluant l'Alaska et Hawaii).	« <i>Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-IV</i> » (AUDADIS-IV) base sur le DSM-IV-TR	Enquête en face à face avec assistance informatique et réalisée par enquêteur entraîné provenant du « US Census Bureau » (UCB). Données recueillies entre août 2001 et mai 2002.	81%	Revenu/ niveau d'études/ statut marital	8 Etude rétrospective donc biais de mémoire possible.
Irlande	2011 Emilie Chazelle (42)	9978	Enquête transversale périodique « 2007 Survey of Lifestyle, Attitudes and Nutrition » (SLÁN 2007) composée de sujets ≥ 18 ans.	Echantillon national représentatif (excepté étudiants).	CIDI-SF basé sur les critères du DSM-IV	Enquête en face à face à domicile conduite en 2007.	62%	Statut professionnel/ niveau d'études/ statut marital/ type de couverture maladie	8 Biais de sélection possible car sous-représentation de la population "jeune" par rapport au SLÁN 2006.

Pays	Année et auteur	Taille échantillon	Population étudiée	Méthode échantillonnage	Mesure de la dépression	Méthode de recueil	Taux réponse	Critères socio-économique	Score et Limites
Japon	2014 Manami Ochi (43)	1682	Enquête transversale de sujets ≥ 20 ans au sein de 3 cités urbaines et 8 municipalités rurales issu du "World Mental Health Japan" (WMHJ).	Echantillon national représentatif par sélection randomisée dans la population d'électeurs éligibles entre 2002 à 2006.	WHO-CIDI version 3.0	En 2 parties : Diagnostic dépression et données démographiques puis chez sujets avec troubles mentaux : facteurs SES associés.	55.1%	Revenu annuel/ niveau d'études	7 Taux de réponse insuffisant.
Pays bas	2012 R. van der Lem (37)	SCR: 626	Comparaison entre revue de littérature d'essais contrôlés randomisés réalisés en 2007 et une étude prospective (2002-2007) de suivi de contrôle de routine (SCR) de patients dépressifs unipolaires non psychotiques.	Revue de littérature composée d'essais contrôlés randomisés (ECT). SCR : Echantillon représentatif constitué des patients sous antidépresseurs traités dans un centre régional de santé mentale du RIVIERDUINEN âgés de moins de 65 ans.	ECT: DSM-III-R ou DSM-IV  SCR: MINI-plus basé sur le DSM-IV	SCR: enquête clinique en face à face dans le centre de santé (diagnostic de dépression) et par auto-questionnaires (données socio-économique, démographique et la qualité de vie).	SCR: 46%	Revenu/ statut professionnel	6 Prévalence dépression non définie mais calculable et taux de réponse insuffisant.

Pays	Année et auteur	Taille échantillon	Population étudiée	Méthode échantillonnage	Mesure de la dépression	Méthode de recueil	Taux réponse	Critères socio-économique	Score et Limites	
Singapour	2014 Mythily Subramaniam (10)	6616	Enquête transversale de sujets ≥ 18 ans.	« Singapore Mental Health Study » est une étude épidémiologique d'un échantillon national représentatif.	CIDI 3.0 basé sur le DSM-IV	Enquête en face à face conduite de décembre 2009 à décembre 2010.	75.9%	Revenu/ statut professionnel/ niveau d'études/ statut marital	7	Prévalence dépression non définie mais calculable.
USA	2015 Amy L. Ai (22)	1127	Etude rétrospective d'une population d'hommes latino-américains issus du NLAAS.	NLAAS (National Latino and Asian American Study) qui est une enquête nationale représentative de Latino-Américains et Américains d'origine asiatique adultes conduite de mai 2002 à décembre 2003.	WMH-CIDI	Questionnaires NLAAS (informations sociodémographique, maladie mentale auto-déclaré, acculturation, utilisation des services de santé) remplis par enquêteurs bilingues agrégés de l'Université du Michigan.	-	Revenu/ statut professionnel/ niveau d'études/ support social	5	Sélection des sujets non précisés, taux de réponse non évalué, prévalence de la dépression non définie. Enquête rétrospective.

Pays	Année et auteur	Taille échantillon	Population étudiée	Méthode échantillonnage	Mesure de la dépression	Méthode de recueil	Taux réponse	Critères socio-économique	Score et Limites
USA	2010 May A. Beydoun (23)	2217	Enquête nationale transversale de sujets de 20–39 ans issu de 3 groupes du NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey) (groupes recueillis en 1999–2000, 2001–2002 et 2003–2004).	L'enquête NHANES conduite par le « National Center for Health Statistics » présente un échantillon randomisé représentatif de sujets ≥ 18 ans avec informations concernant leur état de santé et nutritionnel.	CIDI-Auto 2.1 basé sur l'ICD-10 et le DSM-IV	Enquête en face à face à domicile et examen clinique dans un centre d'examen mobile.	-	Revenu/ niveau d'études/ statut marital	6 Sélection des sujets non expliquée, taux de réponse non donné.

Pays	Année et auteur	Taille échantillon	Population étudiée	Méthode échantillonnage	Mesure de la dépression	Méthode de recueil	Taux réponse	Critères socio-économique	Score et Limites	
USA	2014 Henna Budhwani (24)	17249	Enquête nationale transversale issu du CPSE (« Collaborative Psychiatric Epidemiology Surveys »).	Rassemble 3 enquêtes nationales représentatives : « National Comorbidity Survey Replication » (NCS-R), « National Survey of American Life » (NSAL) et NLAAS dont les recueils ont été effectués entre 2001 et 2003.	DSM-IV		-	Revenu/ niveau d'études	5	Sélection des sujets et méthode de recueil des données non expliquées, taux de réponse non présenté.
USA	2005 Carolyn E. Cutrona (25)	1997 : 720 1999 : 631	Etude transversale et prospective de femmes afro-américaines ayant un enfant de 10-12 ans à charge.	« Family and Community Health Study » est une étude portant sur la population afro-américaine vivant hors des métropoles et des centres villes.	« University of Michigan Composite International Diagnostic Instrument » (UM-CIDI)	Enquête réalisée en 1997 puis 1999 en face à face à domicile par des enquêteurs à l'aide de questionnaires préprogrammés.	97: 71% 99: 88% (de l'échantillon de 1997)	Revenu/ statut professionnel/ niveau d'études	8	

Pays	Année et auteur	Taille échantillon	Population étudiée	Méthode échantillonnage	Mesure de la dépression	Méthode de recueil	Taux réponse	Critères socio-économique	Score et Limites
USA	2011 Karen A. Erte (26)	8916	Femme ≥ 18 ans ayant au moins un enfant de moins de 18 ans vivant dans le foyer (incluant les enfants biologiques, adoptifs, d'accueils et beaux-enfants).	Données tirées de la première vague NESARC composé de sujets ≥ 18 ans habitant aux Etats-Unis (incluant l'Alaska et Hawaii). Recueil des données réalisé entre août 2001 et mai 2002.	AUDADIS-IV basé sur le DSM-IV-TR	Enquête en face à face avec assistance informatique et réalisée par enquêteur entraîné provenant de l'UCB.	81%	Revenu du foyer/ statut professionnel/ niveau d'études élevés/ statut marital	8
USA	2010 Amelia R. Gavin (27)	16032	Enquête nationale transversale de sujets ≥ 18 ans vivant dans un des 50 états des USA provenant du CPSE.	CPSE rassemble 3 enquêtes nationales représentatives : NCS-R (dont seule la 2ème partie de l'étude nous intéresse car évalue les facteurs de risque, les conséquences, les corrélats et les troubles supplémentaires) NSAL et NLAAS.	WMH-CIDI basé sur le DSM-IV	Enquête en face à face avec assistance informatique ou par téléphone dont les recueils ont été effectués entre 2001 et 2003.	NCS-R: 70.9% NSAL: 72.3% NLAAS: 73.2%	Revenu annuel du foyer/ statut professionnel/ niveau d'études/ statut marital	8  Biais recrutement de la population non anglophone : tous les dialectes asiatiques ne pouvaient être retranscrit et Afro-Caribéens inclus uniquement si anglophone.



Pays	Année et auteur	Taille échantillon	Population étudiée	Méthode échantillonnage	Mesure de la dépression	Méthode de recueil	Taux réponse	Critères socio-économique	Score et Limites
USA	2004 Ramin Mojtabai (28)	1992 : 12576 1998 : 8669 1996 : 10583 2000 : 8053	Etude longitudinale prospective de sujets ≥ 50 ans en 1996 issus de la 3ème, 4ème et 5ème vague du « Health and Retirement Study » (HRS).	Echantillon national représentatif recruté en 1992 incluant des sujets né entre 1931 et 1941 parmi 69 336 foyers sélectionnés aléatoirement avec inclusion des partenaires des sujets sélectionnés (peu importe leur âge). Les 3ème, 4ème et 5ème vagues ont été conduites respectivement en 1996, 1998 et 2000 (sans partenaires inclus).	CIDI-SF basé sur le DSMIII-R	Enquête initiale en face à face puis recueil tous les 2 ans par téléphone principalement (92.8%).	1992 : 78% 1996 : 84.2% 1998 : 88.9% (échantillon de 96) 2000 : 82.6% (échantillon de 96)	Revenu annuel du foyer / statut professionnel/ niveau d'études	8

Pays	Année et auteur	Taille échantillon	Population étudiée	Méthode échantillonnage	Mesure de la dépression	Méthode de recueil	Taux réponse	Critères socio-économique	Score et Limites
USA	2011 Jose M. Rubio (29)	43093	Sujets ≥ 18 ans non institutionnalisés habitant aux Etats-Unis (incluant l'Alaska et Hawaii).	NESARC est une enquête nationale conduite par le NIAAA de 2001 à 2002.	AUDADIS-IV		81%	Revenu familial et individuel/ niveau d'études/ type de couverture maladie.	7 Méthode de recueil non donnée.
USA	2004 Kristine Siefert (30)	676	Enquête transversale rétrospective de la 2ème vague du WES composée de mères de 18-54 ans percevant des aides financières, habitant dans le Michigan en février 1997 et « d'identité raciale » Afro-Américaine ou Caucasienne.	Echantillon randomisé issu de l'enquête longitudinale Women's Employment Study (WES) dont les recueils ont été réalisés entre août-décembre 1997 puis en 1998.	WHO-CIDI basé sur DSM-III-R	Enquête d'environ 1H en face à face à domicile par enquêteur du « Survey Research Center of the Institute for Social Research of the University of Michigan ».	92%	Revenu/ statut professionnel/ niveau d'études	8

Pays	Année et auteur	Taille échantillon	Population étudiée	Méthode échantillonnage	Mesure de la dépression	Méthode de recueil	Taux réponse	Critères socio-économique	Score et Limites
USA	2000 Kristine Siefert (31)	753	Etude transversale rétrospective composée de mères âgées de 18-54 ans percevant des aides financières, vivant dans le Michigan en février 1997 et Afro-Américaine ou Caucasienne.	Echantillon randomisé du WES dont l'étude a été menée d'août à décembre 1997.	WHO-CIDI 1.0 basé sur DSM-III-R.	Enquête d'environ 1H en face à face à domicile par enquêteur du « Survey Research Center of the Institute for Social Research of the University of Michigan ».	86.2%	Revenu du foyer/ statut économique/ niveau d'études.	7  Pas de prévalence de la dépression totale donnée. Un des critères d'inclusion est " mère célibataire" cependant une des variable étudiée est " marié ou en concubinage.

Pays	Année et auteur	Taille échantillon	Population étudiée	Méthode échantillonnage	Mesure de la dépression	Méthode de recueil	Taux réponse	Critères socio-économique	Score et Limites
USA	2006 Madhukar H. Trivedi (32)	1397	Enquête multicentrique régionale prospective de sujets de 18-75 ans ayant un syndrome dépressif non psychotique sous « CITALOPRAM » consultant en ambulatoire.	STAR*D (traitement séquentiel des alternatives à la dépression) suivi sur 12 mois.  Recrutement des sujets effectué entre juillet 2001 et avril 2004.	DSM-IV	Recrutement en face à face dans des centres régionaux de santé puis recueil par téléphone via des "évaluateurs de résultats de recherche" ou en utilisant un système vocal interactif automatisé.	93%*	Statut professionnel/ niveau d'études/ type de couverture maladie.	7  Taux de réponse inconnu mais les critères d'exclusions détaillés en permettent le calcul.

\* calcul basé sur les données de l'article

### **3.3. Evolution de la dépression au cours du temps.**

Les prévalences brutes ont été relevées ou calculées pour tous à l'exception de deux (31) (32) pour lesquels les données fournies n'avaient pas permis le calcul. Les prévalences par genre ont également été relevées. Les résultats ont été présentés dans le tableau ci-dessous (*Tableau 3*).

Tableau 3: Prévalences brutes de la dépression par pays

Pays	Auteur	Période de recueil	Type de dépression étudié	Prévalence brute (IC95%)	Prévalence brute selon SEXE
Australie	2012 Ovaldo P. Almeida(33)	2005		3%*	
Belgique Luxembourg	2008 Marc Ansseau(36)	Septembre 2002 - mars 2003		11% (10.5–11.5)	Femme: 13.1% Homme: 7.9
Canada	2008 RS McIntyre(34)	2002	Dépression au cours de la vie	11.2%	Femme: 15% Homme: 8.1%
	2010 JianLi Wang(35)	2008 - 2009	Dépression au cours de la vie et dans les 12 derniers mois	Au cours de la vie: 21.7% (20.4–23.2) Dans les 12 derniers mois: 6.5% (5.7–7.4)	
Corée du sud	2015 Jee Eun Park(40)	2001 et 2011	Dépression dans les 12 derniers mois	2001: 2.10% 2011: 3.64%	
Danemark	2011 Ingelise Andersen(38)	Mars 2000 et octobre 2006		En 2000: 2% (1.6–2.5) En 2006: 4.9% (4.3–5.6)	En 2000: Femme 1.9% Homme 2.2% En 2006 : Femme 5.4% Homme 4.3%
	2009 Ingelise Andersen(39)	2000		3.30%	Identique pour les 2 sexes
France	2015 Marie Murcia(41)	2006		7.6% *	Femme: 9.31% Homme: 4.47%

Pays	Auteur	Période de recueil	Type de dépression étudié	Prévalence brute (IC95%)	Prévalence brute selon SEXE
Hong Kong	2013 Kee-Lee Chou(44)	Août 2001 - mai 2002	Dépression au cours de la vie et dans les 12 derniers mois	Au cours de la vie: 8.82% (8.08–9.61)  Dans les 12 derniers mois: 2.95% (2.53–3.43)	Au cours de la vie: Femme: 11.14% Homme: 5.62%  Dans les 12 derniers mois: Femme 3.64 % Homme: 2.00 %
Irlande	2011 Emilie Chazelle(42)	2007		6.9%*	Femme: 8.2% Homme: 5.2%
Japon	2014 Manami Ochi(43)	2002 - 2006	Dépression au cours de la vie	7% *	Femme: 8.6 % Homme: 4.7%
Pays bas	2012 R. van der Lem(37)	ECT: 2007 SCR: 2002 à 2007		SCR: 17.2%*	
Singapour	2014 Mythily Subramaniam(10)	Décembre 2009 - décembre 2010	Dépression au cours de la vie	6%*	
USA	2015 Amy L. Ai(22)	Mai 2002 - décembre 2003	Dépression dans les 12 derniers mois	5.8%	
	2010 May A. Beydoun(23)	1999 - 2004	Dépression dans les 12 derniers mois	8%*	Femme: 9.2% Homme: 6.4%
	2014 Henna Budhwani(24)	2001 - 2003	Dépression au cours de la vie	15.9%	

Pays	Auteur	Période de recueil	Type de dépression étudié	Prévalence brute (IC95%)	Prévalence brute selon SEXE
USA	2005 Carolyn E. Cutrona(25)	1997 et 1999	Dépression au cours de la vie et dans les 12 derniers mois	Au cours de la vie : en 97: 13.8% en 99: 13.6%  Dans les 12 derniers mois: 97: 6.8% 99: 5.5%	
	2011 Karen A. Erte(26)	Août 2001 - mai 2002	Dépression dans les 12 derniers mois	10.2%	
	2010 Amelia R. Gavin(27)	Février 2001 - décembre 2003	Dépression dans les 12 derniers mois	8%*	Femme: 9.2% Homme: 6.4%
	2004 Ramin Mojtabai(28)	1996, 1998 et 2000	Dépression dans les 12 derniers mois	En 96: 6.6% En 98: 6.7%* En 2000: 6.6%*	
	2011 Jose M. Rubio(29)	2001 - 2002	Dépression au cours de la vie et dans les 12 derniers mois	Au cours de la vie: 10.05%  Dans les 12 dernier mois: 3.23%	
	Kristine Siefert(30)	1997 et 1998		97: 17.6% 98: 16.4%	

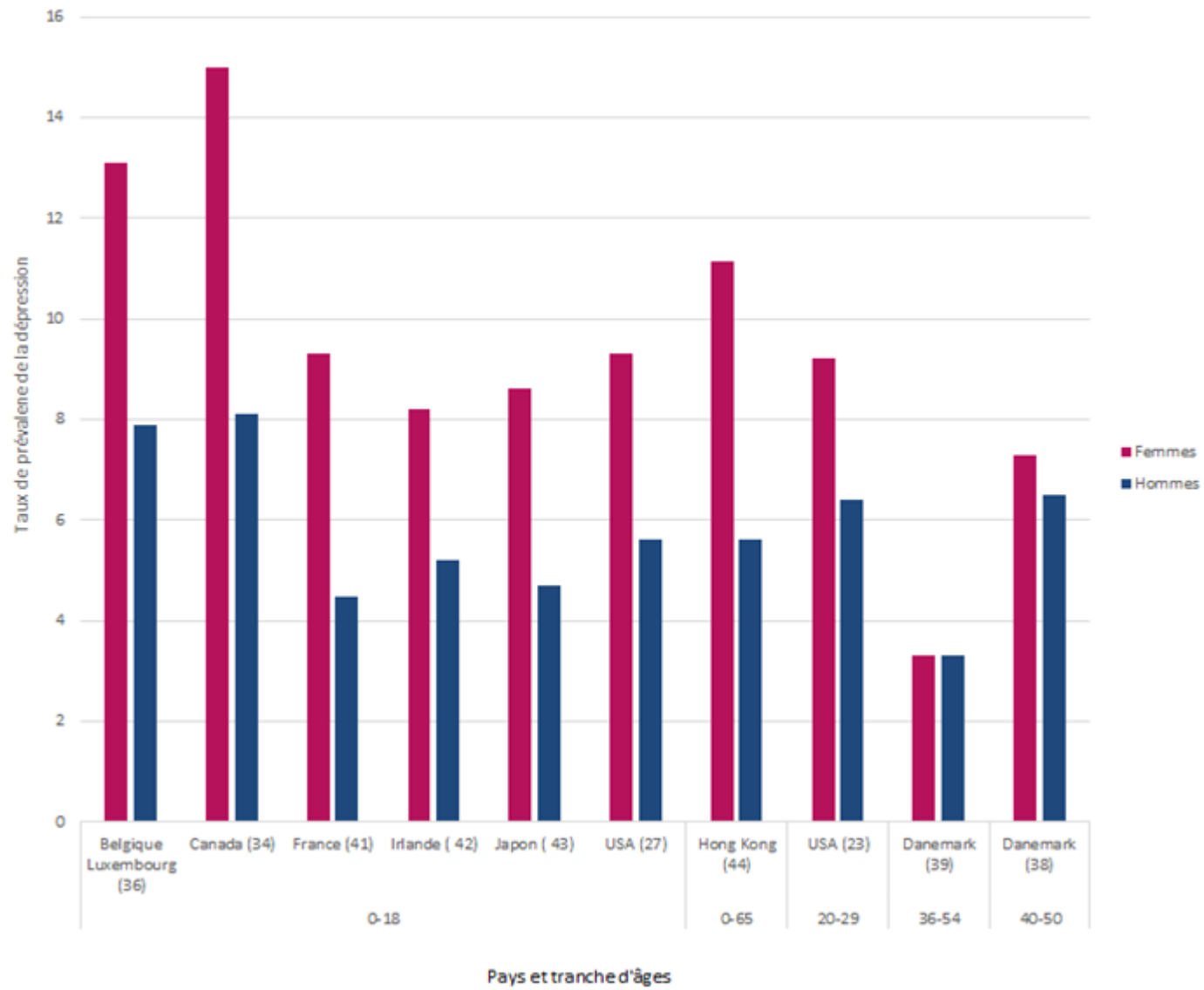
\* prévalences calculées à partir des données de l'article



### 3.3.1. Prévalence selon le genre.

En accord avec les rapports de l'OMS, la quasi-totalité des articles ont souligné une prévalence de la dépression plus importante chez la femme que chez l'homme (*Figure 2*). Le pays présentant le moins de différence entre les deux genres était le Danemark.

Figure 2: Graphique de prévalence de la dépression selon le sexe et l'âge.



### 3.3.2. Augmentation de la prévalence brute

Les résultats précédents ont permis l'élaboration d'un graphique représentant l'évolution du taux de prévalence brute de la dépression au sein de la population générale au cours du temps (*Figure 3*).

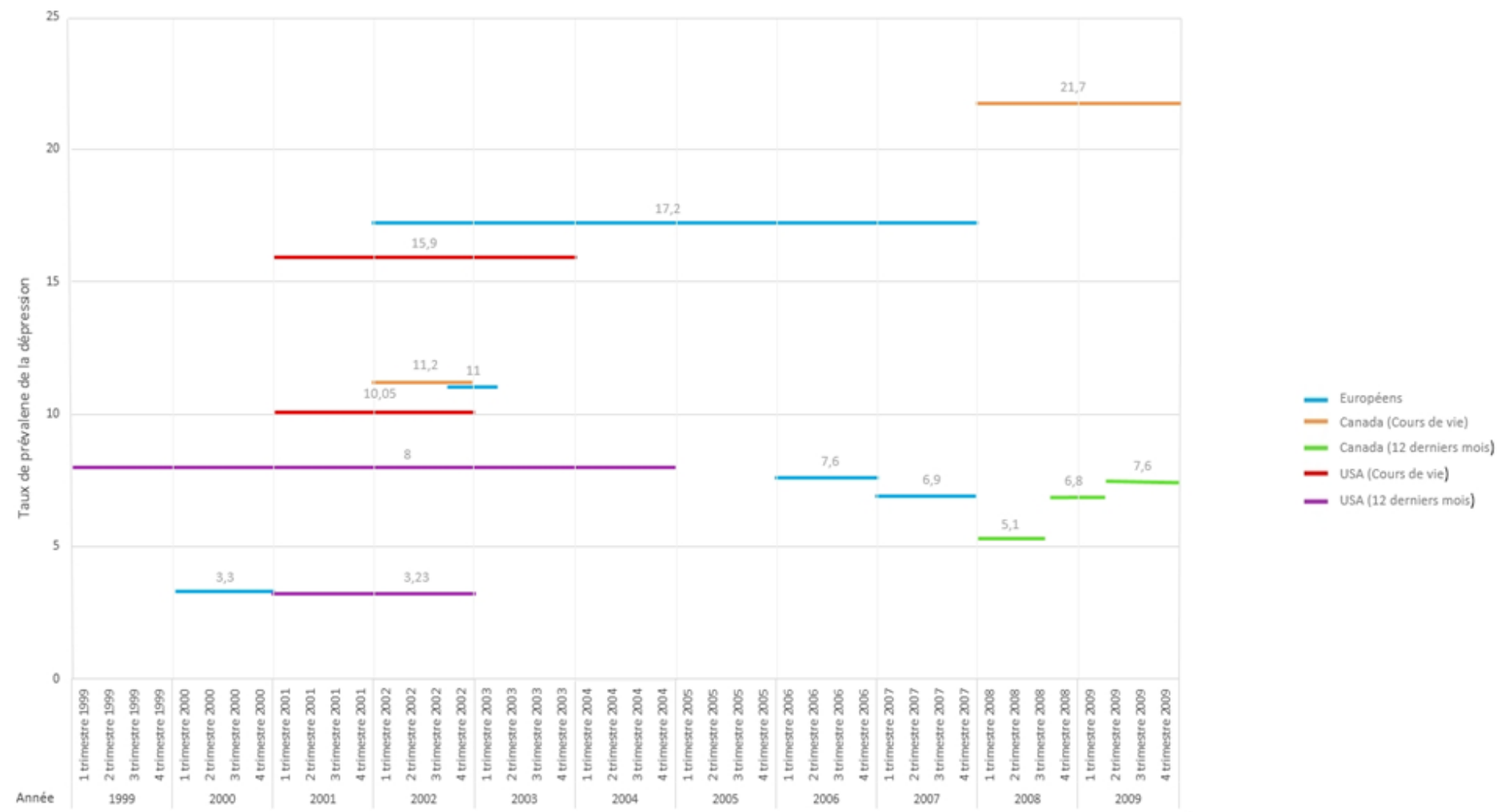
Pour générer ce graphique, les résultats de la prévalence de la dépression ont été séparés en « sans précision », « au cours de la vie » et « dans les 12 derniers mois ». Lorsque cela était possible, les résultats ont été regroupés par pays (Canada et Etats-Unis), sinon un regroupement des données de plusieurs pays était effectué. C'est le cas de certains pays européens car ne décrivant pas de résultats dans le temps. Ce regroupement a été possible car les pays étaient similaires d'un point de vue socio-culturel et démographique (IDH proches) et présentaient tous des résultats de prévalence « sans précision ».

Les résultats des prévalences brutes des pays asiatiques ont été éliminés car présentaient, pour une même période donnée des prévalences plus faibles que les pays occidentaux et non répétés dans le temps. Il en a été de même avec les résultats issues d'études ne portant que sur des groupes spécifiques (33) (40) (38) (44) (28) car moins représentatifs de la population générale (population d'âge avancé ou population de mères).

Les données relevées ont montré globalement une augmentation du taux de dépression, aussi bien pour la dépression au cours de la vie (3.3% en 2001 à environ 8% en 2006-2007) que dans les 12 derniers mois (6.6% en 2000 à environ 8% en 2004). Ces résultats étaient en accord avec les chiffres publiés par l'OMS en 2017 estimant une « augmentation de plus de 18% de 2005 à 2015 » (45).

Il est apparu également que le taux de prévalence au cours de la vie était plus élevé que celle dans les 12 derniers mois (respectivement au sein de mêmes articles 21.7% et 8.82% contre 6.5% et 2.95% (35) (44)).

Figure 3: Graphique d'évolution du taux de prévalence brute au cours du temps.



### 3.4. Association entre les facteurs d'inégalité sociale et la dépression.

Les critères socio-économiques et démographiques les plus étudiés dans les différents articles sélectionnés étaient : le sexe, le statut marital, le niveau d'étude, le statut professionnel et le niveau de revenu.

Pour chacun des articles sélectionnés, les prévalences pondérées ou les Odds Ratio de ces facteurs d'inégalité sociale associés à la dépression ont été relevés. Ces résultats ont été récapitulés au sein du *Tableau 4*.

Concernant les Odds Ratio ou les prévalences stratifiées selon le sexe, sans données sur la prévalence de la population générale, les résultats de la population de sexe féminin ont été utilisés. Ce choix a été fait car la dépression était plus fréquente chez les femmes et qu'il existait des disparités sociales variables selon le genre (46) (47) (48) (49).

Pour les articles proposant des valeurs concernant la dépression « au cours de la vie » ou « dans les 12 derniers mois »(44), les statistiques « au cours de la vie » ont été utilisées. En effet, il s'agissait d'une recherche d'association et non pas d'évolution au cours du temps. Dans ces conditions, la dépression « au cours de la vie » était plus représentative de l'imputation des facteurs d'inégalité sociale sur la vie du sujet.

Les résultats de l'article (27) n'ont pas été reportés dans le *Tableau 3* car stratifiés par ethnie mais ont été synthétisés dans les annexes (*Annexe 4bis*).

**Tableau 4: Niveaux d'association entre les facteurs d'inégalité sociale et la dépression**

Pays/ Auteur/ Année	Critère étudié	Niveau d'association		Variables d'ajustement
		Odd Ratio (ajusté) ou prévalence pondérée	Intervalle de confiance (IC95%)	
<b>SEXE</b>				
CANADA (34) RS McIntyre (2008)	Femme	pp 15%*		
	Homme	pp 8.1%		
CANADA (35) JianLi Wang (2014)	Femme vs homme	OR 1.66*	1.23-2.25	
COREE DU SUD (40) Jee Eun Park (2015)	Femme vs homme	aOR2001 4.82	0.86-26.87	<i>Statut marital, niveau d'études, emploi, revenu mensuel familial</i>
		aOR2011 0.91	0.37-2.20	
HONG KONG (44) Kee-Lee Chou (2013)	Femme vs homme	aOR 1.70*	1.32-2.18	<i>Age, race-ethnicité, statut marital, niveau d'études, emploi, revenu, région</i>
PAYS-BAS (37) R. van der Lem (2012)	Femme	ECT pp 62% SCR pp 66%		
SINGAPOUR (10) Mythily Subramaniam (2014)	Femme	pp 63.9%		
	Homme	pp 36.1%		
USA (24) Henna Budhwani (2014)	Femme vs homme	OR 2.199*	2.003-2.415	
USA (28) Ramin Mojtabai (2004)	Femme	pp 8.5%*	7.8-9.3	
	Homme	pp 4.1%*	3.5-4.7	
USA (29) Jose M. Rubio (2011)	Femme	pp 66.65%	64.83-68.41	
	Homme	pp 33.35%	31.59 35.17	

Pays/ Auteur/ Année	Critère étudié	Niveau d'association		Variables d'ajustement
USA (32) Madhukar H. Trivedi (2006)	Femme	pp 63%		
	Homme	pp 37%		
<b>STATUT MARITAL</b>				
CANADA (34) RS McIntyre (2008)	Divorcé, séparé, veuf	pp 21.4%*		
	Marié	pp 10.1% (réf)		
CANADA (35) JianLi Wang (2014)	Célibataire ou jamais marié vs marié	OR 2.13*	1.35-3.36	
	Divorcé, séparé, veuf vs marié	OR 3.74*	2.13-6.59	
COREE DU SUD (40) Jee Eun Park (2015)	Divorcé, séparé, veuf vs marié	aOR2001 2.16	0.67-6.99	<i>Sexe, niveau d'études, emploi, revenu mensuel familial</i>
		aOR2011 2.62*	1.06-6.47	
HONG KONG (44) Kee-Lee Chou (2013)	Jamais marié vs marié	aOR 0.83	0.51–1.36	<i>Age, sexe, race-ethnicité, niveau d'études, emploi, revenu, région</i>
	Divorcé, séparé vs marié	aOR 2.11*	1.56–2.86	
	Veuf vs marié	aOR 1.92*	1.53-2.43	
IRLANDE (42) Emilie Chazelle (2011)	Célibataire vs marié	aOR 1.47*	1.15-1.89	<i>Age</i>
	Divorcé, séparé, veuf vs marié	aOR 1.98*	1.52-2.59	
PAYS-BAS (37) R. van der Lem (2012)	Non marié	SCR pp 31.6%		
	Divorcé/ veuf	SCR pp 16.2%		
	Marié	ECT pp 45% SCR pp 52%		
SINGAPOUR (10) Mythily Subramaniam (2014)	Célibataire	pp 31.7%		
	Divorcé/ séparé	pp 13.7%		
	Veuf	pp 5.6%		
	Marié	pp 49%		



Pays/ Auteur/ Année	Critère étudié	Niveau d'association		Variables d'ajustement
USA (23) May A. Beydoun (2010)	Marié vs célibataire	OR 0.59*	0.35-0.99	
USA (26) Karen A. Ertel (2011)	Jamais marié vs marié	aOR 1.10	0.83-1.46	<i>Age, race-ethnicité, nativité, niveau d'études, emploi, revenu</i>
	Divorcé, séparé vs marié	aOR 1.87*	1.47-2.39	
	Veuf vs marié	aOR 1.58	0.78-3.23	
	Concubinage vs marié	aOR 1.23	0.79-1.93	
USA (24) Ramin Mojtabai (2004)	Jamais marié	pp 6.1%*	3.9-9.6	
	Divorcé, séparé	pp 11.3%*	9.5-13.4	
	Veuf	pp 10.8%*	8.5-13.6	
	Marié, concubin	pp 5.5%*(réf)	4.9-6.0	
USA (29) Jose M. Rubio (2011)	Jamais marié	pp 20.44%	18.77-22.23	
	Divorcé, séparé, veuf	pp 22.40%	21.05-23.82	
	Marié	pp 57.15% (réf)	55.11-59.17	
USA (30) Kristine Siefert (2004)	En couple vs célibataire	aOR 0.99	0.59-1.66	<i>Age, nombre d'enfants, niveau d'études, niveau de pauvreté, emploi, dépression en 1997</i>
USA (31) Kristine Siefert (2000)	En couple vs célibataire	aOR 0.79	0.48-1.30	<i>Trouble anxieux, stress post traumatique, dépendance à l'alcool/ drogues</i>
<b>NIVEAU D'ETUDES</b>				
BELGIQUE/ LUXEMBOURG (36) Marc Anseau (2008)	Primaire vs aucune étude	OR 0.84		
	Collège vs aucune	OR 0.95		
	Post -baccalauréat vs aucune	OR 0.79		
	Université vs aucune	OR 0.64*		
CANADA (34) RS McIntyre (2008)	≤ Baccalauréat	pp 9.7%*		
	Université	pp 11.54%		
	Diplômé universitaire	pp 12%(réf)		

Pays/ Auteur/ Année	Critère étudié	Niveau d'association		Variables d'ajustement
CANADA (35) JianLi Wang (2014)	< Lycée vs ≥ université	OR 3.28*	1.19-9.03	
	Lycée vs ≥ université	OR 1.92*	1.19-3.11	
COREE DU SUD (40) Jee Eun Park (2015)	≥ 13 ans vs < 13 ans	aOR2001 6.98* aOR2011 0.76	1.54-31.74 0.15-3.84	Sexe, statut marital, emploi, revenu mensuel familial
DANEMARK (39) Ingelise Andersen (2009)	≤10 ans vs ≥ 13 ans	aOR 1.27	0.87-1.86	Age, sexe, condition de vie, origine et ethnicité, emploi, revenu
	11-12 ans vs ≥ 13 ans	aOR 1.26	0.88-1.78	
FRANCE (41) Marie Murcia (2015)	Primaire vs université	aOR 1.80*	1.35-2.41	Age
	Collège vs université	aOR 1.63*	1.26-2.10	
	Lycée vs université	aOR 1.26	0.93-1.71	
HONG KONG (44) Kee-Lee Chou (2013)	Université vs < lycée	aOR 0.92	0.74-1.16	Age, sexe, race-ethnicité, statut marital, emploi, revenu, région
IRLANDE (42) Emilie Chazelle (2011)	Ecole primaire vs études supérieures	aOR 3.10*	2.17-4.43	Age
JAPON (43) Manami Ochi (2014)	12 ans vs < 12 ans	aOR 2.39*	1.19-4.81	Age, revenu annuel, maladie mentale chez les parents dans l'enfance, maladie dans l'enfance
	13-15 ans vs < 12 ans	aOR 1.95	0.86-4.46	
	≥ 16 ans vs < 12 ans	aOR 2.45	0.92-6.49	
SINGAPOUR (10) Mythily Subramaniam (2014)	Primaire	pp 11.8%		
	Collège-lycée	pp 24.3%		
	Université	pp 63.9%		
USA (22) Amy L. Ai (2015)	12 ans vs ≤ 11 ans	OR 0.847	0.349-2.451	
	≥13 ans vs ≤ 11 ans	OR 0.7	0.243-1.836	
USA(23) May A. Beydoun (2010)	Lycée vs <lycée	OR 1.51	0.69-3.30	
	> Lycée vs < lycée	OR 0.75	0.34-1.61	

Pays/ Auteur/ Année	Critère étudié	Niveau d'association		Variables d'ajustement
USA (24) Henna Budhwani (2014)	> Bac +3 vs < lycée	OR 1.021	0.987-1.162	
USA (26) Karen A. Ertel (2011)	< Lycée vs > bac + 4	aOR 1.65*	1.16-2.36	<i>Age, race-ethnicité, nativité, statut marital, emploi, revenu</i>
	Lycée vs > bac + 4	aOR 1.30	0.99-1.70	
	Post baccalauréat vs > bac + 4	aOR 1.39	1.07-1.79	
USA (28) Ramin Mojtabai (2004)	< Lycée	pp 9.4*(réf)	8-11	
	Lycée	pp 6.5*	5.7-7.4	
	> Lycée	pp 5.0*	4.4-5.7	
USA (30) Kristine Siefert (2004)	< Lycée vs > lycée	aOR 1.04	0.65-1.68	<i>Age, nombre d'enfant, statut marital, niveau de pauvreté, emploi, dépression en 1997</i>
USA (31) Kristine Siefert (2000)	< Lycée vs > lycée	aOR 0.92	0.59-1.42	<i>Trouble anxieux, stress post traumatique, dépendance à l'alcool/ drogues</i>
USA (32) Madhukar H. Trivedi (2006)	< Lycée	pp 11%		
	Post-baccalauréat	pp 61%		
	Diplômé universitaire	pp 28%		
<b>STATUT PROFESSIONNEL</b>				
BELGIQUE/ LUXEMBOURG (36) Marc Anseau (2008)	Chômeur vs aucun travail	OR 1.42*		
	Ouvrier vs aucun	OR 1.13		
	Indépendant vs aucun	OR 0.70*		
	Retraité vs aucun	OR 0.78*		
CANADA (35) JianLi Wang (2014)	Responsable vs directeur	OR 1.16	0.69-1.96	
	Autre poste vs directeur	OR 1.65*	1.10-2.48	
COREE DU SUD (40) Jee Eun Park (2015)	Chômage vs emploi	aOR2001 3.28 aOR2011 13.49*	0.70-15.26 2.28-79.95	<i>Sexe, statut marital, niveau d'études, emploi, revenu mensuel familial</i>

Pays/ Auteur/ Année	Critère étudié	Niveau d'association		Variables d'ajustement
DANEMARK (38) Ingelise Andersen (2009)	Non-manuel	pp2000 0.7 % pp2006 2.8%	0.3-0.9 2.1-3.5	
	Manuel	pp2000 1.3% pp2006 4.7%	0.9-2.0 3.8-5.8	
	Chômeur	pp2000 11.3% pp2006 16.8%	8.6-14.5 13.2-20.5	
DANEMARK (39) Ingelise Andersen (2009)	Chômeur vs emploi " non manuel"	aOR 7.56*	4.97-11.49	<i>Age, sexe, condition de vie, origine et ethnicité, niveau d'études, revenu</i>
	Emploi "manuel" vs emploi " non manuel"	aOR 1.41	0.91-2.19	
FRANCE (41) Marie Murcia (2015)	Sans emploi vs emploi	aOR 1.68*	1.37-2.07	<i>Age</i>
HONG KONG (44) Kee-Lee Chou (2013)	Emploi vs chômage	aOR 1.10	0.86-1.41	<i>Age, sexe, race-ethnicité, statut marital, niveau d'études, revenu, région</i>
IRLANDE (42) Emilie Chazelle (2011)	Chômage vs emploi	aOR 1.46	0.91-2.34	<i>Age</i>
PAYS-BAS (37) R. van der Lem (2012)	Emploi rémunéré	SCR pp 26.1%		
	Pension invalidité ou maladie	SCR pp 39.5%		
	Sans emploi (chômeur, étudiant, femme au foyer)	SCR pp 34.4%		
USA (22) Amy L. Ai (2015)	Emploi vs chômage	OR 0.477*		
USA (26) Karen A. Ertel (2011)	Emploi temps partiel vs temps plein	aOR 1.32*	1.04-1.68	<i>Age, race-ethnicité, nativité, statut marital, niveau d'études, revenu</i>
	Chômage vs temps plein	aOR 3.27*	2.50-4.28	
	Retraité, autres vs temps plein	aOR 1.35*	1.07-1.71	

Pays/ Auteur/ Année	Critère étudié	Niveau d'association		Variables d'ajustement
USA (28) Ramin Mojtabai (2004)	Chômage	pp 9.2%*(réf)	8.2-10.3	
	Employé	pp 4.6 %*	4.1-5.2	
USA (30) Kristine Siefert (2004)	Sans emploi vs emploi	aOR 2.34*	1.58-3.48	<i>Age, nombre d'enfants, statut marital, niveau d'études, niveau de pauvreté, dépression en 1997</i>
USA (32) Madhukar H. Trivedi (2006)	Emploi	pp 59%		
	Chômage	pp 35%		
	Retraite	pp 6%		
<b>REVENUS</b>				
DANEMARK (39) Ingelise Andersen (2009)	≤ 175.000 DKK (couronnes danoises) vs > 450.000	aOR 2.92*	1.86-4.58	<i>Age, sexe, condition de vie, origine et ethnicité, niveau d'études, emploi</i>
	175-450.000 DKK vs > 450.000	aOR 2.10*	1.48-2.96	
HONG KONG (44) Kee-Lee Chou (2013)	20.000\$ à 34.999\$ vs < 20.000\$	aOR 0.78	0.60–1.00	<i>Age, sexe, race-ethnicité, statut marital, niveau d'éducation, emploi, région</i>
	35.000\$ à 69.999\$ vs < 20.000\$	aOR 0.86	0.61–1.22	
	>70.000\$ vs < 20.000\$	aOR 0.87	0.52–1.47	
JAPON (43) Manami Ochi (2014)	3-10 millions yen vs <3 millions	aOR 0.94	0.60-1.47	<i>Age, niveau d'études, maladie mentale chez les parents dans l'enfance, maladie dans l'enfance</i>
	≥ 10 millions yen vs <3 millions	aOR 1.12	0.59-2.14	
SINGAPOUR (10) Mythily Subramaniam (2014)	< 20.000\$	pp 48.7 %		
	20.000 à 49.999\$	pp 33.1%		
	≥ 50.000\$	pp 18.2%		
USA (22) Amy L. Ai (2015)	Revenu bas (seuil pauvreté) vs élevé	OR 1.051	0.968-1.139	<i>Facteurs psychosociaux</i>
USA (23) May A. Beydoun (2010)	101 -200% vs <100%**	OR 0.48	0.19-1.21	
	> 200% (non pauvre) vs < 100%**	OR 0.80	0.36-1.78	

Pays/ Auteur/ Année	Critère étudié	Niveau d'association		Variables d'ajustement
USA (24) Henna Budhwani (2014)	50.000\$ à 99.999\$ vs ≤ 49.999 \$	OR 1.232*	1.109- 1.369	
	100.000\$ à 149.999\$ vs ≤ 49.999 \$	OR 1.220*	1.023-1.453	
	≥150.000\$ vs ≤ 49.999 \$	OR 1.293*	1.067-1.567	
USA (26) Karen A. Ertel (2011)	< 20.000\$ vs >70.000\$	aOR 1.53*	1.09-2.15	<i>Age, race-ethnicité, nativité, statut marital, niveau d'études, emploi, revenu</i>
	20.000\$ à 34.999\$ vs >70.000\$	aOR 1.35	0.99-1.83	
	35000\$ à 69999\$ vs >70000\$	aOR 1.39*	1.02-1.89	
USA (28) Ramin Mojtabai (2004)	< 15.000 \$	pp 12.5%* (réf)	10.8-14.5	
	15.000–29.999 \$	pp 7.0%*	5.9-8.4	
	30.000–49.999\$	pp 6.0%*	4.9-7.4	
	50.000–74.999\$	pp 4.2%*	3.2-5.5	
	≥ 75.000\$	pp 3.8%*	2.9-5.0	
USA (29) Jose M. Rubio (2011)	< 20.000\$	pp 48.67% (réf)	46.42-50.92	
	20.000\$ à 34.999\$	pp 23.16%	21.41-24.99	
	35.000\$ à 69.999\$	pp 21%	19.20-22.93	
	>70.000\$	pp 7.17%	6.03-8.52	

\* résultats significatifs

\*\*< seuil pauvreté

Ces associations ont été résumées dans un tableau montrant les liens positifs ou négatifs entre les différents indicateurs socio-économiques et démographiques, et la dépression dans le *Tableau 5*.

Il s'est avéré que l'article publié à Hong-Kong (44) étudiait la population américaine. Les résultats ont donc été analysés comme de provenance américaine.

#### **3.4.1. Critères démographiques**

La dépression présentait une prévalence plus importante au sein des sujets de sexe féminin, comme démontré auparavant, ainsi que chez les individus n'ayant pas de partenaire. Ce risque était majoré pour les personnes divorcées, séparées ou veuves par rapport à celles qui étaient célibataires ou n'avaient jamais été mariées (exemple de l'Irlande (42) présentant respectivement OR : 1.98 [IC95 : 1.15-1.89] et OR : 1.47 [IC95 : 1.15-1.89]).

#### **3.4.2. Le niveau d'étude : une association controversée**

L'évaluation du critère « études » variait quelque peu selon les pays. En Corée du Sud, au Danemark et au Japon ce dernier était évalué en nombres d'années d'études tandis qu'en Belgique, au Canada, en France, en Irlande, à Singapour et aux Etats-Unis, il était évalué en niveau d'études (primaire, lycée, université ...).

Les résultats ont été concordants sur le fait que la dépression était principalement associée à un niveau d'étude faible dans la plupart des pays occidentaux (Belgique, Luxembourg, Canada, France, Irlande, Etats-Unis). Par ailleurs, les études ont montrés un résultat inverse pour les pays orientaux. En effet, le fait d'avoir suivi un parcours scolaire avancé était associé à un risque plus important de dépression en Corée du Sud (OR études  $\geq$  13 ans: 6.98 [IC95% : 1.54-31.74]), au

Japon (OR études >16ans : 2.39 [IC95% : 1.19-4.81]) et à Singapour (prévalence pondérée: 63.9% à l'université).

Dans les pays occidentaux une corrélation inverse entre le niveau d'étude et la propension à développer un syndrome dépressif a été observée.

En France (41), les niveaux de dépression les plus bas ont été perçus au sein des niveaux d'études universitaires. Le risque de dépression augmentait parmi les individus ayant le niveau lycée et atteignait son apogée pour les niveaux d'études inférieurs (respectivement OR lycée : 1.63 [IC95 : 1.26-2.10] et OR <lycée : 1.80 [IC95 : 1.35-2.41]). Même constat pour le Canada (35) en 2008 (respectivement OR : 1.92 [1.19-3.11] et OR: 3.28 [IC95% : 1.19-9.03]). Cependant, ce dernier pays présentait des résultats contraire en 2002 (34). Le risque de dépression était en effet associé à un niveau d'étude plus élevé. Cette affiliation inversée a été également retrouvé au sein de deux articles américains mais dont les résultats n'étaient pas significatifs (24) (31).

Pareillement, le Danemark (39) présentait une association positive mais non significative entre un niveau bas d'étude et la dépression.

Les données concernant le « niveau d'études » d'un des articles provenant des Etats-Unis (29) n'ont pas été exploitées. Cet article présentait des informations discordantes entre les tableaux de résultats et la conclusion. Il s'agissait possiblement d'une erreur de saisie. Devant la contradiction observée, il a été décidé de ne pas l'inclure. En outre, cet article présentait uniquement les taux de répartition de l'échantillon étudié en fonction du niveau d'études des individus au sein de la population dépressive, aucune prévalence pondérée par rapport à la population générale n'était donc fourni.



### 3.4.3. Association avec le niveau d'emploi ou de revenu

Les personnes sans emploi présentaient un risque plus important de développer une dépression. Les pays qui enregistraient le plus haut taux d'association étaient la Corée du Sud (OR : 13.49 [IC95 : 2.28-79.95]) et le Danemark(39) (OR : 7.56 [IC95: 4.97-11.49]). Certains pays ont révélé également qu'une fonction moins élevée ou un travail manuel pouvait être associé à un risque plus élevé de dépression (Belgique (36), Canada (35) et Danemark (38)). Seul un article des Etats-Unis (32) a montré une association inverse mais les résultats n'étaient pas calculés sur l'ensemble de la population et ont donc été considérés comme non représentatifs. Par ailleurs, il est ressorti que les retraités tendaient également à être plus en dépression que les travailleurs (26) (OR : 1.35 [IC95 : 1.07-1.71]) mais moins que les individus sans emploi (36) (OR :0.78).

Les résultats ont montré que la tendance à être dépressif était également corrélée à un niveau bas de revenu dans l'ensemble des pays. Exception faite pour le Japon qui ne présentait pas de résultats significatifs et un article provenant des Etats-Unis (24) étudiant des minorités ethniques spécifiques. En outre, cet article n'étudiait pas les bas niveaux de revenus (< 15.000 ou 20.000\$) mais essentiellement les revenus élevés et très élevés (> 50.000\$). Il n'utilisait donc pas les mêmes indicateurs socio-économiques que les autres articles provenant des Etats-Unis et ne pouvait donc être considéré.

Les indicateurs correspondants aux classes socio-économiques moins favorisées étaient principalement associés à un risque accru de dépression. Il s'agissait généralement des groupes ayant un niveau d'études bas (exception faite pour les pays asiatiques), sans emploi ou possédant un niveau de revenu faible.

#### 3.4.4. Association à l'ethnicité et la discrimination

L'origine et l'ethnicité des individus semblaient également jouer un rôle dans la dépression. Ces critères de vulnérabilité ont été étudiés principalement aux Etats-Unis.

Aux Etats-Unis, être né hors du territoire américain pouvait jouer un rôle protecteur dans la survenue de la dépression (OR : 0.82 [IC95 : 0.713-0.944](24), OR : 0.41 [IC95 : 0.29-0.57](26)), tout comme le fait d'être d'origine Afro-américaine (OR : 0.42 [IC95 : 0.19-0.92](24), OR : 0.53 [IC95 : 0.41-0.70](26), OR : 0.61 [IC95 : 0.41-0.90](31)) ou Latino-Américaine (OR : 0.32 [IC95 : 0.14-0.74](24), OR : 0.63 [IC95 : 0.48-0.82](26)) comparé aux Américains de type caucasien.

Ce rôle protecteur a été lié au fait que la cohésion familiale et donc le soutien apporté étaient plus importants au sein de ces minorités ethniques que chez les Américains caucasiens nés aux Etats-Unis. La présence de soutien social semblait avoir un effet protecteur contre la dépression (OR : 0.62 [0.39-0.98](31)). Par conséquent, dans le cas inverse, un faible soutien social était associé à un risque plus important de dépression (OR : 2.10 [1.55-2.85](42)).

Néanmoins, ces groupes d'origine étrangère étaient confrontés à des discriminations, qui quant à elles, entraînaient un risque accru de dépression (OR : 1.446 [IC95 : 1.374-1.523](24), OR : 2.09 [IC95 : 1.18-3.71](30)).

Tableau 5: Critères d'association entre les facteurs socio-économiques, démographiques et la dépression

Pays	CRITERES DEMOGRAPHIQUES					CRITERES SOCIO-ECONOMIQUES					
	Sexe féminin	Vie seul	Ethnicité étrangère	Immigrant étranger	Marié	Discrimination présente	Niveau d'étude faible	Sans emploi	Catégorie la plus défavorisée	Niveau de revenu faible	Présence soutien social
Australie	■	■							■		■
Belgique / Luxembourg	■	■					■	■			
Canada	■				■		■		■		
Corée Du Sud	■				■		■	■	■		
Danemark		■					■	■		■	
France							■	■			
Irlande					■		■	■			■
Japon							■			■	
Pays- Bas	■			■	■			■			
Singapour	■				■		■			■	
Hong Kong	■		■		■		■	■		■	
USA	■		■	■	■	■	■	■	■	■	■

■ association positive   ■ association négative   ■ lien recherché positif mais non significatif   ■ lien recherché négatif mais non significatif

### 3.5. Constitution des gradients socio-économique

La prévalence du syndrome dépressif majeur selon le milieu socio-économique représenté soit par le niveau d'études, soit la catégorie professionnelle, soit le revenu, a été étudiée dans la *Figure 4*. Les résultats ont présenté une augmentation de la prévalence suivant un gradient socio-économique décroissant dans tous les pays.

La variable étudiée dans la plupart des articles était le niveau d'études. La majorité des articles s'accordait avec le fait que les individus ayant fait des études courtes présentaient un risque de dépression supérieur (sauf pour les pays asiatiques et un article canadien comme annoté dans un paragraphe précédent).

Tous les articles se rejoignaient quant au fait qu'une absence de travail ou un poste hiérarchiquement peu élevé était plus à risque qu'une fonction à responsabilité. Il en allait de même pour les revenus faibles au contraire des salaires élevés.

En l'absence de lien causal entre le niveau d'étude, le statut professionnel et le revenu associé (un haut niveau d'étude n'impliquait pas nécessairement une position hiérarchique élevée avec un fort salaire), et de part une meilleure homogénéité entre l'emploi et le revenu, il a été décidé d'allouer le critère de vulnérabilité en premier lieu aux revenus puis au type d'emploi et enfin au niveau d'études.

Afin de constituer trois catégories socio-économiques (bas, intermédiaire et élevée), une moyenne des prévalences a été calculée pour certains articles (exemple : moyenne des groupes de niveaux primaire et collège afin de générer un

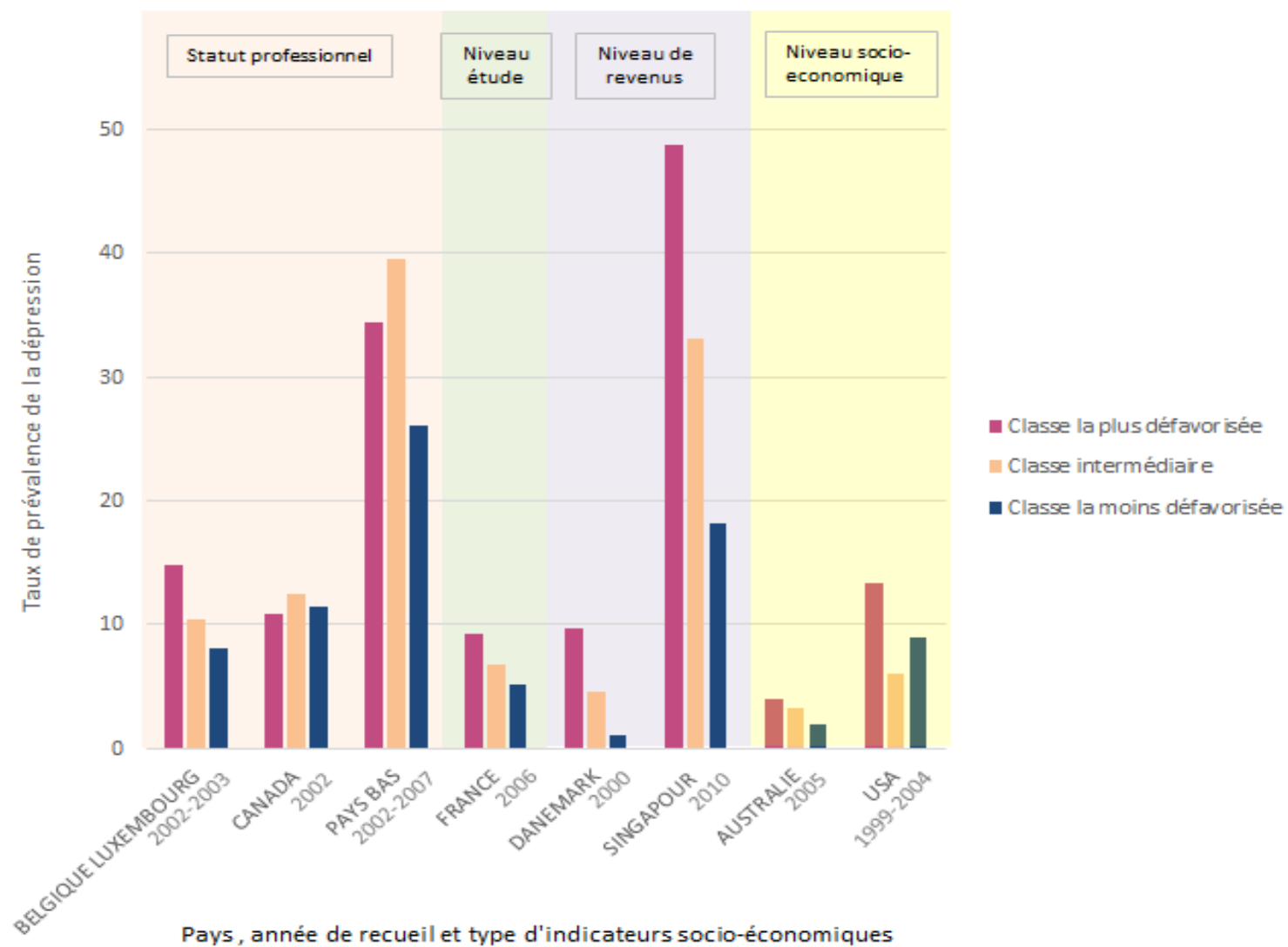
groupe unique équivalent à un niveau inférieur au lycée correspondant à la catégorie socio-économique basse).

La prévalence a été calculée par moyenne lorsque la taille des échantillons des différentes classes à regrouper était équivalente. Dans le cas inverse, un calcul de prévalence pondérée était effectué si le nombre de sujets dans chaque catégorie était bien défini.

Devant le nombre important de résultats concernant les Etats-Unis, l'article choisi pour représenter ce pays a été celui utilisant directement comme indicateur social le statut socio-économique et englobant la plus grande période (1999 à 2004) (23).

Certains articles ne présentaient pas la prévalence de la dépression par catégories socio-économiques rapportée à la population générale mais uniquement au sein du groupe de sujets dépressifs. Cette raison a expliqué les prévalences très élevées constatées à Singapour (10) et aux Pays-Bas (37).

Figure 4: Prévalence de la dépression selon un gradient socio-économique par pays



Sur l'ensemble des articles, seul trois pays présentaient des résultats de prévalences par niveau socio-économique à différents intervalles de temps : le Canada, le Danemark et les Etats-Unis. Ces résultats ont été inscrits au sein du *Tableau 6*.

Pour les Etats-Unis, le manque de résultats répétés dans le temps eu sein d'un même article a conduit à utiliser une combinaison des résultats de quatre articles provenant de périodes différentes.

Deux des articles ont été rassemblés car étudiaient les sujets d'un âge un peu plus avancé (28) (44). Trois autres articles n'étudiaient pas le même groupe de population. Néanmoins, tous présentaient des résultats de prévalence dans les 12 derniers mois exploitables. Ainsi les recueils de 1996 (28) ont été comparés à ceux de 2001-2002 (44) (26) et à ceux de 1999- 2004 (23) .

En dépit du peu de pays présentés ceux-ci ont indiqué que la prévalence de la dépression selon un gradient socio-économique décroissant persistait dans le temps. Les groupes socio-économiques défavorisés présentaient donc toujours une tendance supérieure au risque de dépression. La prévalence des différentes catégories socio-économiques tendait également à augmenter au cours du temps.

Cependant, l'écart relatif entre les classes sociales a diminué (au Canada : différence relative de 30% à 15%, au Danemark : DR de 93.89% à 83.3% et aux Etats-Unis : 46.8% à 9.12%, 18.8% ou 14.4% selon l'année). Cette diminution de différence entre les différentes classes était liée à l'augmentation plus importante du taux d'individus dépressifs au sein des catégories les plus favorisées comparées à celles moins favorisées. Au Canada, le taux de prévalence des individus de classes élevées a augmenté de 46.5% contre 34.5% pour les classes moins élevées entre 2008 et 2009, ce qui a confirmé la réduction de l'écart. Au Danemark le taux était de 75%

contre 32.7% entre 2006 et 2000 et un des ensembles étudiés aux Etats-Unis montrait une différence de 53% contre 28%.



*Tableau 6: Prévalence de la dépression selon le gradient socio-économique au cours du temps*

Pays/ Année/ Auteur	Critère étudié	Année de recueil		Différence Relative (DR) pour les indicateurs SE dans le temps
<b>CANADA</b> JianLi Wang (35) (2014)		<b>avant 1er sept 2008</b>	<b>1er Mars au 30 octobre 2009</b>	
	lycée	5.5%	8.4%	<b>34.5%</b>
	≥ université	3.8%	7.1%	<b>46.5%</b>
	<b>DR entre les groupes SE</b>	<b>30%</b>	<b>15.5%</b>	
<b>DANEMARK</b> Ingelise Andersen (38) (2009)		<b>2000</b>	<b>2006</b>	
	sans emploi	11.3	16.8	<b>32.7%</b>
	travail manuel	1.3	4.7	<b>72.3%</b>
	travail non manuel	0.7	2.8	<b>75%</b>
	<b>DR entre les groupes SE</b>	<b>93.8%</b>	<b>83.3%</b>	
<b>USA</b>				
<b>1996:</b> Ramin Mojtabai (28) (2004) <b>2001-2002 :</b> Kee-Lee Chou (44) (2013)		<b>1996</b>	<b>2001 à 2002</b>	
	< lycée	9.4	9.42	<b>0.21%</b>
	lycée	6.5	8.62	<b>24.6%</b>
	> lycée	5	8.56	<b>41.6%</b>
<b>DR entre les groupes SE</b>	<b>46.8%</b>	<b>9.12%</b>		
<b>1996:</b> Ramin Mojtabai (28) (2004) <b>2001-2001:</b> Karen A. Ertel (26) (2011)		<b>1996</b>	<b>2001 à 2002</b>	
	< lycée	9.4	13.13	<b>28%</b>
	lycée	6.5	11.19	<b>42%</b>
	> lycée	5	10.66	<b>53%</b>
<b>DR entre les groupes SE</b>	<b>46.8%</b>	<b>18.8%</b>		
<b>1996:</b> Ramin Mojtabai (28) (2004) <b>1999-2004:</b> May A. Beydoun (23) (2010)		<b>1996</b>	<b>1999-2004</b>	
	< lycée	9.4	9	<b>- 4.4%</b>
	lycée	6.5	13	<b>50%</b>
	> lycée	5	7.7	<b>35%</b>
<b>DR entre les groupes SE</b>	<b>46.8%</b>	<b>14.4%</b>		

## 4. DISCUSSION

### 4.1. Résultats Principaux

La prévalence de la dépression a augmenté au cours du temps et a affecté plus fréquemment les femmes que les hommes dans les pays développés tout aussi bien dans les pays occidentaux qu'orientaux.

Cette prévalence présentait une répartition inégale dans la population et évoluait de manière inverse par rapport au gradient socio-économique. En effet, le risque de dépression était plus important chez les individus ayant un statut socio-économique défavorisé comparé aux plus favorisés. Cette vulnérabilité socio-économique se traduisait principalement par un niveau bas de revenu, une absence d'emploi ou un emploi peu gratifiant pour tous les pays ainsi qu'un niveau d'études faible pour les pays occidentaux. Les pays asiatiques ont présenté une corrélation inverse car un niveau d'études élevé représentait un facteur prédisposant à la dépression.

Une position socio-économique peu élevée pourrait restreindre l'accès aux aides psychosociales ou institutionnelles (exemple : consultation chez le psychologue non prise en charge par la sécurité sociale) et limiterait les soutiens du développement des stratégies d'adaptation de gestion des situations stressantes auxquelles un individu fait face au cours de la vie. Cela entraînerait une exposition à certains facteurs de risques tels que les événements de vie négatifs (divorce, perte emploi..) qui prédisposeraient au syndrome dépressif.

L'augmentation de la prévalence de la dépression au cours du temps se retrouvait au sein de toutes les catégories socio-économiques et toujours selon un gradient décroissant. Cependant, cet écart entre les différents niveaux socio-économiques tendait à se réduire du fait de la plus forte croissance du taux d'individus en dépression au sein de la classe élevée.

## **4.2. Limites**

### **4.2.1. Système diagnostic**

Chaque pays possède un système d'évaluation du syndrome dépressif différent. Néanmoins, tous ces systèmes diagnostics se réfèrent aux critères DSM. Les articles étudiés provenant de décennies différentes, les critères DSM utilisés diffèrent également (utilisation du DSM-III-R au DSM-5). Cependant ces différents référentiels étant consensuels et peu remaniés concernant la dépression, une fiabilité diagnostic persiste entre les différents articles.

### **4.2.2. Limites méthodologiques**

Certaines limitations dans la comparabilité des différents articles sont rencontrées du fait de biais méthodologiques (méthodologies variées). De par la sélection systématisée sur grille de lecture proposant ainsi un choix d'articles de méthodologies fiables composés d'échantillons représentatifs de taille adéquate, une homogénéité des articles est recherchée. Ceci dans le but de limiter autant que faire se peut ces biais.

La quasi-totalité des articles retenus est issue d'enquêtes transversales sans temporalité concernant les résultats. Les liens retrouvés sont donc uniquement statistiques. De ce fait, un niveau socio-économique faible peut être associé à un taux de prévalence de dépression élevé. Aucun lien de causalité ne peut donc être

démonstré. Un statut socio-économique bas peut donc entraîner ou être secondaire à un état dépressif (33) (40) (39) (44) (42) (43) (10) (23) (24) (25) (27) (30) (31).

La majorité des articles fait état d'études prospectives exceptée pour quatre d'entre eux (44)(22)(30)(31). Ces quatre études rétrospectives peuvent contenir un biais de mémoire concernant la dépression. Etant donné les intervalles de recueil assez restreints (entre un et deux ans), ce biais reste peu important et n'entraîne donc que peu probablement une sous-évaluation du syndrome dépressif.

Concernant les articles utilisant des auto-questionnaires pour évaluer le syndrome dépressif, un biais de sélection est rencontré avec une sous-estimation des résultats possible (33)(38)(39). Un autre biais de sélection est généré par l'enrôlement non randomisés des médecins généralistes (base de volontariat) utilisé pour le recrutement de la population incluse (33)(36). Ces biais sont palliés par le fait que les échantillons étudiés au sein de ces articles sont larges donc suffisamment représentatifs.

#### **4.2.3. Limites d'interprétation des résultats**

Le manque de répétition de résultats dans le temps au sein des articles est problématique. Ce frein a essentiellement limité la construction du graphique représentant l'évolution de la prévalence brute par pays (par exemple pour un des articles américains, les recueils de 1999 à 2004 ne sont pas séparés par années mais exprimés en un seul bloc de 99-2004 (23)). Néanmoins, en raison de l'uniformité de la sélection d'articles, un rassemblement des résultats depuis différents textes a été possible. Le graphique résultant présente des données par période mais également par groupe de pays (les pays européens ont été regroupés car la Belgique, la France et l'Irlande n'offraient pas de résultats répétés dans le temps). Hormis quelques résultats « parasites » (les prévalences de la France et de l'Irlande

présentent des valeurs en dessous de celles attendues), nous pouvons constater une augmentation globale de la prévalence par période croissante et par pays ou groupe de pays.

Il est apparu que l'utilisation des prévalences issues uniquement de la population dépressive était peu exploitable car non représentatives de celles retrouvées dans la population générale. Est seulement représenté la répartition des sujets dépressifs au sein des différents indicateurs socio-économiques et non leur rapport à la population générale (29)(32)(37)(10). Par exemple, l'article (34) dans lequel un calcul par niveau d'emploi a été réalisé, la répartition initiale des sujets dépressifs était de 58% dans le groupe « emploi à temps plein » et 31% au sein du groupe « sans emploi ». Après révision de la prévalence pondérée à l'ensemble de la population, on constate une inversion de quota : prévalence de 10.8% dans le groupe « emploi temps plein » et 11.5% dans le groupe « sans emploi ».

Afin de pouvoir étudier les gradients socio-économiques, il a fallu faire face à la multiplicité des indicateurs socio-économiques présentés à travers les différents articles (études, revenu, emploi). En plus d'être multiples, ceux-ci sont variables d'une étude à l'autre. En effet, un même indicateur peut être défini par diverses sous-catégories (exemple du statut professionnel qui peut être subdivisé en « chômeur/ ouvrier/ retraité » ou « sans emploi/ temps partiel/ temps plein »).

Une tentative d'uniformisation a dû être réalisée de façon à pouvoir comparer les articles entre eux (exemple : catégorie professionnelle séparée en « sans emploi », « fonction de bas grade » (ouvrier, retraité, pension d'invalidité...) et « fonction de haut grade » (temps plein, cadre...). Malgré cet effort d'homogénéisation il persiste une disparité entre les articles. Prenons pour exemple le niveau d'études, divisé dans un souci d'uniformité en « inférieur au niveau lycée », « lycée »,

« supérieur au lycée » mais dont ce morcellement ne peut être applicable à tous les articles. Notamment lorsque les résultats sont exprimés en « inférieur au lycée », « post-baccalauréat » et « diplômé universitaire » (32).

Pour les pays asiatiques, une association inverse entre le niveau d'étude et la disposition à développer une dépression comparé aux pays occidentaux (43) (40) (10) est constatée. Ceci peut être expliqué par le fait que les attentes des parents asiatiques concernant les études de leur descendance sont plus importantes que celles des parents occidentaux. Ces instances élitistes semblent être uniformes dans la plupart des cultures asiatiques (50) (51) (52) (53).

Afin d'élaborer le tableau de gradient socio-économique au cours du temps pour les Etats-Unis, l'utilisation de plusieurs articles a été nécessaire. Trois d'entre eux décrivaient la prévalence de la dépression dans les 12 derniers mois. Par souhait de cohérence, pour les données provenant de Hong-Kong (44), la prévalence de la dépression au cours de la vie a été intégrée car le taux de dépression dans les 12 derniers mois étaient insuffisant (2.95%). Une autre méthode aurait conduit à un ensemble des prévalences pondérées trop basses faussant ainsi l'interprétation des données. En effet, l'utilisation des données dans les 12 derniers mois aurait donné lieu à une décroissance importante de la prévalence au cours du temps contredisant les résultats trouvés dans l'ensemble.

#### **4.2.4. Limites externes.**

A la suite des conclusions observées, quelques incohérences apparaissent. Effectivement, l'ensemble les données concordent sur le fait qu'un niveau socio-économique bas est associé à une tendance dépressive. Néanmoins, le fait d'appartenir à une minorité ethnique (afro-américaine ou hispanique) est quant à lui moins à risque de dépression (54) (55) (56). Ces minorités ethniques

appartenant généralement aux catégories de classe socio-économique défavorisée (57) (58), assistons-nous à une émergence économique des minorités ethniques ? Ou s'agit-il d'une sous-représentation de la population dépressive au sein de cette communauté dont le sujet reste tabou ? D'autre part, ces études concernant la dépression chez les minorités ethniques ne se retrouvent essentiellement qu'aux Etats-Unis, les résultats ne sont donc pas représentatifs de l'ensemble des pays. Les Etats-Unis subissent de surcroît, un niveau élevé de discrimination en fonction selon des états qui le composent.

Les résultats finaux présentés étudient uniquement le gradient socio-économique en fonction de caractéristiques personnelles des sujets. Le milieu de vie des individus n'a pas été pris en compte. Or, des études ont prouvé que le niveau socio-économique du voisinage impactait également sur le risque de dépression. Vivre dans un quartier défavorisé semblerait majorer le risque de développer un syndrome dépressif (25).

### **4.3. Validité externe**

L'appartenance à une classe socio-économique peu favorisée est généralement associée à un risque plus important de morbidité psychiatrique, d'invalidité et entraîne un défaut d'accès aux soins de santé (59).

En plus d'être corrélés à la prévalence de la dépression, ces facteurs socio-économiques semblent également avoir une influence sur le traitement de la dépression (60) (61). En effet, les sujets provenant de niveau socio-économique peu favorisé semblent présenter une évolution peu favorable (62).

En accord avec la méta-analyse publiée en 2002 (15), les principaux indicateurs socio-économiques retrouvés sont le niveau d'études, le revenu et le poste occupé.

Cette méta-analyse qui regroupe plus d'une cinquantaine d'articles provenant principalement d'Amérique du Nord amène à la même conclusion. La dépression est plus fréquente au sein des individus ayant un statut socio-économique bas plutôt qu'élevé (OR : 1.81 [IC95 1.57-2.10]).

L'intérêt de cette revue, en regroupant uniquement les pays développés, était d'uniformiser le niveau socio-démographique afin de pouvoir comparer leurs évolutions dans le temps. La comparaison entre des pays développés (IDH supérieur à 0.8) et ceux en développement (IDH inférieur à 0.7) a tout de même été réalisée. En 2012, un article américain (63) a comparé les résultats de deux pays européens (Norvège et Royaume-Uni) et de deux pays africains (Ghana et Kenya). Il en ressort que les populations africaines sont en moyenne plus jeunes avec un niveau d'étude plus faible. La différence liée au genre est retrouvée, avec une prévalence plus importante chez la femme. Cette inégalité de genre est d'autant plus importante dans les pays africains où la culture sociétale procure un statut avantageux aux hommes. Que ce soit dans les pays avec IDH élevé ou faible, le fait d'être marié est associé à un risque moindre de dépression.

Les inégalités liées aux différences d'origine et d'ethnicité se retrouvent au niveau de la prévalence de la dépression mais aussi au niveau de la prise en charge. D'après l'étude en 2011 de Stania (64), les afro-américains et les hispaniques acceptent plus difficilement l'approche par antidépresseurs que les caucasiens et préfèrent les thérapies aux médicaments oraux. Les catégories socio-économiques basses semblent être présentées plus à risque de rupture de traitement également.

Aucune autre méta-analyse mentionnant l'étude des liens entre le statut socio-économique et la dépression n'a été réalisée depuis. De même, aucun article étudiant l'évolution de la prévalence du syndrome dépressif en fonction des classes



sociales n'a été trouvé ni l'évolution du rapport de cette prévalence entre les différentes classes au cours du temps.

#### 4.4. Perspectives

Ces résultats sont importants car il subsiste en France une sous-estimation des sujets dépressifs lié à la stigmatisation du syndrome dépressif. Cette maladie peut être parfois vécue comme une « honte » ou une « faiblesse », ce qui limite les consultations liées à ce problème. Les mentalités concernant la dépression évoluent mais cette pathologie reste encore tabou (65). En dehors du ressenti des patients, il s'agit également de faire évoluer le regard extérieur. En effet, la dépression n'est pas suffisamment considérée comme une maladie et les personnes en souffrant sont quelquefois perçues comme dangereuses, imprévisibles ou hypochondriaque (66).

Ces stigmates sont présents au sein de toutes les classes sociales mais plus particulièrement auprès des groupes d'ethnicité étrangère (66) et ceux ayant un statut social peu élevé (67).

Face à ces préjugés, des campagnes d'informations dans les pays occidentaux ont vu le jour depuis les années 1980. Principalement aux Etats-Unis, où le premier programme d'information sur la dépression au monde « National Institute for Mental Health » (NIMH) est apparu.

En France, la dernière campagne d'information de grande envergure pour lutter contre les idées reçues liée à la dépression a été menée par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) en 2007 « *La dépression, en savoir plus pour en sortir* » (68). N'ayant malheureusement eu que peu d'impact auprès du grand public, aucune autre campagne à l'échelle nationale n'a été réitérée.

Il existe un certains nombres de supports mis en place afin de faire face aux troubles mentaux, tels que des associations (association France dépression (69)) ou des numéros d'écoute (SOS dépression (70)), mais devant le manque de diffusion, ceux-ci restent méconnus de la population générale voir même des praticiens.

Il existe également des structures qui accueillent gratuitement les personnes souffrant de troubles psychiques tels que les centres médico-psychologiques (CMP), les centres d'accueil et de crises (CAC) ou les unités psychiatriques hospitalières. Cependant, ces structures sont en nombre insuffisant et sont malheureusement dans l'incapacité d'absorber le flux des demandes. Par conséquent, les délais de rendez-vous peuvent s'avérer très longs générant une difficulté d'accès aux soins spécialisés pour les individus ayant un revenu limité.

De nouvelles méthodes de diffusion de l'information auprès de la population et des praticiens pourraient améliorer la vision et faciliter la prise en charge de la dépression. Concernant l'accessibilité aux soins, une expérimentation de remboursement des consultations auprès de psychologues pour des jeunes de 6 à 21 ans a été réalisée en 2017 (71) (72) et une autre, menée par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) est en cours , concernant la population générale (18 à 60 ans) (73).

D'après un rapport de l'OMS , le syndrome dépressif est un trouble dont le diagnostic et la prise en charge peuvent être faite principalement en médecine générale (1). Ce qui fait du médecin généraliste l'un des acteurs fondamental dans le diagnostic et le suivi de la dépression. Or, aucune formation consensuelle n'est proposée aux praticiens dont la prise en charge est interdépendante de leurs connaissances et expérience personnelle (74).

Un travail de standardisation des modèles de prise en charge doit être fait, d'autant plus que cette pathologie a des répercussions importantes à tous les niveaux. La mise en œuvre d'un consensus plus détaillé permettrait aux praticiens d'apporter un soutien plus adapté, humain et thérapeutique, au sujet dépressif.

Outre le souci concernant le diagnostic et la prise en charge de la dépression, cette revue expose le problème de la conception des différentes classes socio-économiques. En effet, selon les articles, les indicateurs utilisés diffèrent et donc les résultats également. Il serait intéressant qu'un effort d'homogénéisation des définitions et compositions des différentes catégories socio-économiques soit réalisé sur l'ensemble de la littérature. Ceci faciliterait leur comparabilité et leur étude dans le temps.

Cette revue conclut sur une augmentation du taux de dépression dans toutes les classes de la population avec une atteinte privilégiée des groupes défavorisés mais une tendance à la réduction des écarts. L'une des raisons évoquée pourrait-être la conjoncture sociétale des vingt dernières années qui tend à être de plus en plus complexe (crise économique (75), taux de chômage en constante augmentation, inflation avec diminution du pouvoir d'achat...) et devenant de plus en plus pressante envers les individus (stress dans le mode du travail où chacun est amené à devoir être plus efficient. Prenons l'exemple du domaine médical où le corps soignant doit répondre à des sollicitations grandissantes et diverses tout en faisant face à une diminution d'effectifs.

Les classes défavorisées possèdent moins de moyens donc une moins bonne qualité de vie et ont un accès plus restreint aux soins entraînant par ce fait des situations de vie plus stressantes (préoccupation financière avec risque de précarité). Ces

populations sont donc plus sujettes à développer des comorbidités ce qui les rend plus vulnérables et moins résilientes vis-à-vis de la maladie.

La disparité d'évolution entre les classes « pauvre » et riche » peut être liée au vieillissement de la population. Le nombre de personnes âgées tend à augmenter dans notre société. Ce groupe de personnes vulnérables est souvent confronté à la solitude facilitant le développement de la dépression. Une autre hypothèse possible est que la vision de la dépression évolue plus facilement au sein des classes favorisées. L'ouverture culturelle et intellectuelle étant possiblement plus éminente, ce groupe considère moins la dépression comme un tabou et est plus enclin à consulter à ce sujet.

Une étude portant sur les implications de ces résultats permettrait de mieux comprendre cette différence d'évolution au sein des différentes strates socio-économiques.

## 5. CONCLUSION

La dépression est un trouble psychique en augmentation dans l'ensemble des pays développés. Il a également été observé une inégalité de répartition au sein des différentes catégories socio-économiques.

Les individus ayant un statut socio-économique bas, principalement ceux avec un revenu faible sans emploi ou des études courtes, sont plus vulnérables face au risque de développer un syndrome dépressif majeur. Cette répartition selon un gradient socio-économique décroissant se retrouve dans le temps mais cet écart tend à diminuer car la proportion d'individus dépressifs de classe socio-économique élevée augmente de manière plus rapide que ceux ayant une position économique basse.

Cette maladie psychique a tendance à être sous diagnostiquée car stigmatisée, notamment au sein des populations vulnérables. Pour pallier à cette stigmatisation il n'existe à notre connaissance actuelle, en France, aucun moyen de prévention national connu ni de formation consensuelle pour les médecins généralistes pourtant principaux acteurs dans le diagnostic et la prise en charge de cette pathologie.

## 6. BIBLIOGRAPHIE

1. wfmh\_paper\_depression\_wmhd\_2012.pdf [Internet]. [cité 21 oct 2018]. Disponible sur: [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/wfmh\\_paper\\_depression\\_wmhd\\_2012.pdf](http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf)
2. La dépression caractérisée / Les conséquences d'une exposition à un événement traumatisant comme les attentats / Faire face à des événements choquants / Actes terroristes / Populations et santé / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. [cité 18 sept 2018]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Populations-et-sante/Actes-terroristes/Faire-face-a-des-evenements-choquants/Les-consequences-d-une-exposition-a-un-evenement-traumatisant-comme-les-attentats/La-depression-caracterisee>
3. Définition de la dépression [Internet]. OMS (Organisation Mondiale de la Santé). 2018 [cité 18 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2012/10/depression-in-europe/depression-definition>
4. La dépression en Europe : faits et chiffres [Internet]. 2018 [cité 29 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2012/10/depression-in-europe/depression-in-europe-facts-and-figures>
5. Annexe 2\_ Définition de l'EDM selon DSM-IV TR [Internet]. [cité 15 oct 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/maladies\\_alzheimer\\_et\\_maladies\\_apparentees\\_diagnostic\\_et\\_prise\\_en\\_charge\\_annexe\\_2.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/maladies_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prise_en_charge_annexe_2.pdf)
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th ed Text Revision. Washington ( DC); 2000.
7. HAS. Annexe\_4 Définition de l'EDC selon le DSM-5 (proposition de traduction). :1.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th ed. [Internet]. Fifth Edition. American Psychiatric Association; 2013 [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
9. Pecoul D. la dépression dans le DSM-5 - IFEMDR [Internet]. Institut Français d'EMDR. 2016 [cité 15 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.ifemdr.fr/la-depression-dans-le-dsm-5/>
10. Subramaniam M, Abidin E, Seow ELS, Picco L, Vaingankar JA, Chong SA. Suicidal ideation, suicidal plan and suicidal attempts among those with major depressive disorder. Ann Acad Med Singap. août 2014;43(8):412-21.

11. Dépression [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 5 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/depression>
12. Yates WR, Mitchell J, Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, Warden D, et al. Clinical features of depressed outpatients with and without co-occurring general medical conditions in STAR\*D. *Gen Hosp Psychiatry*. déc 2004;26(6):421-9.
13. Dalstra J, Kunst A, Borrell C, Breeze E, Cambois E, Costa G, et al. Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases: an overview of eight European countries. *International Journal of Epidemiology*. 1 avr 2005;34(2):316-26.
14. Muntaner C. Socioeconomic Position and Major Mental Disorders. *Epidemiologic Reviews*. 1 juill 2004;26(1):53-62.
15. Lorant V, Delière D, Eaton W, Robert A, Philippot P, Anseau M. Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *Am J Epidemiol*. 15 janv 2003;157(2):98-112.
16. Benbow A. Mental illness, stigma, and the media. *J Clin Psychiatry*. 2007;68 Suppl 2:31-5.
17. Crisp AH, Gelder MG, Rix S, Meltzer HI, Rowlands OJ. Stigmatisation of people with mental illnesses. *Br J Psychiatry*. juill 2000;177:4-7.
18. PRISMA-Equity 2012 Extension: Reporting Guidelines for Systematic Reviews with a Focus on Health Equity [Internet]. [cité 18 sept 2018]. Disponible sur: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001333>
19. 2018\_summary\_human\_development\_statistical\_update\_fr.pdf [Internet]. [cité 21 oct 2018]. Disponible sur: [http://hdr.undp.org/sites/default/files/2018\\_summary\\_human\\_development\\_statistical\\_update\\_fr.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/2018_summary_human_development_statistical_update_fr.pdf)
20. Indice de développement humain [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 21 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/lexique/indice-de-developpement-humain/>
21. Loney PL, Chambers LW, Bennett KJ, Roberts JG, Stratford PW. Critical appraisal of the health research literature: prevalence or incidence of a health problem. *Chronic Dis Can*. 1998;19(4):170-6.
22. Ai AL, Pappas C, Simonsen E. Risk and Protective Factors for Three Major Mental Health Problems Among Latino American Men Nationwide. *American Journal of Men's Health*. janv 2015;9(1):64-75.
23. Beydoun MA, Wang Y. Pathways linking socioeconomic status to obesity through depression and lifestyle factors among young US adults. *J Affect Disord*. juin 2010;123(1-3):52-63.

24. Budhwani H, Hearld KR, Chavez-Yenter D. Depression in Racial and Ethnic Minorities: the Impact of Nativity and Discrimination. *J Racial Ethn Health Disparities*. mars 2015;2(1):34-42.
25. Cutrona CE, Russell DW, Brown PA, Clark LA, Hessling RM, Gardner KA. Neighborhood context, personality, and stressful life events as predictors of depression among African American women. *J Abnorm Psychol*. févr 2005;114(1):3-15.
26. Ertel KA, Rich-Edwards JW, Koenen KC. Maternal depression in the United States: nationally representative rates and risks. *J Womens Health (Larchmt)*. nov 2011;20(11):1609-17.
27. Gavin AR, Walton E, Chae DH, Alegria M, Jackson JS, Takeuchi D. The associations between socio-economic status and major depressive disorder among Blacks, Latinos, Asians and non-Hispanic Whites: findings from the Collaborative Psychiatric Epidemiology Studies. *Psychol Med*. janv 2010;40(1):51-61.
28. Mojtabai R, Olfson M. Major depression in community-dwelling middle-aged and older adults: prevalence and 2- and 4-year follow-up symptoms. *Psychol Med*. mai 2004;34(4):623-34.
29. Rubio JM, Markowitz JC, Alegría A, Pérez-Fuentes G, Liu S-M, Lin K-H, et al. Epidemiology of chronic and nonchronic major depressive disorder: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Depress Anxiety*. août 2011;28(8):622-31.
30. Siefert K, Heflin CM, Corcoran ME, Williams DR. Food insufficiency and physical and mental health in a longitudinal survey of welfare recipients. *J Health Soc Behav*. juin 2004;45(2):171-86.
31. Siefert K, Bowman PJ, Heflin CM, Danziger S, Williams DR. Social and environmental predictors of maternal depression in current and recent welfare recipients. *Am J Orthopsychiatry*. oct 2000;70(4):510-22.
32. Trivedi MH, Rush AJ, Wisniewski SR, Warden D, McKinney W, Downing M, et al. Factors associated with health-related quality of life among outpatients with major depressive disorder: a STAR\*D report. *J Clin Psychiatry*. févr 2006;67(2):185-95.
33. Almeida OP, Pirkis J, Kerse N, Sim M, Flicker L, Snowdon J, et al. Socioeconomic disadvantage increases risk of prevalent and persistent depression in later life. *J Affect Disord*. mai 2012;138(3):322-31.
34. McIntyre RS, Wilkins K, Gilmour H, Soczynska JK, Konarski JZ, Miranda A, et al. The effect of bipolar I disorder and major depressive disorder on workforce function. *Chronic Dis Can*. 2008;28(3):84-91.
35. Wang J, Smailes E, Sareen J, Fick GH, Schmitz N, Patten SB. The prevalence of mental disorders in the working population over the period of global economic crisis. *Can J Psychiatry*. sept 2010;55(9):598-605.



36. Anseau M, Fischler B, Dierick M, Albert A, Leyman S, Mignon A. Socioeconomic correlates of generalized anxiety disorder and major depression in primary care: the GADIS II study (Generalized Anxiety and Depression Impact Survey II). *Depress Anxiety*. 2008;25(6):506-13.
37. Van der Lem R, Stamsnieder PM, Van der Wee NJA, Van Veen T, Zitman FG. Influence of sociodemographic and socioeconomic features on treatment outcome in RCTs versus daily psychiatric practice. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. juin 2013;48(6):975-84.
38. Andersen I, Thielen K, Bech P, Nygaard E, Diderichsen F. Increasing prevalence of depression from 2000 to 2006. *Scand J Public Health*. déc 2011;39(8):857-63.
39. Andersen I, Thielen K, Nygaard E, Diderichsen F. Social inequality in the prevalence of depressive disorders. *J Epidemiol Community Health*. juill 2009;63(7):575-81.
40. Park JE, Lee J-Y, Sohn JH, Seong SJ, Cho MJ. Ten-year trends in the prevalence and correlates of major depressive disorder in Korean near-elderly adults: a comparison of repeated nationwide cross-sectional studies from 2001 and 2011. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. sept 2015;50(9):1399-406.
41. Murcia M, Chastang J-F, Niedhammer I. Educational inequalities in major depressive and generalized anxiety disorders: results from the French national SIP study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. juin 2015;50(6):919-28.
42. Chazelle E, Lemogne C, Morgan K, Kelleher CC, Chastang J-F, Niedhammer I. Explanations of educational differences in major depression and generalised anxiety disorder in the Irish population. *J Affect Disord*. nov 2011;134(1-3):304-14.
43. Ochi M, Fujiwara T, Mizuki R, Kawakami N, World Mental Health Japan Survey Group. Association of socioeconomic status in childhood with major depression and generalized anxiety disorder: results from the World Mental Health Japan survey 2002-2006. *BMC Public Health*. 14 avr 2014;14:359.
44. Chou K-L, Cheung KC-K. Major depressive disorder in vulnerable groups of older adults, their course and treatment, and psychiatric comorbidity. *Depress Anxiety*. juin 2013;30(6):528-37.
45. «Dépression: parlons-en» déclare l'OMS, alors que cette affection arrive en tête des causes de morbidité [Internet]. World Health Organization. [cité 27 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/fr/news-room/detail/30-03-2017--depression-let-s-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health>
46. Murray ET, Hardy R, Strand BH, Cooper R, Guralnik JM, Kuh D. Gender and life course occupational social class differences in trajectories of functional limitations in midlife: findings from the 1946 British birth cohort. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. déc 2011;66(12):1350-9.

47. Kim J-H, Cho MJ, Hong JP, Bae JN, Cho S-J, Hahm B-J, et al. Gender Differences in Depressive Symptom Profile: Results from Nationwide General Population Surveys in Korea. *J Korean Med Sci.* nov 2015;30(11):1659-66.
48. Picco L, Subramaniam M, Abdin E, Vaingankar JA, Chong SA. Gender differences in major depressive disorder: findings from the Singapore Mental Health Study. *Singapore Med J.* nov 2017;58(11):649-55.
49. Schuch JJJ, Roest AM, Nolen WA, Penninx BWJH, de Jonge P. Gender differences in major depressive disorder: results from the Netherlands study of depression and anxiety. *J Affect Disord.* mars 2014;156:156-63.
50. Fuligni AJ, Tseng V, Lam M. Attitudes toward Family Obligations among American Adolescents with Asian, Latin American, and European Backgrounds. *Child Development.* juill 1999;70(4):1030-44.
51. Phinney JS, Ong A, Madden T. Cultural values and intergenerational value discrepancies in immigrant and non-immigrant families. *Child Dev.* avr 2000;71(2):528-39.
52. Bornstein MH, éditeur. *Handbook of parenting.* 2nd ed. Mahwah, N.J: Erlbaum; 2002. 5 p.
53. Oishi S, Sullivan HW. The mediating role of parental expectations in culture and well-being. *J Pers.* oct 2005;73(5):1267-94.
54. Alegria M, Chatterji P, Wells K, Cao Z, Chen C, Takeuchi D, et al. Disparity in depression treatment among racial and ethnic minority populations in the United States. *Psychiatr Serv.* nov 2008;59(11):1264-72.
55. Dunlop DD, Song J, Lyons JS, Manheim LM, Chang RW. Racial/ethnic differences in rates of depression among preretirement adults. *Am J Public Health.* nov 2003;93(11):1945-52.
56. Akincigil A, Olfson M, Siegel M, Zurlo KA, Walkup JT, Crystal S. Racial and ethnic disparities in depression care in community-dwelling elderly in the United States. *Am J Public Health.* févr 2012;102(2):319-28.
57. National Research Council (US) Panel on Race, Ethnicity, and Health in Later Life. *Critical Perspectives on Racial and Ethnic Differences in Health in Late Life* [Internet]. Anderson NB, Bulatao RA, Cohen B, éditeurs. Washington (DC): National Academies Press (US); 2004 [cité 19 nov 2018]. (The National Academies Collection: Reports funded by National Institutes of Health). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK25532/>
58. Williams DR, Priest N, Anderson NB. Understanding associations among race, socioeconomic status, and health: Patterns and prospects. *Health Psychol.* avr 2016;35(4):407-11.
59. Turner RJ, Lloyd DA. The stress process and the social distribution of depression. *J Health Soc Behav.* déc 1999;40(4):374-404.

60. Jarrett RB, Eaves GG, Grannemann BD, Rush AJ. Clinical, cognitive, and demographic predictors of response to cognitive therapy for depression: a preliminary report. *Psychiatry Res.* juin 1991;37(3):245-60.
61. Button KS, Wiles NJ, Lewis G, Peters TJ, Kessler D. Factors associated with differential response to online cognitive behavioural therapy. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* mai 2012;47(5):827-33.
62. Cohen A, Houck PR, Szanto K, Dew MA, Gilman SE, Reynolds CF. Social inequalities in response to antidepressant treatment in older adults. *Arch Gen Psychiatry.* janv 2006;63(1):50-6.
63. Ambugo EA. Cross-country variation in the sociodemographic factors associated with major depressive episode in Norway, the United Kingdom, Ghana, and Kenya. *Soc Sci Med.* juill 2014;113:154-60.
64. DeJesus SA, Diaz VA, Gonsalves WC, Carek PJ. Identification and treatment of depression in minority populations. *Int J Psychiatry Med.* 2011;42(1):69-83.
65. Nordt C, Rossler W, Lauber C. Attitudes of Mental Health Professionals Toward People With Schizophrenia and Major Depression. *Schizophrenia Bulletin.* 12 oct 2005;32(4):709-14.
66. Cook TM, Wang J. Descriptive epidemiology of stigma against depression in a general population sample in Alberta. *BMC Psychiatry.* 19 avr 2010;10:29.
67. Werner P, Stein-Shvachman I, Heinik J. Perceptions of self-stigma and its correlates among older adults with depression: a preliminary study. *Int Psychogeriatr.* déc 2009;21(6):1180-9.
68. Parry WH, Martorano F, Cotton EK. Management of life-threatening asthma with intravenous isoproterenol infusions. *Am J Dis Child.* janv 1976;130(1):39-42.
69. France Dépression [Internet]. [cité 14 nov 2018]. Disponible sur: <http://france-depression.org/>
70. sosdepression [Internet]. sos depression. [cité 14 nov 2018]. Disponible sur: <http://www.sosdepression.org/>
71. Arrêté du 5 mai 2017 fixant la liste des territoires retenus pour les expérimentations visant à organiser la prise en charge de la souffrance psychique des jeunes | Legifrance [Internet]. [cité 14 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/5/5/AFSP1706386A/jo/texte>
72. Décret n° 2017-813 du 5 mai 2017 relatif aux expérimentations visant à organiser la prise en charge de la souffrance psychique des jeunes | Legifrance [Internet]. [cité 14 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/5/5/AFSP1704616D/jo/texte/fr>

73. AssuranceMaladie-Guide-pour-psycho-Remboursement-actes.pdf [Internet]. [cité 25 nov 2018]. Disponible sur: <http://www.psychologues-psychologie.net/attachments/article/471/AssuranceMaladie-Guide-pour-psycho-Remboursement-actes.pdf>
74. Dumesnil, H, Cortaredona, S, Cavillon M, Mikol F, Aubry C, Sebbah R, et al. Prise en charge de la dépression en médecine générale de ville: Résultats issus d'une enquête menée auprès d'un panel national de médecins généralistes français. *L'information psychiatrique*. 2014;90(5):341.
75. La reprise de l'économie mondiale offre des opportunités de lutte contre les problèmes de développement les plus tenaces [Internet]. Development Policy & Analysis Division | Dept of Economic & Social Affairs | United Nations. 2017 [cité 14 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.un.org/development/desa/dpad/publication/situation-et-perspectives-de-leconomie-mondiale-2018-resume/>

## 7. ANNEXES:

Annexe 1: Grille de score méthodologique de Loney de 1998

<b>TABLEAU 1</b> <b>Lignes directrices relatives à l'évaluation critique</b> <b>d'études portant sur la prévalence ou l'incidence d'un</b> <b>problème de santé</b>	
<b>A. LES MÉTHODES UTILISÉES DANS L'ÉTUDE SONT-ELLES VALIDES?</b>	
1.	<i>Le protocole de l'étude et la méthode d'échantillonnage conviennent-ils à la question étudiée?</i>
2.	<i>Le cadre d'échantillonnage est-il approprié?</i>
3.	<i>La taille de l'échantillon est-elle appropriée?</i>
4.	<i>Les critères utilisés pour mesurer les résultats sur le plan de la santé sont-ils objectifs, appropriés et uniformes?</i>
5.	<i>Le résultat sur le plan de la santé est-il mesuré de manière non biaisée?</i>
6.	<i>Le taux de réponse est-il adéquat? Les personnes qui n'ont pas voulu participer à l'étude sont-elles décrites?</i>
<b>B. COMMENT INTERPRÉTER LES RÉSULTATS?</b>	
7.	<i>Les études rendent-elles compte des estimations de la prévalence ou de l'incidence, des intervalles de confiance et offrent-elles des données détaillées par sous-groupe, s'il y a lieu?</i>
<b>C. APPLICABILITÉ DES RÉSULTATS</b>	
8.	<i>Les sujets de l'étude et le milieu sont-ils décrits de manière détaillée et sont-ils analogues à ceux qui vous intéressent?</i>

<b>TABLE 2</b> <b>Methodological scoring system used</b> <b>to rate studies reviewed<sup>20</sup></b>		
Item		Score
1.	Random sample or whole population	1 point
2.	Unbiased sampling frame (i.e. census data)	1 point
3.	Adequate sample size ( >300 subjects)	1 point
4.	Measures were the standard	1 point
5.	Outcomes measured by unbiased assessors	1 point
6.	Adequate response rate (70%), refusers described	1 point
7.	Confidence intervals, subgroup analysis	1 point
8.	Study subjects described	1 point
<b>Maximum score</b>		<b>8 points</b>

## Annexe 2 : Tableau de prévalence brute par pays

Année	Trimestre	PAYS EUROPÉENS				USA		CANADA	
		Prévalence "sans précision"				Vie	N-1	Vie	N-1
1999	1 <sup>er</sup> au 4 <sup>ème</sup>								
2000	1 trimestre	3,3							
	2 trimestre								
	3 trimestre								
	4 trimestre								
2001	1 trimestre								
	2 trimestre								
	3 trimestre								
	4 trimestre								
2002	1 trimestre								
	2 trimestre								
	3 trimestre								
	4 trimestre								
2003	1 trimestre	11							
	2 trimestre								
	3 trimestre								
	4 trimestre								
2004	1 trimestre								
	2 trimestre								
	3 trimestre								
	4 trimestre								
2005	1 trimestre								
	2 trimestre								
	3 trimestre								
	4 trimestre								
2006	1 trimestre								
	2 trimestre								
	3 trimestre								
	4 trimestre								
2007	1 trimestre								
	2 trimestre								
	3 trimestre								
	4 trimestre								
2008	1 trimestre								
	2 trimestre								
	3 trimestre								
	4 trimestre								
2009	1 trimestre								
	2 trimestre								
	3 trimestre								
	4 trimestre								

### Annexe 3: Tableau de prévalence brute par sexe

Pays	Femme	Homme	Tranche d'âge
Belgique Luxembourg (36)	13,1	7,9	0-18 ans
Canada (34)	15	8,1	
France (41)	9,31	4,47	
Irlande (42)	8,2	5,2	
Japon (43)	8,6	4,7	
USA (27)	9,3	5,6	
USA (23)	9,2	6,4	20-29 ans
Danemark (39)	3,3	3,3	36-54 ans
Danemark (38)	1,9	2,2	40-50 ans
Danemark (38)	5,4	4,3	
Hong Kong (44)	11,14	5,62	≥ 65 ans

**Annexe 4: Niveaux d'associations entre tous les critères socio-éco-démographique et la dépression**

<b>Pays/ Auteur/ Année</b>	<b>Critère étudié</b>	<b>Niveau d'association</b>		<b>Variables d'ajustement</b>
		<i>Odd Ratio (ajusté: aOR) ou prévalence pondérée</i>	<i>Intervalle de confiance (IC95%)</i>	
<b>SEXE</b>				
Canada (34) RS McIntyre (2008)	Femme	pp 15%*		
	Homme	pp 8.1%		
Canada (35) JianLi Wang (2014)	Femme vs homme	OR 1.66*	1.23-2.25	
Corée du Sud (40) Jee Eun Park (2015)	Femme vs homme	aOR2001 4.82	0.86-26.87	<i>Statut marital, niveau d'études, emploi, revenu mensuel familial</i>
		aOR2011 0.91	0.37-2.20	
Hong Kong (44) Kee-Lee Chou (2013)	Femme vs homme	aOR 1.70*	1.32-2.18	<i>Age, race-ethnicité, statut marital, niveau d'études, emploi, revenu, région</i>
Pays-Bas (37) R. van der Lem (2012)	Femme	ECT pp 62% SCR pp 66%		
Singapour (10) Mythily Subramaniam (2014)	Femme	pp 63.9%		
	Homme	pp 36.1%		
USA (24) Henna Budhwani (2014)	Femme vs homme	OR 2.199*	2.003-2.415	
USA (28)Ramin Mojtabai (2004)	Femme	pp 8.5%*	7.8-9.3	
	Homme	pp 4.1%*	3.5-4.7	
USA (29) Jose M. Rubio (2011)	Femme	pp 66.65%	64.83-68.41	
	Homme	pp 33.35%	31.59 35.17	
USA (32) Madhukar H. Trivedi (2006)	Femme	pp 63%		
	Homme	pp 37%		



<b>Pays/ Auteur/ Année</b>	<b>Critère étudié</b>	<b>Niveau d'association</b>		<b>Variables d'ajustement</b>
<b>NATIVITE</b>				
Pays-Bas (37) R. van der Lem (2012)	Né au Pays Bas	pp 84.9%		
	Autres	pp 6.6%		
USA (22) Amy L. Ai (2015)	Né en Amérique vs immigré	OR 1.808	0.293-11.13	
USA (24) Henna Budhwani (2014)	Immigré vs né aux US	OR 0.820*	0.713-0.944	
USA (26) Karen A. Ertel (2011)	Immigré vs né aux US	aOR 0.41*	0.29-0.57	<i>Age, race-ethnicité, statut marital, niveau d'études, emploi, revenu</i>
USA (29) Jose M. Rubio (2011)	Né en Amérique	pp 90.89%	88.76-92.66	
	Immigré	pp 9.11%	7.34-11.24	
<b>CONDITION DE VIE</b>				
Belgique et Luxembourg (36) Marc Anseau (2008)	En couple vs vit seul	OR 0.61*		
	En communauté vs vit seul	OR 0.60*		
Danemark (38) Ingelise Andersen (2009)	Vit seul	pp2000 3.9% pp2006 7.8%	2.4-5.9 5.7-10.4	
	En couple	pp2000 1.8% pp 2006 4.5%	1.3-2.1 3.9-5.2	
<b>RACE/ ETHNICITE</b>				
Hong Kong (44) Kee-Lee Chou (2013)	Hispanique vs Caucasien	aOR 0.80	0.57-1.12	<i>Age, sexe, statut marital, niveau d'études, emploi, revenu, région</i>
	Afro-américain vs Caucasien	aOR 0.70	0.51-0.96	
	Autre vs Caucasien	aOR 1.05	0.64-1.71	
USA (22) Amy L. Ai (2015)	Identité raciale et ethnique présente vs absente	OR 1.125	1.289-2.923	<i>Facteurs psychosociaux</i>
USA (24) Henna Budhwani (2014)	Afro-américain vs Caucasien	OR 0.42*	0.19-0.92	
	Hispanique vs Caucasien	OR 0.32*	0.14-0.74	

<b>Pays/ Auteur/ Année</b>	<b>Critère étudié</b>	<b>Niveau d'association</b>		<b>Variables d'ajustement</b>
USA (26) Karen A. Ertel (2011)	Afro-américain vs Caucasien	aOR 0.53*	0.41-0.70	<i>Age, race-ethnicité, nativité, statut marital, niveau d'études, revenu, emploi</i>
	Amérindien vs Caucasien	aOR 1.29	0.76-2.20	
	Asiatique/ Hawaïen/ habitants du Pacifique vs Caucasien	aOR 1.05	0.56-1.97	
	Hispanique vs Caucasien	aOR 0.63*	0.48-0.82	
USA (31) Kristine Siefert (2000)	Afro-Américain vs Américain caucasien	aOR 0.61*	0.41-0.90	<i>Trouble anxieux, stress post traumatique, dépendance à l'alcool/ drogues</i>
<b>STATUT MARITAL</b>				
Canada (34) RS McIntyre (2008)	Divorcé, séparé, veuf	pp 21.4%*		
	Marié	pp 10.1%(réf)		
Canada (35) JianLi Wang (2014)	Célibataire ou jamais marié vs marié	OR 2.13*	1.35-3.36	
	Divorcé, séparé, veuf vs marié	OR 3.74*	2.13-6.59	
Corée du Sud (40) Jee Eun Park (2015)	Divorcé, séparé, veuf vs marié	aOR2001 2.16	0.67-6.99	<i>Sexe, niveau d'études, emploi, revenu mensuel familial</i>
		aOR2011 2.62*	1.06-6.47	
Hong Kong (44) Kee-Lee Chou (2013)	Jamais marié vs marié	aOR 0.83	0.51-1.36	<i>Age, sexe, race-ethnicité, niveau d'études, emploi, revenu, région</i>
	Divorcé, séparé vs marié	aOR 2.11*	1.56-2.86	
	Veuf vs marié	aOR 1.92*	1.53-2.43	
Irlande (42) Emilie Chazelle (2011)	Célibataire vs marié	aOR 1.47*	1.15-1.89	Age
	Divorcé, séparé, veuf vs marié	aOR 1.98*	1.52-2.59	
Pays-Bas(37) R. van der Lem (2012)	Non marié	SCR pp 31.6%		
	Divorcé/ veuf	SCR pp 16.2%		
	Marié	ECT pp 45% SCR pp 52%		
Singapour (10) Mythily Subramaniam (2014)	Célibataire	pp 31.7%		
	Divorcé/ séparé	pp 13.7%		
	Veuf	pp 5.6%		
	Marié	pp 49%		

<b>Pays/ Auteur/ Année</b>	<b>Critère étudié</b>	<b>Niveau d'association</b>		<b>Variables d'ajustement</b>
USA (23) May A. Beydoun (2010)	Marié vs célibataire	OR 0.59*	0.35-0.99	
USA (26) Karen A. Ertel (2011)	Jamais marié vs marié	aOR:1.10	0.83-1.46	<i>Age, race-ethnicité, nativité, niveau d'études, emploi, revenu</i>
	Divorcé, séparé vs marié	aOR: 1.87*	1.47-2.39	
	Veuf vs marié	aOR: 1.58	0.78-3.23	
	Concubinage vs marié	aOR: 1.23	0.79-1.93	
USA(28) Ramin Mojtabai (2004)	Jamais marié	pp 6.1%*	3.9-9.6	
	Divorcé, séparé	pp 11.3%*	9.5-13.4	
	Veuf	pp 10.8%*	8.5-13.6	
	Marié, concubin	pp 5.5%*(réf)	4.9-6.0	
USA(29) Jose M. Rubio (2011)	Jamais marié	pp 20.44%	18.77-22.23	
	Divorcé, séparé, veuf	pp 22.40%	21.05-23.82	
	Marié	pp 57.15% (réf)	55.11-59.17	
USA (30) Kristine Siefert (2004)	En couple vs célibataire	aOR 0.99	0.59-1.66	<i>Age, nombre d'enfants, niveau d'études, niveau de pauvreté, emploi, dépression en 1997</i>
USA (31) Kristine Siefert (2000)	En couple vs célibataire	aOR 0.79	0.48-1.30	<i>Trouble anxieux, stress post traumatique, dépendance à l'alcool/ drogues</i>
<b>DISCRIMINATION</b>				
USA (22) Amy L. Ai (2015)	Discrimination présente vs absente	OR 1.271	0.846-1.908	
USA (24) Henna Budhwani (2014)	Présente vs absente	OR 1.446*	1.374-1.523	
USA (30) Kristine Siefert (2004)	Présente vs absente	aOR 2.09*	1.18-3.71	

Pays/ Auteur/ Année	Critère étudié	Niveau d'association		Variables d'ajustement
<b>NIVEAU D'ETUDES</b>				
Belgique et Luxembourg (36) Marc Anseau (2008)	Primaire vs aucune étude	OR 0.84		
	Collège vs aucune	OR 0.95		
	Post -baccalauréat vs aucune	OR 0.79		
	Université vs aucune	OR 0.64*		
Canada (34) RS McIntyre(2008)	≤ Baccalauréat	pp 9.7%*		
	Université	pp 11.4%		
	Diplômé universitaire	pp 12% (réf)		
Canada (35) JianLi Wang (2014)	< Lycée vs ≥ université	OR 3.28*	1.19-9.03	
	Lycée vs ≥ université	OR 1.92*	1.19-3.11	
Corée du Sud (40) Jee Eun Park (2015)	≥ 13 ans vs < 13 ans	aOR2001 6.98* aOR2011 0.76	1.54-31.74  0.15-3.84	Sexe, statut marital, emploi, revenu mensuel familial
Danemark (39) Ingelise Andersen (2009)	≤10 ans vs ≥ 13 ans	aOR: 1.27	0.87-1.86	Age, sexe, condition de vie, origine et ethnicité, emploi, revenu
	11-12 ans vs ≥ 13 ans	aOR: 1.26	0.88-1.78	
France (41) Marie Murcia (2015)	Primaire vs université	aOR 1.80*	1.35-2.41	Age
	Collège vs université	aOR 1.63*	1.26-2.10	
	Lycée vs université	aOR 1.26	0.93-1.71	
Hong Kong (44) Kee-Lee Chou (2013)	Université vs < lycée	aOR 0.92	0.74-1.16	Age, sexe, race-ethnicité, statut marital, emploi, revenu, région
Irlande (42) Emilie Chazelle (2011)	Ecole primaire vs études supérieures	aOR 3.10*	2.17-4.43	Age
Japon (43) Manami Ochi (2014)	12 ans vs < 12 ans	aOR 2.39*	1.19-4.81	Age, revenu annuel, maladie mentale chez les parents dans l'enfance, maladie dans l'enfance
	13-15 ans vs < 12 ans	aOR 1.95	0.86-4.46	
	≥ 16 ans vs < 12 ans	aOR 2.45	0.92-6.49	

<b>Pays/ Auteur/ Année</b>	<b>Critère étudié</b>	<b>Niveau d'association</b>		<b>Variables d'ajustement</b>
Singapour (10) Mythily Subramaniam (2014)	Primaire	pp 11.8%		
	Collège-lycée	pp 24.3%		
	Université	pp 63.9%		
USA (22) Amy L. Ai (2015)	12 ans vs ≤ 11 ans	OR 0.847	0.349-2.451	
	≥13 ans vs ≤ 11 ans	OR 0.7	0.243-1.836	
USA(23) May A. Beydoun (2010)	Lycée vs <lycée	OR 1.51	0.69-3.30	
	> Lycée vs < lycée	OR 0.75	0.34-1.61	
USA (24) Henna Budhwani (2014)	> Bac +3 vs < lycée	OR 1.021	0.987-1.162	
USA (26) Karen A. Ertel (2011)	< Lycée vs > bac + 4	aOR 1.65*	1.16-2.36	<i>Age, race-ethnicité, nativité, statut marital, emploi, revenu</i>
	Lycée vs > bac + 4	aOR 1.30	0.99-1.70	
	Post baccalauréat vs > bac + 4	aOR 1.39	1.07-1.79	
USA (28) Ramin Mojtabai (2004)	< Lycée	pp 9.4%*(réf)	8-11	
	Lycée	pp 6.5%*	5.7-7.4	
	> Lycée	pp 5.0%*	4.4-5.7	
USA (29) Jose M. Rubio (2011)	< Lycée	pp 12.31%	11.05-3.70	
	Lycée	pp 26.21%	24.42-28.09	
	Post-baccalauréat	pp 61.48% (réf)	59.39-63.52	
USA (30) Kristine Siefert (2004)	< Lycée vs > lycée	aOR 1.04	0.65-1.68	<i>Age, nombre d'enfants, statut marital, niveau de pauvreté, emploi, dépression en 1997</i>
USA (31) Kristine Siefert (2000)	< Lycée vs > lycée	aOR 0.92	0.59-1.42	<i>Trouble anxieux, stress post traumatique, dépendance à l'alcool/ drogues</i>
USA (32) Madhukar H. Trivedi 2006	< Lycée	pp 11%		
	Post-baccalauréat	pp 61%		
	Diplômé universitaire	pp 28%		

Pays/ Auteur/ Année	Critère étudié	Niveau d'association		Variables d'ajustement
<b>STATUT PROFESSIONNEL</b>				
Belgique et Luxembourg (36) Marc Anseau (2008)	Chômeur vs aucun travail	OR 1.42*		
	Ouvrier vs aucun travail	OR 1.13		
	Indépendant vs aucun travail	OR 0.70*		
	Retraité vs aucun travail	OR 0.78*		
Canada (35) JianLi Wang (2014)	Responsable vs directeur	OR 1.16	0.69-1.96	
	Autre poste vs directeur	OR 1.65*	1.10-2.48	
Corée du Sud (40) Jee Eun Park (2015)	Chômage vs emploi	aOR2001 3.28	0.70-15.26	<i>Sexe, statut marital, niveau d'études, emploi, revenu mensuel familial</i>
		aOR2011 13.49*	2.28-79.95	
Danemark (38) Ingelise Andersen (2009)	Non-manuel	pp 2000 0.7% pp 2006 2.8%	0.3-0.9 2.1-3.5	
	Manuel	pp 2000 1.3% pp 2006 4.7%	0.9-2.0 3.8-5.8	
	Chômeur	pp 2000 11.3% pp 2006 16.8%	2000: 8.6-14.5 2006: 13.2-20.5	
Danemark (39) Ingelise Andersen (2009)	Chômeur vs emploi " non manuel"	aOR: 7.56*	4.97-11.49	<i>Age, sexe, condition de vie, origine et ethnicité, niveau d'études, revenus</i>
	Emploi "manuel" vs emploi " non manuel"	aOR: 1.41	0.91-2.19	
France (41) Marie Murcia (2015)	Sans emploi vs emploi	aOR 1.68*	1.37-2.07	<i>Age</i>
Hong Kong (44) Kee-Lee Chou (2013)	Emploi vs chômage	aOR 1.10	0.86-1.41	<i>Age, sexe, race-ethnicité, statut marital, niveau d'études, revenu, région</i>
Irlande(42) Emilie Chazelle (2011)	Chômage vs emploi	aOR 1.46	0.91-2.34	<i>Age</i>

<b>Pays/ Auteur/ Année</b>	<b>Critère étudié</b>	<b>Niveau d'association</b>		<b>Variables d'ajustement</b>
Pays-Bas (37) R. van der Lem (2012)	Emploi rémunéré	SCR pp 26.1%		
	Pension invalidité ou maladie	SCR pp 39.5%		
	Sans emploi (chômeur, étudiant, femme au foyer)	SCR pp 34.4%		
USA (22) Amy L. Ai (2015)	Emploi vs chômage	OR 0.477*		
USA (26) Karen A. Ertel (2011)	Emploi temps partiel vs temps plein	aOR 1.32*	1.04-1.68	<i>Age, race-ethnicité, nativité, statut marital, niveau d'études, revenu</i>
	Chômage vs temps plein	aOR 3.27*	2.50-4.28	
	Retraité, autres vs temps plein	aOR 1.35*	1.07-1.71	
USA (28) Ramin Mojtabai (2004)	Chômage	pp 9.2%*(réf)	8.2-10.3	
	Employé	pp 4.6 %*	4.1-5.2	
USA (30) Kristine Siefert (2004)	Sans emploi vs emploi	aOR 2.34*	1.58-3.48	<i>Age, nombre d'enfants, statut marital, niveau d'études, niveau de pauvreté, dépression en 1997</i>
USA(32) Madhukar H. Trivedi 2006	Emploi	pp 59%		
	Chômage	pp 35%		
	Retraite	pp 6%		
<b>CATEGORIE LA PLUS DEFAVORISEE</b>				
Australie (33) Osvaldo P. Almeida (2012)	Quintile le plus défavorisé vs le moins défavorisé	aOR 1.84*	1.35-2.52	<i>Age, sexe, condition de vie, nativité, statut marital, niveau d'études, contrainte financière, soutien social, activité physique, surpoids-obésité, abus physique ou sexuel dans l'enfance, tabagisme, comorbidité associée, éloignement du lieu de résidence</i>
Corée du Sud (40) Jee Eun Park (2015)	Bas niveau socio-économique (< 50 <sup>ème</sup> percentile de la moyenne des revenus familiaux mensuels)	aOR 1.17	0.20-6.85	<i>Sexe, statut marital, niveau d'études, emploi, revenu mensuel familial</i>
USA (30) Kristine Siefert (2004)	Pauvreté vs absence de pauvreté**	aOR 1.38	0.83-1.66	<i>Age, nombre d'enfants, statut marital, niveau d'études, niveau de pauvreté, emploi, dépression en 1997</i>

<b>Pays/ Auteur/ Année</b>	<b>Critère étudié</b>	<b>Niveau d'association</b>		<b>Variables d'ajustement</b>
USA (31) Kristine Siefert (2000)	Absence de pauvreté** vs pauvreté	aOR 0.74	0.49-1.11	
<b>REVENUS</b>				
Danemark (39) Ingelise Andersen (2009)	≤ 175000 DKK (couronnes danoises) vs > 450000	aOR: 2.92*	1.86-4.58	<i>Age, sexe, condition de vie, origine et ethnicité, niveau d'études, emploi</i>
	175-450000 DKK vs > 450000	aOR:2.10*	1.48-2.96	
Hong Kong (44) Kee-Lee Chou (2013)	20000\$ à 34999\$ vs <20000\$	aOR 0.78	0.60–1.00	<i>Age, sexe, race-ethnicité, statut marital, niveau d'études, emploi, région</i>
	35000\$ à 69999\$ vs <20000\$	aOR 0.86	0.61–1.22	
	>70000\$ vs <20000\$	aOR 0.87	0.52–1.47	
Japon (43) Manami Ochi (2014)	3-10 millions yen vs <3 millions	aOR 0.94	0.60-1.47	<i>Age, niveau d'études, maladie mentale chez les parents dans l'enfance, maladie dans l'enfance</i>
	≥ 10 millions yen vs <3 millions	aOR 1.12	0.59-2.14	
Singapour (10) Mythily Subramaniam (2014)	< 20000\$	pp 48.7 %		
	20000 à 49999\$	pp 33.1%		
	≥ 50000\$	pp 18.2%		
USA (22) Amy L. Ai (2015)	Revenu bas (seuil pauvreté) vs élevé	OR 1.051	0.968-1.139	<i>Facteurs psychosociaux</i>
USA (23) May A. Beydoun (2010)	101 -200% vs < 100%***	OR 0.48	0.19, 1.21	
	> 200% (non pauvre) vs < 100%***	OR 0.80	0.36, 1.78	
USA (24) Henna Budhwani (2014)	50000\$ à 99999\$ vs ≤ 49999 \$	OR 1.232*	1.109- 1.369	
	100000\$ à 149999\$ vs ≤ 49999 \$	OR 1.220*	1.023-1.453	
	≥150000\$ vs ≤ 49999 \$	OR 1.293*	1.067-1.567	
USA (26) Karen A. Ertel (2011)	< 20000\$ vs >70000\$	aOR: 1.53*	1.09-2.15	<i>Age, race-ethnicité, nativité, statut marital, niveau d'études, emploi, revenu</i>
	20000\$ à 34999\$ vs >70000\$	aOR: 1.35	0.99-1.83	
	35000\$ à 69999\$ vs >70000\$	aOR: 1.39*	1.02-1.89	



Pays/ Auteur/ Année	Critère étudié	Niveau d'association		Variables d'ajustement
USA (28) Ramin Mojtabai (2004)	< 15000 \$	pp 12.5%* (réf)	10.8–14.5	
	15 000–29 999 \$	pp 7.0%*	5.9–8.4	
	30 000–49 999\$	pp 6.0%*	4.9–7.4	
	50 000–74 999\$	pp 4.2%*	3.2–5.5	
	≥ 75000\$	pp 3.8%*	2.9–5.0	
USA (29) Jose M. Rubio (2011)	< 20000\$	pp 48.67% (réf)	46.42-50.92	
	20000\$ à 34999\$	pp 23.16%	21.41-24.99	
	35000\$ à 69999\$	pp 21%	19.20-22.93	
	>70000\$	pp 7.17%	6.03-8.52	
<b>SOUTIEN SOCIAL</b>				
Irlande (42) Emilie Chazelle (2011)	Faible soutien social vs soutien important	aOR 2.10*	1.55–2.85	Age
USA (22) Amy L. Ai (2015)	Soutien social vs pas de soutien	OR 0.755	0.472-1.205	
USA (31) Kristine Siefert (2000)	Soutien social important vs pas de soutien	aOR 0.62*	0.39-0.98	<i>Trouble anxieux, stress post traumatique, dépendance à l'alcool/ drogues</i>
<b>COUVERTURE MALADIE</b>				
Irlande (42) Emilie Chazelle (2011)	Pas d'assurance maladie privée vs présence	aOR 1.99	1.63–2.43	
USA (29) Jose M. Rubio (2011)	Privé	pp 71.73% (réf)	69.55-73.82	
	Publique	pp 10.59%	9.40-11.90	
	Pas d'assurance maladie	pp 17.68%	16.01-19.49	
USA (32) Madhukar H. Trivedi (2006)	Privée	pp 57%		
	Publique	pp 12%		
	Aucune	pp 32%		

\* résultats significatif

\*\* absence de pauvreté si : revenu + impôt sur le revenu + bon alimentaire > seuil annuel de pauvreté.

\*\*\*< seuil pauvreté

**Annexe 4 bis: Niveaux d'associations entre les critères socio-éco-démographique et la dépression : stratification ethnique**

USA (27) Amelia R. Gavin (2010)														
Critère étudié	Caucasien	aOR ou pp	IC95%	Afro-Américain	aOR ou pp	IC95%	Latino-Américain	aOR ou pp	IC95%	Asiatique	aOR ou pp	IC95%	Variable ajustement	
SEXE	Femme	pp: 12.7%		Femme	pp: 7.6%		Femme	pp: 9.9%		Femme	pp:5.0%		Age, statut marital, taille du ménage	
	Homme	pp: 7.9%		Homme	pp: 4.0%		Homme	pp: 5.8%		Homme	pp: 4.1%			
STATUT MARITAL	Jamais marié vs marié	aOR ♀: 0.93	0.6-1.40		aOR ♀: 1.25	0.81- 1.94					aOR ♀: 3.05	1.67-5.57		
	Divorcé, séparé, veuf vs marié	aOR ♀: <b>1.64*</b>	1.24–2.17		aOR ♀: <b>1.89*</b>	1.16–3.08		aOR ♀: <b>2.21*</b>	1.30–3.78					
NIVEAU ETUDES	< 12 ans vs 16 ans	aOR ♀: 0.87	0.59–1.28		aOR ♀: 0.83	0.49–1.39		Non Significatif (=NS)			NS			
	12 ans vs 16 ans	aOR ♀: <b>0.65*</b>	0.47–0.89		aOR ♀: 0.74	0.42–1.33								
	13-15 ans vs 16 ans	aOR ♀: <b>0.71*</b>	0.52–0.98											
EMPLOI	chômeur vs emploi	aOR ♀: 0.81	0.45–1.44		NS			aOR ♂						
	retraité, étudiants vs emploi	aOR ♀: <b>1.49*</b>	1.08–2.05					aOR ♀: 1.47	0.95–2.29					
REVENU	< 17000 \$ vs ≥ 800000 \$	aOR: 1.37	0.79–2.37		NS			NS						
	17000 à 44999 \$ vs ≥ 800000 \$	aOR: 1.19	0.77–1.83											
	45000 à 79999 \$ vs ≥ 800000 \$	aOR: 0.97	0.54–1.73								aOR ♀: <b>2.35*</b>	1.11–4.99		

\* Résultats significatifs

**Annexe 5: Tableau de la prévalence de la dépression selon les catégories socio-économiques par pays**

Pays	Date de recueil	Catégorie SE la plus défavorisé	Intermédiaire	La moins défavorisé	Type indicateurs SE
Belgique Luxembourg(36)	2002-2003	14,85	10,4	8,1	Emploi
Canada (34)	2002	10,8	12,5	11,5	
Pays-Bas (37)	2002-2007	34,4	39,5	26,1	
France (41)	2006	9,3	6,8	5,1	Niveau d'études
Danemark (39)	2000	9,7	4,6	1,1	Revenu
Singapour (10)	2010	48,7	33,1	18,2	
Australie (33)	2005	4	3,3	1,9	Statut social
USA (23)	1999-2004	13,4	6,1	8,9	

## Annexe 6 : Liste des articles non sélectionnés après lecture complète

- ❖ Adler G, Kriz D, Tremmel S. [The social situation of patients with late-life depression]. *Psychiatr Prax.* mai 2003;30(4):207-11.
- ❖ Alcántara C, Chen C-N, Alegría M. Do post-migration perceptions of social mobility matter for Latino immigrant health? *Soc Sci Med.* janv 2014;101:94-106.
- ❖ Alcántara C, Chen C-N, Alegría M. Transnational ties and past-year major depressive episodes among Latino immigrants. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol.* juill 2015;21(3):486-95.
- ❖ Ambugo EA. Cross-country variation in the sociodemographic factors associated with major depressive episode in Norway, the United Kingdom, Ghana, and Kenya. *Soc Sci Med.* juill 2014;113:154-60.
- ❖ Andersson Sundell K, Petzold MG, Wallerstedt SM. Factors associated with switching and combination use of antidepressants in young Swedish adults. *Int J Clin Pract.* déc 2013;67(12):1302-10.
- ❖ Areán PA, Gum AM, Tang L, Unützer J. Service use and outcomes among elderly persons with low incomes being treated for depression. *Psychiatr Serv.* août 2007;58(8):1057-64.
- ❖ Barnes DM, Keyes KM, Bates LM. Racial differences in depression in the United States: how do subgroup analyses inform a paradox? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* déc 2013;48(12):1941-9.
- ❖ Baumeister SE, Leitzmann MF, Bahls M, Dörr M, Schmid D, Schomerus G, et al. Associations of Leisure-Time and Occupational Physical Activity and Cardiorespiratory Fitness With Incident and Recurrent Major Depressive Disorder, Depressive Symptoms, and Incident Anxiety in a General Population. *J Clin Psychiatry.* janv 2017;78(1):e41-7.
- ❖ Berlim MT, McGirr A, Fleck MP. Can sociodemographic and clinical variables predict the quality of life of outpatients with major depression? *Psychiatry Res.* 30 sept 2008;160(3):364-71.
- ❖ Birmaher B, Bridge JA, Williamson DE, Brent DA, Dahl RE, Axelson DA, et al. Psychosocial functioning in youths at high risk to develop major depressive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* juill 2004;43(7):839-46.
- ❖ Blackmore ER, Munce S, Weller I, Zagorski B, Stansfeld SA, Stewart DE, et al. Psychosocial and clinical correlates of suicidal acts: results from a national population survey. *Br J Psychiatry.* avr 2008;192(4):279-84.
- ❖ Bocquier A, Cortaredona S, Verdoux H, Casanova L, Sciortino V, Nauleau S, et al. Social inequalities in early antidepressant discontinuation. *Psychiatr Serv.* 1 mai 2014;65(5):618-25.

- ❖ Bryan CJ, Songer TJ, Brooks MM, Thase ME, Gaynes BN, Klinkman M, et al. A comparison of baseline sociodemographic and clinical characteristics between major depressive disorder patients with and without diabetes: a STAR\*D report. *J Affect Disord.* mai 2008;108(1-2):113-20.
- ❖ Castilla-Puentes RC, Secin R, Grau A, Galeno R, Feijo de Mello M, Pena N, et al. A multicenter study of major depressive disorder among emergency department patients in Latin-American countries. *Depress Anxiety.* 2008;25(12):E199-204.
- ❖ Cifuentes M, Sembajwe G, Tak S, Gore R, Kriebel D, Punnett L. The association of major depressive episodes with income inequality and the human development index. *Soc Sci Med.* août 2008;67(4):529-39.
- ❖ Cocker F, Martin A, Scott J, Venn A, Otahal P, Sanderson K. Factors associated with presenteeism among employed Australian adults reporting lifetime major depression with 12-month symptoms. *J Affect Disord.* déc 2011;135(1-3):231-40.
- ❖ Cohen A, Houck PR, Szanto K, Dew MA, Gilman SE, Reynolds CF. Social inequalities in response to antidepressant treatment in older adults. *Arch Gen Psychiatry.* janv 2006;63(1):50-6.
- ❖ Cummings JR, Druss BG. Racial/ethnic differences in mental health service use among adolescents with major depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* févr 2011;50(2):160-70.
- ❖ Currie SR, Patten SB, Williams JVA, Wang J, Beck CA, El-Guebaly N, et al. Comorbidity of major depression with substance use disorders. *Can J Psychiatry.* sept 2005;50(10):660-6.
- ❖ DeJesus SA, Diaz VA, Gonsalves WC, Carek PJ. Identification and treatment of depression in minority populations. *Int J Psychiatry Med.* 2011;42(1):69-83.
- ❖ Demyttenaere K, Bonnewyn A, Bruffaerts R, Brugha T, De Graaf R, Alonso J. Comorbid painful physical symptoms and depression: prevalence, work loss, and help seeking. *J Affect Disord.* juin 2006;92(2-3):185-93.
- ❖ Dunlop DD, Song J, Lyons JS, Manheim LM, Chang RW. Racial/ethnic differences in rates of depression among preretirement adults. *Am J Public Health.* nov 2003;93(11):1945-52.
- ❖ Falconnier L. Social class and work functioning in treatment for depression. *Psychiatr Serv.* juill 2010;61(7):718-21.
- ❖ Fergusson DM, Woodward LJ. Mental health, educational, and social role outcomes of adolescents with depression. *Arch Gen Psychiatry.* mars 2002;59(3):225-31.

- ❖ Forsell Y, Levander S, Cullberg J. Psychosocial correlates with depressive symptoms six years after a first episode of psychosis as compared with findings from a general population sample. *BMC Psychiatry*. 5 oct 2004;4:29.
- ❖ Gadalla TM. Comparison of users and non-users of mental health services among depressed women: a national study. *Women Health*. 2008;47(1):1-19.
- ❖ Gaudiano BA, Dalrymple KL, Zimmerman M. Prevalence and clinical characteristics of psychotic versus nonpsychotic major depression in a general psychiatric outpatient clinic. *Depress Anxiety*. 2009;26(1):54-64.
- ❖ Gilman SE, Kawachi I, Fitzmaurice GM, Buka SL. Socio-economic status, family disruption and residential stability in childhood: relation to onset, recurrence and remission of major depression. *Psychological Medicine*. nov 2003;33(8):1341-55.
- ❖ Gilmer WS, Trivedi MH, Rush AJ, Wisniewski SR, Luther J, Howland RH, et al. Factors associated with chronic depressive episodes: a preliminary report from the STAR-D project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. déc 2005;112(6):425-33.
- ❖ Green KM, Zebrak KA, Fothergill KE, Robertson JA, Ensminger ME. Childhood and adolescent risk factors for comorbid depression and substance use disorders in adulthood. *Addict Behav*. nov 2012;37(11):1240-7.
- ❖ Grote NK, Katon WJ, Russo JE, Lohr MJ, Curran M, Galvin E, et al. COLLABORATIVE CARE FOR PERINATAL DEPRESSION IN SOCIOECONOMICALLY DISADVANTAGED WOMEN: A RANDOMIZED TRIAL. *Depress Anxiety*. nov 2015;32(11):821-34.
- ❖ Grote NK, Zuckoff A, Swartz H, Bledsoe SE, Geibel S. Engaging women who are depressed and economically disadvantaged in mental health treatment. *Soc Work*. oct 2007;52(4):295-308.
- ❖ Harlow BL, Cohen LS, Otto MW, Liberman RF, Spiegelman D, Cramer DW. Demographic, family, and occupational characteristics associated with major depression: the Harvard study of moods and cycles. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. mars 2002;105(3):209-17.
- ❖ Hudson DL, Neighbors HW, Geronimus AT, Jackson JS. The relationship between socioeconomic position and depression among a US nationally representative sample of African Americans. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. mars 2012;47(3):373-81.
- ❖ Jain FA, Hunter AM, Brooks JO, Leuchter AF. Predictive socioeconomic and clinical profiles of antidepressant response and remission. *Depress Anxiety*. juill 2013;30(7):624-30.
- ❖ Jakubovski E, Bloch MH. Prognostic subgroups for citalopram response in the STAR\*D trial. *J Clin Psychiatry*. juill 2014;75(7):738-47.

- ❖ Jefferis BJ, Nazareth I, Marston L, Moreno-Kustner B, Bellón JÁ, Svab I, et al. Associations between unemployment and major depressive disorder: evidence from an international, prospective study (the predict cohort). *Soc Sci Med.* déc 2011;73(11):1627-34.
- ❖ Jorm AF, Christensen H, Griffiths KM. Belief in the harmfulness of antidepressants: results from a national survey of the Australian public. *J Affect Disord.* sept 2005;88(1):47-53.
- ❖ Katon W, Russo J, Reed SD, Croicu CA, Ludman E, LaRocco A, et al. A randomized trial of collaborative depression care in obstetrics and gynecology clinics: socioeconomic disadvantage and treatment response. *Am J Psychiatry.* janv 2015;172(1):32-40.
- ❖ Klabbers G, Bosma H, Van der Does AJW, Vogelzangs N, Kempen GJIM, Van Eijk JTM, et al. The educational patterning of health-related adversities in individuals with major depression. *J Affect Disord.* oct 2010;126(1-2):96-102.
- ❖ Klijs B, Kibele EUB, Ellwardt L, Zuidersma M, Stolk RP, Wittek RPM, et al. Neighborhood income and major depressive disorder in a large Dutch population: results from the LifeLines Cohort study. *BMC Public Health.* 11 2016;16(1):773.
- ❖ Lara-Cinisomo S, Griffin BA, Daugherty L. Disparities in detection and treatment history among mothers with major depression in Los Angeles. *Womens Health Issues.* août 2009;19(4):232-42.
- ❖ Lee JO, Kosterman R, Jones TM, Herrenkohl TI, Rhew IC, Catalano RF, et al. Mechanisms linking high school graduation to health disparities in young adulthood: a longitudinal analysis of the role of health behaviours, psychosocial stressors, and health insurance. *Public Health.* oct 2016;139:61-9.
- ❖ Lee MJ, Hasche LK, Choi S, Proctor EK, Morrow-Howell N. Comparison of major depressive disorder and subthreshold depression among older adults in community long-term care. *Aging Ment Health.* 2013;17(4):461-9.
- ❖ Lee S, Guo W-J, Tsang A, Mak ADP, Wu J, Ng KL, et al. Evidence for the 2008 economic crisis exacerbating depression in Hong Kong. *J Affect Disord.* oct 2010;126(1-2):125-33.
- ❖ Lennon MC, Blome J, English K. Depression among women on welfare: a review of the literature. *J Am Med Womens Assoc (1972).* 2002;57(1):27-31, 40.
- ❖ Lesser I, Rosales A, Zisook S, Gonzalez C, Flores D, Trivedi M, et al. Depression outcomes of Spanish- and english-speaking Hispanic outpatients in STAR\*D. *Psychiatr Serv.* nov 2008;59(11):1273-84.

- ❖ Li Z, Hicks MH-R. The CES-D in Chinese American women: construct validity, diagnostic validity for major depression, and cultural response bias. *Psychiatry Res.* 28 févr 2010;175(3):227-32.
- ❖ Luo Z, Cowell AJ, Musuda YJ, Novak SP, Johnson EO. Course of major depressive disorder and labor market outcome disruption. *J Ment Health Policy Econ.* sept 2010;13(3):135-49.
- ❖ Malard L, Chastang J-F, Niedhammer I. Changes in major depressive and generalized anxiety disorders in the national French working population between 2006 and 2010. *J Affect Disord.* 1 juin 2015;178:52-9.
- ❖ Mehta K, Kramer H, Durazo-Arvizu R, Cao G, Tong L, Rao M. Depression in the US population during the time periods surrounding the great recession. *J Clin Psychiatry.* avr 2015;76(4):e499-504.
- ❖ Meng X, D'Arcy C. Common and unique risk factors and comorbidity for 12-month mood and anxiety disorders among Canadians. *Can J Psychiatry.* août 2012;57(8):479-87.
- ❖ Moffitt TE, Caspi A, Harrington H, Milne BJ, Melchior M, Goldberg D, et al. Generalized anxiety disorder and depression: childhood risk factors in a birth cohort followed to age 32. *Psychol Med.* mars 2007;37(3):441-52.
- ❖ Nguyen HT, Kitner-Triolo M, Evans MK, Zonderman AB. Factorial invariance of the CES-D in low socioeconomic status African Americans compared with a nationally representative sample. *Psychiatry Res.* 30 avr 2004;126(2):177-87.
- ❖ Nicklett EJ, Burgard SA. Downward social mobility and major depressive episodes among Latino and Asian-American immigrants to the United States. *Am J Epidemiol.* 15 sept 2009;170(6):793-801.
- ❖ Nikulina V, Widom CS, Czaja S. The role of childhood neglect and childhood poverty in predicting mental health, academic achievement and crime in adulthood. *Am J Community Psychol.* déc 2011;48(3-4):309-21.
- ❖ Oflazoglu K, Mellema JJ, Menendez ME, Mudgal CS, Ring D, Chen NC. Prevalence of and Factors Associated With Major Depression in Patients With Upper Extremity Conditions. *J Hand Surg Am.* févr 2016;41(2):263-269.e1-7.
- ❖ Pabayo R, Kawachi I, Gilman SE. Income inequality among American states and the incidence of major depression. *J Epidemiol Community Health.* févr 2014;68(2):110-5.
- ❖ Park AL, Fuhrer R, Quesnel-Vallée A. Parents' education and the risk of major depression in early adulthood. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* nov 2013;48(11):1829-39.
- ❖ Patten SB, Wang JL, Williams JVA, Currie S, Beck CA, Maxwell CJ, et al. Descriptive epidemiology of major depression in Canada. *Can J Psychiatry.* févr 2006;51(2):84-90.



- ❖ Peyrot WJ, Lee SH, Milaneschi Y, Abdellaoui A, Byrne EM, Esko T, et al. The association between lower educational attainment and depression owing to shared genetic effects? Results in ~25,000 subjects. *Mol Psychiatry*. juin 2015;20(6):735-43.
- ❖ Pitchot W, Anseau M. [Affective disorders: a pharmacological approach]. *Rev Med Liege*. 2007;62 Spec No:21-4.
- ❖ Reed C, Monz BU, Perahia DGS, Gandhi P, Bauer M, Dantchev N, et al. Quality of life outcomes among patients with depression after 6 months of starting treatment: results from FINDER. *J Affect Disord*. mars 2009;113(3):296-302.
- ❖ Rice F, Sellers R, Hammerton G, Eyre O, Bevan-Jones R, Thapar AK, et al. Antecedents of New-Onset Major Depressive Disorder in Children and Adolescents at High Familial Risk. *JAMA Psychiatry*. 1 févr 2017;74(2):153-60.
- ❖ Robison J, Schensul JJ, Coman E, Diefenbach GJ, Radda KE, Gaztambide S, et al. Mental health in senior housing: Racial/ethnic patterns and correlates of major depressive disorder. *Aging & Mental Health*. sept 2009;13(5):659-73.
- ❖ Schieman S, Plickert G. Functional limitations and changes in levels of depression among older adults: a multiple-hierarchy stratification perspective. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. janv 2007;62(1):S36-42.
- ❖ South SC, Krueger RF. Genetic and environmental influences on internalizing psychopathology vary as a function of economic status. *Psychol Med*. janv 2011;41(1):107-17.
- ❖ Stein MB, Roy-Byrne PP, Craske MG, Bystritsky A, Sullivan G, Pyne JM, et al. Functional impact and health utility of anxiety disorders in primary care outpatients. *Med Care*. déc 2005;43(12):1164-70.
- ❖ Trivedi MH, Morris DW, Wisniewski SR, Nierenberg AA, Gaynes BN, Kurian BT, et al. Clinical and sociodemographic characteristics associated with suicidal ideation in depressed outpatients. *Can J Psychiatry*. févr 2013;58(2):113-22.
- ❖ Vega WA, Ang A, Rodriguez MA, Finch BK. Neighborhood protective effects on depression in Latinos. *Am J Community Psychol*. mars 2011;47(1-2):114-26.
- ❖ Walsh SD, Levine SZ, Levav I. The association between depression and parental ethnic affiliation and socioeconomic status: a 27-year longitudinal US community study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. juill 2012;47(7):1153-8.
- ❖ Wang J. Work stress as a risk factor for major depressive episode(s). *Psychol Med*. juin 2005;35(6):865-71.

- ❖ Wang J, Williams J, Lavorato D, Schmitz N, Dewa C, Patten SB. The incidence of major depression in Canada: the National Population Health Survey. *J Affect Disord.* juin 2010a;123(1-3):158-63.
- ❖ Wang JL. The difference between single and married mothers in the 12-month prevalence of major depressive syndrome, associated factors and mental health service utilization. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* janv 2004;39(1):26-32.
- ❖ Wang JL, Schmitz N, Dewa CS. Socioeconomic status and the risk of major depression: the Canadian National Population Health Survey. *J Epidemiol Community Health.* mai 2010b;64(5):447-52.
- ❖ Wang Y, Sareen J, Afifi TO, Bolton S-L, Johnson EA, Bolton JM. A population-based longitudinal study of recent stressful life events as risk factors for suicidal behavior in major depressive disorder. *Arch Suicide Res.* 2015;19(2):202-17.
- ❖ Yates WR, Mitchell J, Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, Warden D, et al. Clinical features of depressed outpatients with and without co-occurring general medical conditions in STAR\*D. *Gen Hosp Psychiatry.* déc 2004;26(6):421-9.
- ❖ Zisook S, Lesser I, Stewart JW, Wisniewski SR, Balasubramani GK, Fava M, et al. Effect of age at onset on the course of major depressive disorder. *Am J Psychiatry.* oct 2007;164(10):1539-46.

## **8. RESUME**

L'évolution de la dépression et les inégalités socio-économiques dans les pays développés.

**Introduction :** Le syndrome dépressif conduit à des invalidités importantes dans la vie de l'individu avec des répercussions aussi bien sur la vie professionnelle que personnelle avec des conduites suicidaires et un impact économique considérable sur notre société. Les inégalités sociales de santé se sont par ailleurs creusées ces dernières années en France.

**Méthode :** Revue systématique de la littérature suivant les critères PRISMA au sein de pays développés comparable à la France sélectionnés selon leur indice de développement humain. Les bases de données exploitées sont Medline et littérature grise. Vingt-quatre articles ont été retenus pour cette revue.

**Résultats :** La prévalence de la dépression a augmenté selon un gradient socio-économique décroissant. Cette répartition, maintenue dans le temps, a pu être constatée dans l'ensemble des pays étudiés. Néanmoins, l'écart entre les différents groupes tendait à s'amoinrir. En effet, le taux de dépression chez les individus de classe socio-économique élevée a crû proportionnellement de façon plus importante que le taux de dépression chez les individus de classe inférieure.

**Conclusion :** L'augmentation de la prévalence de la dépression s'est retrouvée dans l'ensemble de la population avec une répartition inégale suivant un gradient socio-économique décroissant. Cette croissance a semblé plus importante chez les individus appartenant à un contingent social élevé.

**Mots clés :** dépression, inégalités sociales de santé, facteurs socio-économiques, épidémiologie.

## **ABSTRACT**

Evolution of depression and socioeconomic inequalities in developed countries.

**Introduction:** Depressive disorders lead to major invalidities in personal as well as in professional life, with suicidal behaviors and have a huge economic impact on our society. Furthermore, social inequalities in health have increased over these past years.

**Method:** Systematic literature review of developed countries comparable to France, selected according to their Human Development Index, following PRISMA guidelines. Databases exploited were Medline and grey literature. Twenty four articles have been included in the end.

**Results:** The prevalence of depression has increased over time and has been distributed according to a decreasing socioeconomic gradient found in all the countries and which persisted over the years. The gap between the different groups tended to decrease with time. Indeed, depression rate among high socioeconomic status has risen proportionally more importantly than the rates in middle class.

**Conclusion:** The rise of depression prevalence is found in the whole population with an unequal distribution according to a decreasing socioeconomic gradient but this rise seems to be more important among high class.

**Key Words:** depression, social inequalities in health, socioeconomics factors, epidemiology.