

Conférence africaine de population UEPA/UAPS

Ouagadougou, 5-9 décembre 2011

Dépression et vulnérabilité sociale à Ouagadougou

Géraldine Duthé⁽¹⁾, Doris Bonnet⁽²⁾ et Clémentine Rossier⁽³⁾

⁽¹⁾ Institut national d'études démographiques (INED-UMR CEPED, Paris)

⁽²⁾ Institut de recherche pour le développement (IRD-UMR CEPED, Paris)

⁽³⁾ Institut supérieur des sciences de la population (ISSP, Ouagadougou) & Institut de national d'études démographiques (INED- UMR CEPED, Paris)

Résumé

La dépression, responsable d'une importante morbidité dans le monde, est liée à un ensemble de mécanismes conjuguant différents facteurs notamment psychologiques (traumatismes de l'enfance, ruptures familiales, violences, maladies et handicaps...) et sociaux (genre, génération, urbanisation, pauvreté, migration). Depuis 2008, les habitants de plusieurs quartiers défavorisés de Ouagadougou au Burkina Faso sont suivis démographiquement. Une enquête santé menée en 2010 auprès d'un échantillon de cette population a permis d'estimer que 5% des adultes vivaient un épisode dépressif au moment de l'enquête. Grâce au suivi, Il est possible d'étudier leurs caractéristiques démographiques, sociales, économiques et environnementales disponibles au niveau individuel ou des ménages. Notre objectif est de repérer quelles sont les populations vulnérables face à la dépression, une vulnérabilité que l'on suppose liée à l'urbanisation, aux ruptures ou modifications sociales qu'elle entraîne (migrations, rapports de genre, structures familiales, état de santé, vieillissement) dans un contexte de pauvreté.

Communication écrite

Introduction

Au niveau mondial, la morbidité due aux troubles mentaux ou du comportement¹ est importante et un quart des individus présenteraient au moins un de ces troubles au cours de leur vie (Regier et al. 1988 ; Wells et al. 1989 ; Almeida et al. 1997). Depuis les années 1990, des études épidémiologiques ont montré que la prévalence des troubles mentaux pouvait être élevée dans les pays en développement, y compris en Afrique (Patel et al. 1999 ; Awas et al. 1999 ; Abas et Broadhead 1997, Gureje et al. 2006).

Parmi les troubles mentaux et du comportement, la dépression majeure est aujourd'hui la première cause d'incapacité dans le monde et une des principales causes de morbidité (OMS 2001). Une étude internationale menée sur quatorze sites urbains a montré d'importantes variations de la prévalence de la dépression repérée dans les structures de soins allant de 2,6% à Nagasaki (Japon) à près de 29,5% à Santiago (Chili) mais sans distinction nette entre régions développées et en développement (Goldberg et Lecrubier 1995).

Selon l'OMS, le trouble dépressif ne provient pas d'un facteur unique, mais plutôt d'un ensemble de mécanismes, que l'on peut classer en trois types : les facteurs biologiques, assez mal identifiés ; les facteurs psychologiques trouvant souvent leur origine dans l'enfance, mais qui peuvent aussi être liés à des événements de la vie adulte difficiles à surmonter (ruptures familiales, violences, maladies et handicaps...) ; et les facteurs sociaux (genre, génération, urbanisation, niveau de vie, migration) (2001). Vivant dans un contexte d'urbanisation croissante, les habitants des quartiers défavorisés de la capitale burkinabé suivis depuis 2008 par l'observatoire de population de Ouagadougou (OPO) sont concernés par plusieurs facteurs de risque mentionnés : les difficultés quotidiennes dues aux conditions socio-économiques et environnementales dans lesquelles vivent les personnes, la rupture pour de nombreux migrants des liens familiaux, le mauvais état de santé et la vieillesse dans un contexte de moindre soutien familial et d'absence de sécurité sociale étatique.

Dans le cadre de l'OPO, une enquête santé menée en 2010 permet d'estimer la population adulte repérée comme ayant un épisode dépressif majeur au moment de l'enquête et de lier le trouble dépressif à d'éventuelles caractéristiques démographiques, sociales, économiques et environnementales. Notre objectif est de repérer dans un premier temps les facteurs de risque qui nous permettent d'identifier les populations vulnérables face à la dépression.

Population et données

L'observatoire de population de Ouagadougou (OPO) suit depuis 2008 les habitants de cinq quartiers périphériques de la ville. Trois d'entre eux sont des quartiers non lotis caractérisés par de l'habitat spontané manquant d'infrastructures sanitaires, éducatives, de voiries et d'assainissement. Les deux autres quartiers sont lotis, les habitants y sont aussi plus riches, mais restent des zones d'habitat populaire. En 2009, le suivi concernait 81,717 personnes.

Une enquête santé a été menée en 2010 auprès d'un échantillon de la population suivie (n=2357). Dans l'enquête, les épisodes dépressifs majeurs ont été repérés en utilisant le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) basé sur les critères psychiatriques de la quatrième révision du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV) (Sheehan et al. 1998 ; APA 1994). Adoptant une approche catégorielle, le module est composé de deux questions initiales posées à l'ensemble des enquêtés sur la baisse de

¹ Dans ce groupe, l'OMS (2001) regroupe un grand nombre d'affections : la dépression unipolaire, les troubles affectifs bipolaires, la schizophrénie, les troubles liés à l'alcool et à l'utilisation de certaines drogues, la maladie d'Alzheimer et autres démences, l'état de stress post-traumatique, le trouble obsessionnel compulsif, le trouble panique et l'insomnie primaire.

l'humeur générale et la perte d'intérêt pour les activités de manière chronique sur au moins les quinze derniers jours ; sept questions sont ensuite posées aux personnes ayant déclaré un de ces deux signes sur l'appétit, le sommeil, le comportement, la fatigue, l'estime de soi, la concentration et la survenue d'idées noires (annexe).

Le module a été traduit du français vers le moore (avec rétro-translation pour vérification du maintien du sens des questions) et proposé aux interviewés dans l'une des deux langues², sous condition de bonne maîtrise de cette langue (laissée à l'appréciation de l'enquêteur).

La base de données disponible pour cette analyse regroupe les données individuelles recueillies dans l'enquête santé (épisode dépressif majeur, maladies chroniques déclarées, violences et accidents, limitations et difficultés alimentaires dans l'enfance) et sont complétées par celles du suivi de la population (sexe, âge, situation matrimoniale, lieu de naissance, statut d'activité, statut dans le ménage, niveau de vie du ménage et décès dans le ménage survenu dans l'année). La variable niveau de vie a été calculée sur la base de quelques biens du ménage : téléviseur, réfrigérateur, possession d'un moyen de transport et type de moyen de transport disponible.

Méthode d'analyse

Sur les 2357 individus sélectionnés de l'échantillon, 2195 (93%) ont pu être interrogés et seules huit personnes n'ont pas été interrogées, leur compréhension d'une des langues proposées étant insuffisante. Pour la grande majorité des personnes interrogées, les questions étaient posées en moore, et pour 17% en français. Les résultats sont présentés pondérés afin d'assurer la représentativité de l'échantillon par rapport à l'ensemble des habitants de plus de 15 ans des quartiers suivis.

Dans un premier temps nous avons calculé la proportion de personnes repérées comme souffrant d'un épisode dépressif majeur au moment de l'enquête. Un individu est repéré comme dépressif quand il a déclaré avoir au moins cinq des neuf signes d'un état dépressif caractérisé dont au moins un parmi les deux premiers. Nous avons ensuite mené une analyse descriptive et multivariée du risque d'être repéré comme vivant un épisode dépressif majeur selon les caractéristiques démographiques et socioéconomiques (modèles de régression logistique).

Résultats

En tout, 4,5% de la population enquêtée a été repérée comme souffrant d'un épisode dépressif majeur au moment de l'enquête (tableau 1). Au moment de l'enquête, 8,7% des personnes se sentaient « déprimé-e, triste ou vide » durant les quinze derniers jours et 7,2% ont déclaré avoir « perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui leur plaisent habituellement ». En tout, près de 10% ont répondu affirmativement à l'une ou à l'autre de ces deux premières questions (n = 185 sans la pondération), parmi lesquelles 70% ont reporté des troubles du sommeil, près de la moitié ont connu un changement notable d'appétit ou de poids ou encore se sentaient fatiguées, 38% ont reporté un changement de comportement, 25% un manque d'estime de soi, 17,4% des idées noires, et 14,3% des difficultés de concentration.

² Au moment du recensement de la population, près de 97% des entretiens ont été menés en moore (62%) ou en français (35%).

Tableau 1. Repérage d'un épisode dépressif majeur au moment de l'enquête (module MINI, critères DSM-IV)

	%
Proportion de personnes déclarant les signes suivants de manière chronique depuis au moins quinze jours parmi les enquêtés	
Déprimé, triste ou vide	8,7 (7,7-9,7)
Perte d'intérêt ou de plaisir	7,2 (6,3-8,1)
L'un et/ou l'autre	9,7 (8,6-10,8)
Proportion de personnes déclarant les signes suivants parmi les enquêtés ayant déclaré au moins un des deux premiers signes	
Changement d'appétit ou de poids non intentionnel	46,9 (41,1-52,8)
Problèmes de sommeil	69,3 (64,0-74,7)
Déplacement plus lent ou agitation	38,1 (32,5-43,8)
Fatigué, sans énergie	47,0 (41,2-52,9)
Sans valeur ou culpabilité	24,9 (19,9-30,0)
Difficulté de réflexion, de concentration ou de prise de décisions	14,3 (10,2-18,4)
Idées noires	17,4 (12,9-21,8)
Proportion de personnes repérées souffrant d'un épisode dépressif majeur (au moins cinq signes dont au moins un parmi les deux premiers)	4,5 (3,8-5,3)

Source : enquête santé, OPO, 2010.

L'annexe 2 présente les résultats des analyses descriptives, c'est-à-dire de la proportion de personnes repérées comme étant dans un état dépressif selon chaque caractéristique sociodémographique et de santé que nous avons retenue pour cette étude. Peu de variables présentent des différences significatives selon les caractéristiques. Elles ont été introduites dans un modèle de régression logistique, considérant simultanément l'ensemble de ces caractéristiques pour isoler les effets propres de chacune d'entre elles. Le tableau 2 ne présente que celles ayant une association significative avec le risque d'être dépressif au moment de l'enquête.

L'analyse multivariée montre que peu de caractéristiques démographiques et socioéconomiques sont significativement associées au risque d'être repéré comme dépressif : toutes choses égales par ailleurs, ce sont les personnes nées en milieu urbain (et dans une moindre mesure, les personnes nées à Ouagadougou), les habitants du quartier non loti de Nioko2, les personnes ayant déclaré avoir eu des difficultés alimentaires dans l'enfance, des maladies chroniques (de l'appareil respiratoire et de l'appareil circulatoire), des difficultés ou limitations de motricité (difficultés à se déplacer) et de communication (langage, mémoire).

Tableau 2. Régression logistique – association du risque d’être repéré dépressif à d’autres caractéristiques individuelles ou du ménage

Caractéristiques	OR	IC-	IC+	p
Ne à Ouagadougou (réf.)	1,6	0,9	2,8	0,080
Né en milieu urbain	3,4	1,4	8,4	0,007
Né en milieu rural (réf.)	1,0			
Né à l’étranger	1,2	0,5	3,2	0,705
Vit dans le quartier loti de Kilwin (réf.)	1,0			
Vit dans le quartier loti de Tanghin	1,5	0,7	3,3	0,341
Vit dans le quartier non loti de Nioko2	2,9	1,4	6,1	0,005
Vit dans le quartier non loti de Nonghin	1,0	0,4	2,6	0,946
Vit dans le quartier non loti de Polesgo	1,1	0,3	4,2	0,844
Déclare avoir eu des difficultés alimentaires dans l’enfance	1,9	1,1	3,1	0,016
Déclare une maladie chronique de l’appareil respiratoire (bronchite chronique, emphysème, asthme...)	4,3	2,2	8,4	<,0001
Déclare une maladie de l’appareil circulatoire (hypertension, maladies du cœur, AVC...)	3,0	1,7	5,3	<,0001
Déclare des limitations de motricité (marcher, se laver...)	2,1	1,2	3,7	0,011
Déclare des limitations de communication (parler)	2,9	1,5	5,6	0,002

Source : enquête santé, OPO, 2010.

Discussion – conclusion

Les résultats, en termes de prévalence, sont à comparer à d’autres études.

La mesure de la prévalence de la dépression par le biais d’enquêtes en population générale sans consultation d’un psychiatre reste délicate. Le diagnostic d’une dépression est lié à la persistance, sur une durée minimum, de signes relevant de l’humeur de la personne, de sa perception et de son retentissement dans la vie quotidienne. Les critères diagnostiques ont été normalisés au niveau international (OMS, 1993 ; APA, 1994). Le MINI basé sur le DSM-IV utilisé ici est basé sur une approche catégorielle posant dans un premier temps deux questions à l’ensemble de la population. D’autres critères existent, comme ceux de la CIM-10 incluant une troisième question sur l’état de fatigue. Cependant, la fatigue étant un symptôme lié à de nombreuses pathologies (anémie, infections, état dépressif...), ne pas l’inclure dans les premiers critères nous permettait de minimiser une éventuelle sur-estimation liée à un mauvais état de santé générale. Une fois contrôlée des deux premiers signes (l’humeur et l’intérêt), la fréquence des déclarations relatives à la fatigue n’est d’ailleurs pas plus élevée que les autres symptômes.

La minimisation de ce biais méthodologique conforte le principal résultat de cette étude : un mauvais état de santé - à savoir la déclaration de maladies chroniques en particulier respiratoires et cardiaques ainsi que le fait d’avoir des difficultés dans ses activités quotidiennes (communication, motricité) - apparaît comme un facteur de risque d’état dépressif prédominant. Par ailleurs, le fait d’avoir déclaré des difficultés alimentaires dans l’enfance apparaît comme un facteur de risque, sans que l’on puisse distinguer si la causalité est d’ordre médical, psychologique ou social.

Contrairement à ce que l’on trouve généralement dans les études épidémiologiques, les résultats révèlent peu de différences socioéconomiques (selon le sexe, l’âge, le statut matrimonial et le niveau de vie) entre ceux qui présentent un état dépressif et les autres. Par

contre, le lieu de résidence singularise les habitants du quartier Nioko2. Ces derniers semblent, de manière générale et à situation équivalente, être plus enclins à se considérer dans une situation moins bonne que dans les autres quartiers (Rossier et al., 2011). Cependant, parmi les trois quartiers non lotis étudiés, Nioko2 est le plus ancien et le plus excentré. Il est donc possible que les habitants de ce quartier aient une perception relativement pessimiste de leur situation dans la mesure où ils attendent depuis plus longtemps que les habitants des autres quartiers l'arrivée des infrastructures collectives (assainissement, écoles, équipements sanitaires, services sociaux). Parallèlement, les personnes nées en milieu urbain, et dans une moindre mesure à Ouagadougou, seraient aussi plus enclines à être dépressives. Vivant actuellement dans un quartier défavorisé de la ville, ils ont probablement un sentiment de faible ascension sociale contrairement aux natifs du milieu rural qui se sont déplacés vers la ville. Au-delà de la situation socioéconomique actuelle des individus, ces résultats nous amènent donc à considérer la trajectoire de vie comme une piste de réflexion pertinente. Une autre clé de compréhension pourrait aussi se trouver dans l'étude des systèmes d'entraide et de solidarité des habitants selon leur lieu de naissance, leur quartier de résidence et leur statut migratoire.

La plus grande vulnérabilité des habitants d'un quartier qui existe depuis longtemps sans pour autant avoir été pourvu d'infrastructures par la ville révèle l'importance de la réponse des politiques publiques aux besoins de la population croissante en périphérie de la ville.

Références

- Abas M., Broadhead J. 1997. Depression and anxiety among women in an urban setting in Zimbabwe. *Psychological Medicine*. 27(1): 59-71.
- Almeida-Filho N. et al. 1997. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *The British Journal of Psychiatry*. 171: 524-529.
- Awas M, Kebede D, Alem A. 1999. Major mental disorders in Butajira, southern Ethiopia. *Acta Psychiatr Scand*. 100(Suppl 397):56-64.
- Goldberg DP, Lecrubier Y. 1995. Form and frequency of mental disorders across centres. In: Üstün TB, Sartorius N. *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester, John Wiley & Sons, p. 323-334.
- Gureje O., Lasebikan V.O., Kola L., Makanjuola V.A., 2006, Lifetime and 12-month prevalence of mental disorders in the Nigerian Survey of Mental Health and Well-Being, *British Journal of Psychiatry*, 188: 465-471.
- Gureje O., Kola L., Afolabi E. 2007. Epidemiology of major depressive disorder in elderly Nigerians in the Ibadan Study of Ageing: a community-based survey. *Lancet*. 370: 957-64.
- OMS. 1993. *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10ème révision (1992)*. Genève, OMS.
- OMS. 2001. *Rapport sur la santé dans le monde, 2001 – La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève, OMS.
- Patel V et al. 1999. Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Social Sciences and Medicine*. 49, p. 1461-1471.
- Patel V. 2001. Poverty, inequality, and mental health in developing countries. in: Leon D and Walt G. *Poverty, inequality and health: an international perspective*. Oxford: Oxford University Press, p. 247-261.

- Regier D. et al. 1988. One-Month Prevalence of Mental Disorders in the United States Based on Five Epidemiologic Catchment Area Sites. *Arch Gen Psychiatry*. 45(11):977-986.
- Roelandt JL, et al. 2001. Rapport d'enquête phase 1, EPSM Lille Métropole. Consultable sur le site www.epsm-lille-metropole.fr.
- Rossier C. et al. 2011. Données collectées au Round 0, Round 1 et au Round 2 : Rapport descriptif. ISSP, Ouagadougou.
- Sheehan D-C, Lecrubier Y. 1998. The Mini International Neuropsychiatric interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSMIV and ICD-10, *J. Clin. Psychiatry*, 59 (supp. 20), 22-3.
- Wells JE et al. 1989. Christchurch Psychiatric Epidemiology Study, part I: methodology and lifetime prevalence for specific psychiatric disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 23: 315-326.

Annexe 1. MINI basé sur les critères du DSM-IV (version française)

Caractérisation d'un épisode dépressif majeur : au moins cinq réponses affirmatives aux questions suivantes, au moins une parmi les deux premières.

1. Vous êtes vous senti-e déprimé-e, par exemple, triste ou vide, pratiquement toute la journée, et ce, presque tous les jours au cours des deux dernières semaines ? oui-non
2. Durant ces deux dernières semaines, aviez-vous presque tout le temps le sentiment de d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui vous plaisent habituellement ? oui-non
3. Votre appétit a-t-il notablement changé ou avez-vous pris ou perdu du poids sans en avoir l'intention ? oui-non
4. Aviez-vous des problèmes de sommeil (endormissement, réveils nocturnes ou précoces, hypersomnie) presque toutes les nuits ? oui-non
5. Parliez-vous ou vous déplaciez-vous plus lentement que d'habitude, ou au contraire vous sentiez-vous agité-e et aviez-vous du mal à rester en place ? oui-non
6. Vous sentiez vous presque tout le temps fatigué-e, sans énergie ? oui-non
7. Vous sentiez-vous presque tout le temps sans valeur ou coupable ? oui-non
8. Aviez-vous du mal à réfléchir, à vous concentrer ou à prendre des décisions ?
9. Avez-vous eu à plusieurs reprises des idées noires, comme penser qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort-e, ou avez-vous pensé à vous faire du mal ? oui-non

Annexe 2. Proportion de personnes repérées dépressives selon différentes caractéristiques démographiques socioéconomiques et de santé

	%
Ensemble	4,5 (3,8-5,3)
Homme	3,8 (2,8-4,9)
Femme	5,1 (4,0-6,2)
15-24 ans	2,5 (1,5-3,5)
25-39 ans	5,6 (4,2-7,0)
40-59 ans	5,1 (3,4-6,8)
60 ans et plus	5,3 (2,8-7,7)
Célibataire	3,4 (2,2-4,7)
Marié	4,9 (3,9-5,8)
Divorcé	5,2 (0,0-12,9)
Veuf	5,8 (2,7-8,9)
Né à Ouagadougou	5,8 (4,2-7,5)
Né en milieu urbain	6,0 (2,3-9,6)
Né en milieu rural	4,3 (3,3-5,3)
Né dans un autre pays	3,1 (1,2-4,9)
Chef de ménage (CM)	4,6 (3,3-5,8)
Conjoint du CM	4,8 (3,4-6,2)
Enfant du CM	3,6 (1,9-5,3)
Parent du CM	6,2 (1,1-11,3)
Autre lien avec le CM	4,5 (2,5-6,6)
A une activité (définition de l'enquête)	4,9 (3,8-5,9)
Cherche un emploi	4,6 (2,6-6,5)
Non actif	5,1 (3,1-7,1)
Pas concerné	2,0 (0,5-3,6)
Est/a été école	3,7 (2,7-4,7)
N'a pas été pas à l'école	5,3 (4,1-6,4)
Quartier loti de Kilwin	2,3 (1,3-3,3)
Quartier loti de Tanghin	5,6 (3,9-7,3)
Quartier non loti de Nioko2	11,9 (9,0-14,9)
Quartier non loti de Nonghin	1,7 (0,7-2,6)
Quartier non loti de Polesgo	2,6 (0,0-5,1)
1 ^{er} tiers de niveau de vie	4,6 (3,4-5,8)
2 ^e tiers de niveau de vie	4,9 (3,7-6)
3 ^e tiers de niveau de vie	2,8 (1-4,6)
N'a pas connu de difficulté alimentaire dans l'enfance	3,7 (2,9-4,5)
A vécu des difficultés alimentaires	6,9 (5-8,7)
Pas de maladie diagnostiquée déclarée	2,1 (1,5-2,6)
1 maladie déclarée	7,1 (4,8-9,4)
2 maladies déclarées ou plus	23,4 (17,9-28,9)
Déclare une maladie respiratoire	29 (21,3-36,7)
Déclare une maladie de l'appareil circulatoire	17,1 (13,3-20,9)
Déclare un ulcère	14,4 (9,7-19)
Déclare une autre maladie	10,5 (5,9-15,2)
N'a pas déclaré avoir subi de violence dans l'année	4,4 (3,6-5,2)
Déclare une violence	14,7 (2,8-26,6)
Pas d'accident dans l'année	4,2 (3,5-5)
Accident suivi d'un recours aux soins	7,8 (4,4-11,2)
Pas de limitation fonctionnelle	1,8 (1,2-2,3)
Au moins une limitation	6,3 (4,2-8,4)
Au moins une limitation sévère	20,9 (16,2-25,5)
Pas de limitation sensorielle	2,8 (2,2-3,5)
Limitation sensorielle (entendre, voir)	12,7 (9,8-15,6)
Pas de limitation de motricité	3,0 (2,3-3,6)
Limitation motricité (marcher, se laver, s'habiller)	14,5 (11,0-18)
Pas de limitation de communication	3,4 (2,7-4,1)
Limitation de communication (parler)	23,7 (17,0-30,3)