



HAL
open science

La santé mentale, un problème négligé de la transition sanitaire : le cas de la dépression dans les quartiers périphériques de Ouagadougou

Géraldine Duthé, Doris Bonnet, Clémentine Rossier

► To cite this version:

Géraldine Duthé, Doris Bonnet, Clémentine Rossier. La santé mentale, un problème négligé de la transition sanitaire : le cas de la dépression dans les quartiers périphériques de Ouagadougou. Working Paper du Ceped #29, Centre Population et Développement. 2013, pp.18. hal-04158619

HAL Id: hal-04158619

<https://hal.science/hal-04158619>

Submitted on 11 Jul 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

**La santé mentale, un problème négligé
de la transition sanitaire :
le cas de la dépression
dans les quartiers périphériques de Ouagadougou**

Géraldine Duthé, Doris Bonnet, Clémentine Rossier

Contact • Corresponding Author: Géraldine Duthé

Chargée de recherche à l'Institut national d'études démographiques (INED), démographe, membre associée du CEPED. Elle travaille sur la mortalité et la santé dans différentes régions en développement. Elle s'intéresse aux problèmes de mesure des niveaux et tendances de la mortalité et des causes de décès ainsi qu'aux problèmes de santé qui constituent des entraves à la transition sanitaire.

geraldine.duthe@ined.fr

Doris Bonnet

Directrice de Recherche à l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD) et anthropologue, membre du CEPED. Spécialiste en anthropologie médicale, elle a travaillé au Burkina Faso sur la santé de l'enfant. Elle mène actuellement une recherche au Cameroun sur l'impact des Nouvelles Technologies de la Reproduction sur les représentations de la procréation et de la famille.

Clémentine Rossier

Chargée de recherche à l'Institut national d'études démographiques (INED), sociodémographe, membre associée du CEPED. Elle est actuellement basée à l'Institut supérieur des sciences de la population (ISSP) de l'université de Ouagadougou au Burkina Faso. Elle a travaillé sur la contraception et l'avortement provoqué en Afrique et en France et mène actuellement des recherches sur la fécondité et la santé en lien avec la pauvreté urbaine dans les quartiers périphériques de la ville de Ouagadougou.

Citation recommandée • Recommended citation

Duthé Géraldine, Bonnet Doris, Rossier Clémentine, « La santé mentale, un problème négligé de la transition sanitaire : le cas de la dépression dans les quartiers périphériques de Ouagadougou », *Working Paper du CEPED*, numéro 29, UMR 196 CEPED, Université Paris Descartes, INED, IRD), Paris, janvier 2013.

Accessible sur <http://www.cephed.org/wp>

CEPED • Centre Population et Développement

UMR 196 CEPED, Université Paris Descartes, INED, IRD

19 rue Jacob 75006 PARIS, France

<http://www.cephed.org/> • contact@cephed.org

Les Working Papers du CEPED constituent des **documents de travail** portant sur des recherches menées par des chercheurs du CEPED ou associés. Rédigés pour une diffusion rapide, ces papiers n'ont pas été formellement relus et édités. Certaines versions de ces documents de travail peuvent être soumises à une revue à comité de lecture.

Les droits d'auteur sont détenus par les auteurs.

*CEPED Working Papers are **working papers** on current research conducted by CEPED-affiliated researchers. Written for timely dissemination, these papers have not been formally edited or peer reviewed. Versions of these working papers are sometimes submitted for publication in peer-reviewed journals.*

Copyrights are held by the authors.

La santé mentale, un problème négligé de la transition sanitaire : le cas de la dépression dans les quartiers périphériques de Ouagadougou

Géraldine Duthé, Doris Bonnet†, Clémentine Rossier*‡*

Résumé

Au niveau mondial, la charge de morbidité due aux troubles mentaux et du comportement est très lourde et parmi ces troubles, la dépression est aujourd'hui la troisième plus importante cause de morbidité et d'incapacité. Vivant dans un contexte d'urbanisation rapide et de pauvreté, les habitants des quartiers périphériques de la capitale burkinabè suivis par l'Observatoire de Population de Ouagadougou (OPO) sont potentiellement vulnérables face à la dépression. Une étude sur la santé, menée en 2010 auprès d'un échantillon représentatif de cette population (n= 2187), a permis d'estimer que 4,3% des adultes vivaient un épisode dépressif au moment de l'enquête. Les résultats révèlent une forte association entre la dépression et les problèmes de santé physique, notamment les maladies chroniques ou encore les incapacités. Les populations urbaines qui subissent un cumul des maladies transmissibles, non transmissibles et des accidents sont donc particulièrement exposées. L'étude montre aussi une interaction entre dépression et grande pauvreté. Ces travaux démontrent que la santé mentale, qui pèse sur le développement socioéconomique et sanitaire des populations urbaines africaines, devrait être intégrée de manière plus systématique aux programmes de santé publique.

Mots-clés

Santé mentale, dépression, Afrique, pauvreté, santé urbaine.

Introduction

Au niveau mondial, la charge de morbidité due aux troubles mentaux et du comportement¹ est très lourde puisqu'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 ; OMS 2001). Depuis les années 1990, des études épidémiologiques ont montré que la prévalence des troubles mentaux et du comportement était élevée, tant dans les pays en développement que dans les pays développés (Patel et al. 1999 ;

* Institut National d'Études Démographiques (INED), CEPED, France.

† Institut de Recherche pour le Développement (IRD), CEPED, France.

‡ Institut Supérieur des Sciences de la Population (ISSP), Burkina Faso.

¹ Cette appellation désigne les troubles et maladies répertoriés dans le chapitre cinq de la dernière révision de la Classification internationale des maladies (CIM-10, OMS 1993). Ce chapitre se décline en onze sous-rubriques parmi lesquelles on trouve les troubles de l'humeur dont la dépression ; les troubles mentaux organiques dont la démence de la maladie d'Alzheimer ; la schizophrénie et autres troubles délirants ; les troubles névrotiques, les troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes ; etc.

Goldberg et Lecrubier 1995 ; Patel 2001 ; Demyttenaere K et al. 2004). Leur contribution à la mauvaise santé des populations freine les efforts qui sont actuellement menés pour atteindre les objectifs du millénaire pour le développement (Prince et al. 2007 ; Skeen et al. 2010). Pourtant, la santé mentale est rarement prise en compte dans les politiques de santé publique des pays pauvres (OMS 2011 ; Gureje et Alem 2000). Peut-on en déduire qu'elle est un problème négligé de la transition sanitaire ? Pour répondre à cette question, nous nous intéressons à la dépression que l'on a pu étudier en milieu urbain africain.

Parmi les troubles mentaux et du comportement, la dépression – qui se manifeste par ce qu'on appelle des épisodes dépressifs majeurs – est aujourd'hui la troisième plus importante cause de morbidité et d'incapacité² au niveau mondial (OMS 2008 ; Ustun et al. 2004). Elle est en passe de devenir la deuxième d'ici 2020 (Lopez et al. 2006). La dépression provient d'un ensemble de mécanismes, que l'on peut classer en trois types : les facteurs biologiques, qui restent assez mal identifiés ; les facteurs psychologiques trouvant souvent leur origine dans l'enfance, mais pouvant aussi être liés à des événements de la vie adulte difficiles à surmonter comme les ruptures familiales, les violences, les maladies et les handicaps ; et les facteurs sociaux avec des inégalités de genre (les femmes étant plus touchées que les hommes) et de génération (les adultes en particulier), des différences selon le niveau de vie (les plus pauvres surtout) ou encore le contexte environnemental (OMS, 2001, Patel et al. 2010). Dépassant les frontières culturelles et économiques, il n'y a pas de raison de considérer la dépression comme une maladie « occidentale » (Goldberg et Lecrubier 1995 ; Simon et al. 2002 ; Patel et al. 2004).

La dépression est associée à l'état de santé général (Moussavi et al. 2007, Prince et al. 2007), l'incapacité (Mogga et al. 2006) et les comportements à risque comme le tabagisme ou l'alcool (Wiesbeck et al. 2008, Grant et Harford 1995). Or, certaines populations adultes doivent faire face au double fardeau de la transition sanitaire qui se caractérise par un phénomène de cumul (et non de remplacement) des maladies non transmissibles aux maladies infectieuses et de la reproduction (Boutayeb 2006). Ce phénomène de cumul des maladies touche surtout les populations des villes du Sud, africaines en particulier (Prince et al. 2007 ; Moussavi et al. 2007, Young et al. 2009 ; Agyei-Mensah et de-Graft Aikins 2010). Enfin, à l'ensemble de ces pathologies, il faut également ajouter les accidents, en particulier les accidents de transport et les chutes, qui causent une mortalité plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (Mock et al. 1999 ; Kobusingye et al. 2001) ; phénomène qualifié parfois de troisième fardeau sanitaire (Lopez et al. 2006). En pleine transition démographique, les pays en développement connaissent également une urbanisation rapide avec des conditions socioéconomiques et environnementales qui retentissent sur l'état mental des individus : forte densité de population, pauvreté³, violence, migration, affaiblissement des liens sociaux, etc. (Desjarlais et al. 1995 ; Patel et Kleinman 2003 ; Bhugra et Mastrogiani 2004). Dans ce contexte socioéconomique, environnemental et sanitaire défavorable, les habitants les plus pauvres des villes africaines semblent donc particulièrement vulnérables face à la dépression.

Pour autant, très peu d'études ont été menées en Afrique subsaharienne pour connaître la prévalence de la dépression au sein de la population générale et plus particulièrement urbaine. Outre le fait que cette maladie n'est pas considérée comme une priorité sanitaire dans cette région du monde, la mesure de la prévalence de la dépression par le biais d'enquêtes en population générale sans

² « L'incapacité s'entend par la limitation dans les capacités à réaliser une activité dans des conditions normales selon la définition de la classification internationale du handicap de l'OMS. [...] Les incapacités comprennent les limitations fonctionnelles et les restrictions d'activités » (Cambois, 2011).

³ La nature du lien entre la dépression et les inégalités socioéconomiques reste toutefois assez hétérogène selon les études (Lorant et al. 2003 ; Araya et al. 2003).

consultation d'un psychiatre reste de manière générale 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. Certaines notions (comme le sentiment de culpabilité ou la volonté de se donner la mort) seraient plus étrangères à certaines cultures qu'à d'autres (Bhugra et Mastrogianni 2004) mais cela ne fait pas consensus⁴ et les symptômes permettant de caractériser la dépression sont considérés comme identifiables dans toutes les cultures (Patel et al. 2009). Dans ce sens, des critères diagnostiques ont été normalisés au niveau international (OMS, 1993 ; APA, 1994). D'après l'enquête mondiale menée au début des années 2000 dans 14 pays, le niveau de prévalence des troubles de l'humeur⁵ est très variable d'un pays à l'autre : passant de moins de 1% au Nigéria à près de 10% aux États-Unis (Demyttenaere et al. 2004). Au Nigéria, le seul pays africain de l'étude, l'enquête n'a été menée que dans une région du pays. La part de troubles de l'humeur – et donc *a fortiori* de la dépression – était très faible (Gureje et al. 2006). Une autre étude menée en Éthiopie à la fin des années 1990 donnait un niveau de prévalence de la dépression relativement faible puisque la survenue d'une dépression à un moment donné de la vie se situait à environ 3 % tant en milieu urbain (Kebede et Alem 1999) qu'en milieu rural (Awas et al. 1999). D'autres études locales montrent à l'inverse des prévalences plus élevées. À la fin des années 1980, la prévalence de la dépression au moment de l'enquête a été estimée à environ 10 % dans un village du Lesotho (Hollifield et al. 1990). Une autre étude menée en 1991-92 auprès de femmes vivant en milieu urbain au Zimbabwe estimait à près d'un tiers celles ayant souffert dans l'année d'un trouble anxieux ou dépressif⁶ (Abas et Broadhead 1997). Enfin, on peut citer des études menées sur des populations particulières comme celle menée au Nigeria en 2003-04 auprès de personnes âgées de plus de 65 ans qui aboutissait à une proportion de 7,1 % de personnes ayant connu un épisode dépressif dans l'année (Gureje et al. 2007).

Les résultats de ces quelques études menées en Afrique subsaharienne montrent que cette région n'est pas exempte de la dépression mais elles ne permettent pas, pour autant, de discerner une tendance claire. Tout d'abord, elles n'utilisent pas nécessairement les mêmes outils de repérage de la dépression ni le même protocole d'enquête, ces différentes méthodes ayant des effets sur les niveaux estimés, en témoignent les résultats des différentes études menées pour estimer la prévalence de la dépression dans les pays plus riches, comme en France (Leroux et Morin 2006 ; Lamboy et al. 2007 ; Sapinho et al. 2008). Mais au-delà des considérations méthodologiques, il est fort probable qu'il existe une grande diversité de situations, tant au niveau national que local. Enfin, ces études témoignent, par leur faible nombre, d'une méconnaissance générale des niveaux de prévalence de la dépression dans cette région du monde.

Le Burkina Faso, situé en Afrique de l'Ouest, est un des pays les plus pauvres de la planète d'après l'indice de développement humain qui le classe 181^e sur les 188 pays classés (UNDP 2011). On dénombre sept psychiatres pour l'ensemble du pays qui comptait au dernier recensement une population de 14 millions d'habitants (OMS 2011). Les soins de santé mentale sont dispensés dans les services de psychiatrie des hôpitaux ou au sein des unités de soins psychiatriques de centres médicaux et sont largement insuffisants pour répondre aux besoins de la population (Ouédraogo 2005 ; Yaméogo 2004), et cela même dans les centres urbains où l'offre de soins en santé mentale est concentrée.

⁴ Des travaux anthropologiques réalisés dès les années 1970 ont largement contredit l'idée d'une absence de sentiment de culpabilité au sein des populations africaines (Zempleni, 1975).

⁵ Les publications de cette enquête ne permettent pas de distinguer les différents troubles de l'humeur mais la dépression y représente le plus fréquent des troubles de cette sous-rubrique de la CIM-10.

⁶ Sans distinction de ces deux troubles.

L'observatoire de population de Ouagadougou (OPO) suit depuis 2008 les habitants de cinq quartiers périphériques de la capitale burkinabè⁷, dont la moitié dans des quartiers d'habitats spontanés⁸ (Rossier et al. 2012). La population suivie est caractérisée par des conditions socioéconomiques peu favorables et par un triple fardeau sanitaire (Rossier et al. 2011a). Il est donc plus que probable qu'une partie non négligeable des habitants y souffrent de troubles mentaux et du comportement et, en particulier, de dépression. Les informations recueillies auprès d'un échantillon de personnes de plus de 15 ans lors d'une enquête sur la santé menée en 2010 permettent d'estimer la part de la population adulte dépressive au moment de l'enquête et d'étudier le lien entre le vécu d'un épisode dépressif et les caractéristiques socioéconomiques, démographiques et sanitaires disponibles par ailleurs. Grâce à ce corpus de données, d'une richesse rare en Afrique subsaharienne, nous sommes en mesure d'apprécier si la dépression est un problème de santé en milieu urbain, et quels sont les facteurs qui lui sont associés.

Données et méthode

Entre octobre 2008 et avril 2009, l'OPO a recensé la population de cinq quartiers périphériques de la capitale (dont deux sont lotis et trois non lotis). La liste exhaustive des unités d'habitation et de leurs habitants est actualisée chaque année par le passage des enquêteurs dans les ménages et permet de relever les naissances, les décès, les migrations et le suivi des unions. En janvier 2010, les quartiers suivis par l'OPO comptaient 76 452 résidents dont 61 % avaient plus de 15 ans. Une enquête sur la santé a été menée en 2010 auprès d'un échantillon représentatif de la population suivie. Basé sur les critères psychiatriques de la quatrième révision du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV), le *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) permet, par une approche catégorielle, de repérer les épisodes dépressifs majeurs au moment de l'entretien (Sheehan et al. 1998 ; APA 1994). Deux questions sont posées aux enquêtés sur la baisse de l'humeur générale et la perte d'intérêt pour les activités habituelles. Sept questions supplémentaires concernent l'appétit, le sommeil, le comportement, la fatigue, l'estime de soi, la concentration et la survenue d'idées noires. Elles sont posées aux personnes ayant répondu positivement au moins à un des deux premiers signes (annexe 1). Ainsi, un épisode dépressif majeur est identifié lorsque le répondant a déclaré la manifestation d'au moins cinq signes, dont au moins un parmi les deux premiers, de manière chronique depuis au moins quinze jours. Le module a été traduit du français en moore (avec rétro-translation pour s'assurer du maintien du sens des questions) et proposé aux interviewés dans l'une des deux langues⁹. En totalité, 2 195 personnes de plus de 15 ans ont été interrogées dans le cadre de cette enquête, mais huit d'entre elles n'ont pas répondu au MINI, faute d'une maîtrise suffisante d'au moins une des deux langues proposées, une condition qui était soumise à l'appréciation de

⁷ L'OPO est un système de suivi démographique (SSD) membre du réseau Indepth (International Network of field sites with continuous Demographic Evaluation of Populations and Their Health in developing countries). Il est maintenu par l'Institut supérieur des sciences de la population (ISSP) de l'université de Ouagadougou.

⁸ Avec la forte croissance démographique, la commune de Ouagadougou (avec un découpage des terres enregistré au cadastre et un équipement en services urbains tels que les rues, l'électricité et l'eau courante), ne suffit plus à loger les flux d'arrivants, qui s'installent sur les terres à la lisière de la ville. Ces terres sont toujours régies par le droit foncier coutumier ; les autorités coutumières attribuent des parcelles aux nouveaux arrivants en échange d'un don, et ces derniers s'en considèrent propriétaires, créant un système à mi-chemin entre le droit foncier moderne et coutumier. Ces zones d'habitat informel ou spontané sont qualifiées « non loties » par opposition aux zones « loties », régies par le droit foncier moderne (Rossier et al. 2011b).

⁹ Au moment du recensement de la population de l'OPO, près de 97 % des entretiens auprès des ménages ont été menés en moore (62 %) ou en français (35 %). Les 3 % restants concernent d'autres langues locales.

l'enquêteur. Les analyses portent donc sur 2 187 individus pondérés afin d'assurer la représentativité des habitants des quartiers suivis âgés de plus de 15 ans. La pondération initiale a été ramenée à ce total pour ne pas induire un biais sur les tests de significativité.

Nous avons calculé la proportion de personnes repérées comme souffrant d'un épisode dépressif majeur au moment de l'enquête. Après une première analyse descriptive, nous avons mené une analyse multivariée du risque de vivre un épisode dépressif majeur pour les individus au moment de l'enquête. Les variables indépendantes ont été sélectionnées pour identifier des caractéristiques potentiellement en lien avec la dépression que nous avons mentionnées en introduction : caractéristiques sociales, démographiques, économiques et sanitaires. Ces données proviennent de deux sources différentes. Une partie a été collectée durant le suivi de routine de la population de l'OPO : sexe, âge, situation matrimoniale, lieu de naissance, durée de résidence en ville, niveau d'éducation, ethnie, niveau de vie¹⁰, décès dans le ménage survenu dans l'année et type de quartier (loti ou non loti). L'autre partie des données provient de l'enquête santé : les maladies ou les problèmes de santé chroniques déclarés ayant été diagnostiqués par un personnel de santé¹¹, la consommation d'alcool et le tabagisme, les violences physiques subies dans l'année, les accidents survenus dans l'année ayant conduit à un soin, les limitations fonctionnelles (voir, entendre, marcher, se laver, s'habiller, communiquer), le fait d'avoir connu la faim dans l'enfance, le niveau de pression artérielle mesurée au moment de l'enquête, l'indice de masse corporelle (IMC) calculé à partir du poids et de la taille mesurés au moment de l'enquête, les difficultés alimentaires le mois passé dans le ménage¹².

Parmi ces variables, nous avons d'abord sélectionné celles qui répondaient au critère de non indépendance du Chi² dans une analyse bivariée (annexe 2) puis nous les avons introduites dans un modèle de régression logistique, considérant simultanément l'ensemble de ces caractéristiques pour isoler les effets propres de chacune d'entre elles. À la suite d'un premier modèle incluant toutes ces variables (non présenté ici), nous avons calculé un second modèle n'incluant que les caractéristiques ayant une association significative ($p < 5\%$) avec le risque d'être dépressif au moment de l'enquête dans le modèle multivarié. C'est ce dernier modèle qui est présenté dans les résultats.

Résultats

Au moment de l'enquête, 9,0 % des personnes se sentaient « déprimé-es, tristes ou vides » depuis au moins quinze jours et 7,2 % ont déclaré avoir « perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui leur plaisent habituellement ». Au total, 9,9 % ont répondu affirmativement à l'une ou à l'autre de ces deux premières questions. Parmi elles, 65,7 % ont reporté des problèmes de sommeil, près de la moitié ont connu un changement notable d'appétit ou de poids ou encore se sentaient fatiguées, 35,2 % ont

¹⁰ Cette variable a été calculée sur la base des biens du ménage, la possession d'un téléphone portable et le statut de propriété du logement. Les individus ont été classés selon trois classes de niveau de vie : le 1^{er} tertile (niveau relativement faible), le 2^e tertile (niveau moyen) et le 3^e tertile (niveau relativement élevé).

¹¹ La question « Est-ce qu'un médecin ou une infirmière vous a déjà dit que vous aviez/souffriez de... ? » était posée pour une liste de maladies ou de problèmes de santé. En se basant sur les chapitres de la CIM-10 (OMS 1993), nous avons constitué les catégories suivantes : les maladies de l'appareil circulatoire (hypertension, attaque cardiaque, maladie coronarienne, angine de poitrine, insuffisance cardiaque congestive ou autre problème cardiaque, embolie cérébrale, accident vasculaire cérébral, attaque cérébrale ou thrombose), les maladies respiratoires chroniques (maladie pulmonaire chronique comme la bronchite chronique, l'emphysème ou l'asthme), l'ulcère de l'estomac. Les autres maladies ont été regroupées dans une catégorie commune en raison de leur faible fréquence (diabète, cancer, arthrite, rhumatisme ou arthrose, sida, épilepsie, goutte, tuberculose ou autre maladie déclarée par le répondant).

¹² Cette question était posée à une seule personne par ménage.

reporté un changement de comportement (agitation, lenteur), 25,9 % un manque d'estime de soi, 15,6 % des idées noires, et 12,0 % des difficultés de concentration. La proportion des personnes âgées de plus de 15 ans souffrant d'un épisode dépressif majeur au moment de l'enquête atteint 4,3 % (tableau 1).

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	% (95% IC)
Parmi l'ensemble des enquêtés (n=2187)	
Déprimé, triste ou vide	9,0 (7,8-10,2)
Perte d'intérêt ou de plaisir	7,2 (6,1-8,3)
L'un et/ou l'autre	9,9 (8,7-11,2)
Parmi les enquêtés ayant déclaré au moins un des deux premiers signes (N=212,5)	
Changement d'appétit ou de poids non intentionnel	46,0 (39,3-52,6)
Problèmes de sommeil	65,7 (59,4-72)
Déplacement plus lent ou agitation	35,2 (28,8-41,5)
Fatigué, sans énergie	43,6 (37-50,2)
Sans valeur ou culpabilité	25,9 (20,1-31,8)
Difficulté de réflexion, de concentration ou de prise de décisions	12,0 (7,6-16,3)
Idées noires	15,6 (10,7-20,4)
Proportion de personnes souffrant d'un épisode dépressif majeur (n=2187)	4,3 (3,5-5,2)

Source : enquête santé, OPO, 2010.

L'annexe 2 présente les résultats des analyses descriptives, c'est-à-dire la proportion de personnes repérées dépressives au moment de l'enquête selon chaque caractéristique sociodémographique et de santé sélectionnée. Sur l'ensemble des caractéristiques disponibles, plusieurs sont corrélées au fait d'être dépressif au moment de l'enquête : le groupe d'âge, le groupe ethnique, l'éducation, le niveau de vie, les difficultés alimentaires récentes du ménage, la déclaration d'une violence physique dans l'année précédant l'enquête, la déclaration d'une maladie chronique, d'une maladie qui a été diagnostiquée par un personnel de santé quelle qu'elle soit (appareil circulatoire, respiratoire chronique, ulcère de l'estomac ou autre), la déclaration d'un accident ayant conduit à un soin dans l'année précédant l'enquête, les limitations fonctionnelles quelles qu'elles soient (sensorielle, de motricité ou de communication), la santé perçue, avoir connu la faim avant l'âge de quinze ans, la consommation d'alcool et le tabagisme. D'autres caractéristiques révèlent des différences mais ne sont pas significatives : le sexe, le statut marital, le lieu de naissance, l'ancienneté de la migration, le type de quartier, l'hypertension mesurée, l'indice de masse corporel.

Dans l'analyse multivariée, le groupe d'âge n'est plus significatif, tout comme l'appartenance ethnique, le fait d'avoir été à l'école, la déclaration d'une maladie autre, les limitations sensorielles et de communication, les difficultés alimentaires dans l'enfance, le fait d'avoir subi un accident et la consommation d'alcool. Toutes choses égales par ailleurs, les caractéristiques associées à un risque plus élevé de dépression sont les suivantes (tableau 2) : être d'un niveau de vie relativement faible ou au contraire, d'un niveau de vie relativement élevé ; vivre dans un ménage ayant connu récemment de

fréquentes difficultés alimentaires ; déclarer avoir subi une violence physique dans les douze mois précédant l'enquête ; déclarer une maladie ou un problème de santé de l'appareil circulatoire, une maladie de l'appareil respiratoire chronique ou encore un ulcère de l'estomac ; déclarer une limitation de motricité ; déclarer fumer quotidiennement ; et se déclarer en mauvaise santé.

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

Caractéristiques	OR (95% IC)	p
Niveau de vie 1 ^{er} tertile	3,9 (1,6-9,3)	0,003
Niveau de vie 2 ^e tertile	1,0	Réf.
Niveau de vie 3 ^e tertile	2,9 (1,2-7,1)	0,017
Le ménage a récemment rencontré de fréquentes difficultés alimentaires	2,6 (1,3-5,1)	0,005
Déclare avoir subi une violence physique dans les 12 derniers mois	5,9 (1,3-26,8)	0,022
Déclare une maladie de l'appareil circulatoire	3,6 (1,8-7,3)	0,000
Déclare une maladie respiratoire chronique	4,4 (2,1-9,4)	0,000
Déclare un ulcère de l'estomac	3,1 (1,5-6,5)	0,003
Déclare une limitation de motricité	2,6 (1,2-5,5)	0,012
Déclare fumer quotidiennement	3,6 (1,7-7,6)	0,001
Se déclare en mauvaise santé	2,7 (1,1-6,8)	0,031

Source : enquête santé, OPO, 2010.

Discussion

Au regard de la littérature internationale présentée en introduction qui révèle des prévalences allant de 1 % à 10 % environ selon les pays, un niveau de 4,3 % des adultes de plus de 15 ans souffrant d'un épisode dépressif majeur en milieu urbain ouagalais apparaît comme loin d'être négligeable.

Mais comme nous l'avons évoqué plus haut, il est possible que le choix de l'outil ou celui des critères aient un impact sur le niveau estimé. Nous avons opté pour le MINI basé sur les critères du DSM-IV avec deux questions filtres sur l'humeur et l'intérêt. Les critères de la CIM-10 incluent une troisième question filtre sur l'état de fatigue. Dans un contexte sanitaire défavorable, la fatigue est un symptôme lié à de nombreuses autres pathologies (anémie, infections...) et nous avons préféré ne pas l'inclure dans les questions filtres pour éviter une éventuelle surestimation. Pour autant, nos résultats montrent que la fréquence des déclarations relatives à la fatigue n'est pas particulièrement plus élevée que les autres symptômes. Au-delà du choix des critères, d'autres outils permettent d'identifier les individus dépressifs en population générale, notamment le *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) proposé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Utilisé dans le cadre des enquêtes internationales menées par l'OMS, il fait référence pour pouvoir comparer d'un contexte à l'autre les résultats. Mais le questionnaire est long, y compris le module ne concernant que la dépression, et nécessite une formation *ad hoc* des enquêteurs (Kessler et al. 2006). Un module plus court, le CIDI-SF (Short Form), également construit par l'OMS, est peu utilisé. Enfin, le Score *Center for Epidemiologic Studies – Depression scale* (CESD), basé sur une approche dimensionnelle, situe les individus sur une échelle de dépressivité (Radloff 1977). Il nécessite de poser à tous les enquêtés des questions relatives à l'ensemble des symptômes d'un épisode dépressif majeur. Avec seulement deux questions posées à

L'ensemble de la population enquêtée, l'outil utilisé dans cette enquête offre l'avantage d'être peu coûteux et simple à intégrer dans le questionnaire d'une enquête portant sur la santé en général.

Parce que le ressenti et l'expression d'un état de santé sont soumis à des logiques sociales (Boltanski 1971), l'effet de déclaration s'ajoute au problème de l'outil de mesure. Ce problème est d'ailleurs bien documenté dans le cas de la santé perçue et des comparaisons de genre, socioéconomiques ou internationales (Idler 2003 ; Kawachi et al. 1999 ; Désesquelles et al. 2009). Pour autant, plusieurs éléments nous permettent de penser que ce biais est limité : le repérage de la dépression n'est pas le produit d'une déclaration spontanée puisqu'il est conditionné à la conjonction d'une série de signes ; la santé perçue reste considérée comme un bon indicateur de la santé objective de la population (Idler et Banyamini 1997) et a été validée pour le cas spécifique de la population suivie à Ouagadougou (Onadja et al. 2012). Si des effets de déclaration liés aux perceptions individuelles existent, l'intégration de la santé perçue dans le modèle de régression logistique atténue cet effet pour les autres variables.

Au-delà du niveau estimé de prévalence, le lien étroit qui existe entre la dépression et les autres problèmes de santé prédomine les résultats de cette enquête. Plusieurs mécanismes expliquent cette importante comorbidité : le fait d'être malade favorise la dépression mais, à l'inverse, la dépression favorise également la survenue de maladies, elle peut en accentuer le développement ou encore interférer sur leurs traitements (Patel et al. 2010). La dépression est particulièrement associée aux maladies chroniques (Moussavi et al. 2007) mais elle est aussi liée à d'autres problèmes de santé considérés comme prioritaires au niveau mondial : le VIH/sida ou encore la santé reproductive avec l'exposition des femmes à la dépression périnatale qui n'est pas sans conséquence pour le bien-être de l'enfant (Prince et al. 2007). Par la nature des questions posées mais aussi la taille de l'échantillon pour certaines maladies ou événements comme les naissances, cette enquête ne permet pas d'étudier l'ensemble des cas de comorbidité possibles mais elle confirme le lien entre la dépression et les différents types de maladies déclarées : celles de l'appareil circulatoire (hypertension, attaque cardiaque, maladie coronarienne, angine de poitrine ou insuffisance cardiaque congestive ou autre problème cardiaque), de l'appareil respiratoire chronique (bronchite chronique, emphysème ou asthme) et les ulcères de l'estomac. Dépression et incapacité sont aussi fortement liés (Mogga et al. 2006), ce que nous avons également pu observer avec l'association entre le vécu d'un épisode dépressif et le fait de déclarer des limitations de motricité. Nous avons aussi observé un lien avec la consommation de tabac qui est un facteur de risque (Wiesbeck et al. 2008). Toutefois, une mesure « objective » de la santé disponible dans cette enquête, l'hypertension artérielle, n'est pas ressortie comme ayant un lien avec la dépression. Pour cette dernière mesure, le lien entre le diagnostic établi à partir de la mesure de la tension de l'enquêté-e et celui de la déclaration est assez limité : 72 % des personnes ayant été repérées comme ayant de l'hypertension artérielle ne l'ont pas déclaré dans l'enquête et près de la moitié des individus ayant déclaré de l'hypertension (47 %) n'ont pas été repérés comme tel via la mesure de leur pression artérielle au moment de l'enquête. L'hypertension est une maladie que l'on dit silencieuse parce qu'asymptomatique, ce qui a deux implications : d'une part, on ne peut deviner que l'on est hypertendu et seule une consultation médicale permet de le savoir et, d'autre part, en l'absence de symptômes et de connaissance de la maladie, elle n'a pas de raison d'influer sur l'état psychique de l'individu.

De manière générale, la comorbidité de la dépression avec les autres problèmes de santé est fortement conditionnée à la connaissance ou du moins à la perception de ces problèmes par les individus qui en sont atteints. Dans l'enquête, la déclaration par les répondants des maladies listées était conditionnée au recours aux soins et au diagnostic par un personnel de santé. Or ce recours aux soins reste faible en Afrique, même en milieu urbain. Dans ces cinq quartiers, seule la moitié des personnes de plus de 15

ans déclarant un épisode morbide dans le mois précédant l'enquête se sont rendues dans une structure de santé (Nikiema et al. 2011). En Afrique subsaharienne, même en ville, les soins sont essentiellement tournés vers les maladies transmissibles et fortement orientés vers la santé de la mère et de l'enfant (les soins sont d'ailleurs souvent subventionnés et les personnels médicaux sont bien formés à ces problèmes de santé). Pourtant, les adultes doivent faire face à des problèmes de santé différents : les maladies cardiovasculaires, le diabète, les cancers, les problèmes fonctionnels liés au vieillissement, etc. auxquels s'ajoutent les séquelles d'accidents fréquents en milieu urbain en particulier liés aux transports de la route. Or, non seulement la prévention est inexistante pour ces problèmes de santé, mais l'offre de soins des maladies chroniques est extrêmement rare, limitée, ou alors très couteuse puisque les individus n'ont pas d'assurance. Dans ces conditions, lorsqu'une personne apprend qu'elle a une maladie chronique et qu'elle voit son état de santé se dégrader, elle n'entrevoit plus, très souvent, une perspective de guérison. Cette situation affecte en toute logique considérablement l'état psychique de la personne.

Du point de vue des inégalités socioéconomiques, dans les pays pauvres, l'accès aux soins étant limité pour la grande majorité de la population, les inégalités d'accès sont en quelque sorte moindres que dans les pays plus riches, impliquant des inégalités socioéconomiques moins importantes au niveau de la santé (Das et al. 2007). Dans cette étude, le seul lien confirmé est celui observé entre l'extrême pauvreté du ménage au moment de l'enquête caractérisée par l'insécurité alimentaire et la dépression, ce qui confirme les travaux menés par ailleurs (Patel et al 2001 ; Patel et Kleinman 2003). Si l'on intègre dans la pauvreté d'autres dimensions que la dimension purement économique, telles que les violences (Patel et al. 2009), celles-ci sont aussi repérées comme fortement associées à la dépression. Concernant le niveau de vie, nous observons un résultat non linéaire : les plus dépressifs étant à la fois les personnes vivant dans les ménages les plus pauvres, ce qui corrobore l'interprétation mentionnée précédemment, et celles vivant dans les ménages les plus riches. Étant donné que le niveau de vie est ici appréhendé par les biens matériels du ménage, il ne traduit pas nécessairement la situation monétaire du ménage au moment de l'enquête mais sa capacité à épargner ou investir au cours des années passées. On peut alors émettre l'hypothèse que les plus riches de ces quartiers sont, du point de vue de leur trajectoire de vie, dans une situation de déclassement. Ils éprouveraient alors un sentiment d'insatisfaction qui est fortement corrélée avec la dépression (Headey et al. 1993). On peut aussi penser qu'ils ont des modes de vie plus modernes et individualistes plus propices au développement de la dépression que des modes de vie plus traditionnels (Ehrenberg, 2001). Toute interprétation nécessiterait d'interroger les facteurs sociologiques potentiellement en œuvre. Pour le dernier point toutefois, il faut rappeler que la population reste sélectionnée économiquement par le lieu de résidence et nous mesurons des inégalités au sein d'une population des quartiers périphériques de la ville, qui est donc globalement défavorisée. Cela peut d'ailleurs être une des raisons pour lesquelles on observe peu d'inégalités sociales dans cette étude. Une autre raison est que les liens attendus ne sont pas non plus toujours systématiques. Par exemple, si dans la plupart des populations, les femmes sont plus dépressives que les hommes, l'écart varie selon les contextes et les rôles sociaux qui leur incombent (Maier et al. 1999). En Afrique en particulier, le lien entre le sexe des individus et la dépression n'est pas systématique (Hollifield et al.1990, Patel et al. 2009). Le lien entre migration et santé mentale, s'il est souvent mis en avant (Bhugra et Mastrogianni 2004), n'est pas non plus toujours observé, notamment dans le cas de courants migratoires internes des ruraux vers les villes (Collignon et Gueye, 1989). Pour d'autres caractéristiques encore, la taille de l'échantillon limite la significativité des résultats. Ainsi, les veufs ou divorcés connaissent des événements de vie difficiles (séparation, deuil) pouvant favoriser la survenue d'une dépression (Umberson et al. 1991 ; Bloom et al.

1978), ils sont d'ailleurs en proportion plus dépressifs que les autres (6,1 %) dans cette enquête mais ils sont peu nombreux dans l'échantillon.

Conclusion

Si la littérature ne pointe pas de différence notable entre le milieu urbain et le milieu rural dans la prévalence des troubles mentaux en général (Marsella 1998), il semble en tout cas qu'il en existe une pour le cas de la dépression en particulier (Patel et Kleinman 2003). Faute de pouvoir comparer nos résultats avec les populations d'autres quartiers de la ville ou d'autres régions plus rurales, il est difficile de savoir si le contexte d'urbanisation et de pauvreté dans lequel vivent les habitants des quartiers périphériques de la ville de Ouagadougou a pu favoriser une prévalence de la dépression qui, sans pour autant être très élevée, est loin d'être négligeable. Cependant, les populations urbaines et pauvres, à l'instar de celles vivant dans les quartiers périphériques de Ouagadougou, font face à un triple fardeau sanitaire, subissant à la fois les maladies infectieuses, les maladies chroniques et les accidents (Rossier et al. 2011a). En l'absence d'une prise en charge adéquate de ces problèmes sanitaires devenus importants en milieu urbain, l'état de santé tel qu'il est connu par les individus, impacte probablement encore plus fortement leur santé mentale qu'ailleurs.

Qu'elle survienne seule ou en comorbidité, la dépression pèse lourdement sur la santé des populations (Ustun et al. 2004 ; Moussavi et al 2007) et pourtant elle n'est pas, peu ou mal prise en compte dans les programmes de santé publique des pays pauvres (Saxena et al. 2010 ; Lund 2010 ; OMS, 2011). L'intégration des soins de santé mentale dans les services de soins primaires est pourtant relativement peu coûteuse (Chisholm et al. 2004; 2007). En l'absence de moyens financiers, la mise en place de thérapies de groupe dans les communautés pauvres s'avère aussi efficace pour lutter contre la dépression (Patel et al. 2004). L'aspect préventif doit aussi être considéré tant au niveau sanitaire que social, compte tenu de toutes les conséquences socioéconomiques qui découlent des états dépressifs (Sartorius and Henderson 1992 ; Desjarlais et al. 1995 ; Patel et al. 2010). Plus généralement, une grande partie des maladies mentales pourraient ne pas s'aggraver grâce à une prévention efficace et à un bon accès aux soins. Les populations des pays pauvres font face à de nombreux autres problèmes de santé, considérés comme plus prioritaires, mais les efforts pour améliorer la santé des populations doivent intégrer de manière plus systématique la santé mentale qui est un élément négligé de la transition sanitaire, alors même que la santé ne peut se concevoir sans cette dimension (Prince et al 2007).

Remerciements

Ce travail a été réalisé grâce au financement de la fondation Wellcome Trust du projet « Inégalités de santé dans un contexte d'urbanisation croissante » (grant number WT081993MA) et au soutien de l'Institut national d'études démographiques à Paris. Les auteures souhaitent remercier Banza Baya, investigateur principal du projet et Bruno Lankoandé, statisticien, tous les deux à l'Institut Supérieur des Sciences de la Population de l'Université de Ouagadougou, et le professeur Arouna Ouédraogo, chef du service de psychiatrie de l'hôpital de Ouagadougou.

Références

- Abas M., Broadhead J. 1997. Depression and anxiety among women in an urban setting in Zimbabwe. *Psychological Medicine*. 27(1): 59-71.
- Agyei-Mensah S., de-Graft Aikins A. 2010. Epidemiological Transition and the Double Burden of Disease in Accra, Ghana. *Journal of Urban Health* 87(5): 879-897.
- 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.
- Araya R., Lewis G., Rojas G., Fritsch R. 2003. Education and income: which is more important for mental health? *J Epidemiol Community Health* 57:501-505.
- Awam M., Kebede D, Alem A. 1999. Major mental disorders in Butajira, southern Ethiopia. *Acta Psychiatr Scand*. 100(Suppl 397):56-64.
- Bhugra D, Mastrogianni A. 2004. Globalisation and mental disorders: overview with relation to depression. *British Journal of Psychiatry*, 184:10-20.
- Bloom, Bernard L.; Asher, Shirley J.; White, Stephen W. 1978. Marital disruption as a stressor: A review and analysis. *Psychological Bulletin*, Vol 85(4), Jul 1978, 867-894.
- Boltanski L. 1971. Les usages sociaux du corps. *Les Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*. 26(1) : 205-233.
- Boutayeb A. 2006. The double burden of communicable and non-communicable diseases in developing countries. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*. 100(3):191-199.
- Chisholm D, Sanderson K, Ayuso-Mateos JL, Saxena S. 2004. Reducing the global burden of depression: Population-level analysis of intervention cost-effectiveness in 14 world regions. *British Journal of Psychiatry*, 184: 393-403.
- Chisholm D, Lund C, Saxena S. 2007. Cost of scaling-up mental health care in low- and middle-income countries. *British Journal of Psychiatry*, 191: 528-535.
- Collignon R, Gueye M. 1989. Santé mentale et migration vers la ville. In Salem G., Jeannée E. (eds.) *Urbanisation et santé dans le Tiers Monde : Transition épidémiologique, changement social et soins de santé primaires*. Paris : ORSTOM, p. 297-303.
- Das J, Do QT, Friedman J, McKenzie D, Scott K. 2007. Mental health and poverty in developing countries: Revisiting the relationship. *Social Science & Medicine* 65 : 467-480.
- Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, et al. (2004) Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 291: 2581-2590.
- Désesquelles A., Salvatore M. A., Egidi V. 2009. Why do Italian people rate their health worse than French people? An exploration of cross-country differentials of subjective health, *Social Science and Medicine*, 68, p.1124-1128.
- Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A (1995). *World mental health: problems and priorities in low-income countries*. New York, Oxford University Press.
- Ehrenberg A. 2001. De la névrose à la dépression Remarques sur quelques changements de l'individualité contemporaine, *Figures de la psychanalyse*, 4, p. 25-41.
- 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.
- Grant BF, Harford TC. 1995. Comorbidity between DSM-IV alcohol use disorders and major depression: results of a national survey. *Drug and Alcohol Dependence*. 39(3): 197-206.
- Gureje O., Alem A. 2000. Mental health policy development in Africa. *Bulletin of the World Health Organization*, 78 (4): 475-482.
- 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.
- 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.
- Headley B, Kelley J, Wearing A. 1993. Dimensions of mental health: Life satisfaction, positive affect, anxiety and depression. *Social Indicators Research*. 29(1): 63-82.
- Hollifield M, Katon W, Spain D, Pule L. 1990. Anxiety and depression in a village in Lesotho, Africa: a comparison with the United States. *British Journal of Psychiatry*. 156:343-50.
- Idler E. 2003. Discussion: Gender Differences in Self-Rated Health, in Mortality, and in the Relationship Between the Two. *The Gerontologist* 43(3): 372-375.
- Idler E., Benyamini Y. 1997. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of health and social behaviour*: 38(1): 21-37.

- Kawachi I., Kennedy B.P., Glass R. 1999. Social capital and self-rated health: a contextual analysis. *American Journal of Public Health*, 89(8): 1187–1193.
- Kebede D, Alem A. 1999. Major mental disorders in Addis Ababa, Ethiopia. 11. Affective disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 100(Suppl 397):18-23.
- Kobusingye O., Guwatudde D., Lett R. 2001. Injury patterns in rural and urban Uganda *Injury Prevention*;7:46-50.
- Lamboy B., Léon C., Guilbert P. 2007. Troubles dépressifs et recours aux soins dans la population française à partir des données du Baromètre Santé 2005, *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 55, p. 222–227.
- Leroux I., Morin T. 2006. Facteurs de risque des épisodes dépressifs en population générale, *Études et Résultats*, n°545, 8 p.
- Lopez A. D., Mathers C. D., Ezzati M., Jamison D. T., Murray C. J. L. 2006 (eds). *Global Burden of Disease and Risk Factors*. New York: Oxford University Press.
- Lorant V., Deliège D., Eaton W. et al. 2003. Socioeconomic Inequalities in Depression: A Meta-Analysis. *Am J Epidemiol* 157:98–112.
- Lund, C. 2010. Mental health in Africa: Findings from the Mental Health and Poverty Project. *International Review of Psychiatry* 22(6): 547–549.
- Maier W., Gänsicke M., Gaterb R. et al. 1999. Gender differences in the prevalence of depression: a survey in primary care. *Journal of Affective Disorders*. 53(3), p. 241–252.
- Mock C. N., Abantanga F., Cummings P., and Koepsell T. D. 1999. Incidence and outcome of injury in Ghana: a community-based survey. *Bull World Health Organ*. 77(12): 955–964.
- Mogga S., Prince M., Alem A. et al. 2006. Outcome of major depression in Ethiopia: Population-based study. *British Journal of Psychiatry* 189:241-246.
- Moussavi S., Chatterji S., Verdes E. et al. 2007. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*; 370: 851–58.
- Nikiema A, Rossier C, Millogo R, Ridde V. 2011. Inégalités de l'accès aux soins en milieu urbain africain: le cas de la périphérie nord de Ouagadougou. 6th African Population Conference; 5–9 December 2011; Ouagadougou.
- OMS. 1993. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10ème révision (1992). Genève, Organisation Mondiale de la Santé.
- OMS. 2001. Rapport sur la santé dans le monde, 2001 – La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs. Genève, Organisation Mondiale de la Santé.
- OMS. 2008. *The Global Burden of Disease. 2004 Update*. Genève, Organisation Mondiale de la Santé.
- OMS. 2011. *Mental Health Atlas 2011*. Genève, Organisation Mondiale de la Santé.
- Ouédraogo A. 2005. Les aspects législatifs et réglementaires de la santé mentale au Burkina Faso. Animation régionale de l'AUF en Droit de la santé. Dakar, 29 mars-1er avril.
- 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.
- 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., Kleinman A. 2003. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 81:609-615.
- Patel V., Araya R., Bolton P. 2004. Editorial: Treating depression in the developing world. *Tropical Medicine and International Health*. 9(5): 539–541.
- Patel V, Simon G, et al. 2009. Packages of care for depression in low- and middle-income countries. *PLOS Med*;6(10):1-7.
- Patel V., Lund C., Hatherill S. et al. 2010. Mental disorders: equity and social determinants. In: Blas Erik and Sivasankara Kurup Anand. *Equity, social determinants and public health programmes*. Geneva: World Health Organization, p.115-134.
- Prince M., Patel V., Saxena S. et al. 2007. No health without mental health. *Lancet*; 370: 859–77.
- Radloff LS. 1977. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Measurement*; 1: 385-401.
- 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.
- Rossier C., Soura A., Lankoand B., Millogo R. 2011. Poverty and health at the periphery of Ouagadougou, IUSSP seminar *New Approaches to Urban Health and Mortality during the Health Transition*, Sevilla, Spain, December 14-17 2011 (IUSSP publication in process)
- Rossier C., A. Soura et al. 2011b. Données du R0, R1 et R2 : rapport descriptif. Observatoire de population de Ouagadougou. Ouagadougou: ISSP.

- Rossier C., A. Soura et al. 2012. Profile: The Ouagadougou Health and Demographic Surveillance System. *International Journal of Epidemiology* 41(3): 658-666.
- Sapinho D., Chan-Chee C., Briffault X., Guignard R., Beck F., 2008. Mesure de l'épisode dépressif majeur en population générale : apports et limites des outils, *BEH thématique « La santé mentale en France, surveillance et enjeux »*, 35-36, p.314-317.
- Sartorius N, Henderson AS. 1992. The neglect of prevention in psychiatry. *Aust N Z J Psychiatry*. 26(4):550-3.
- Saxena, S., Thornicroft, G., Knapp, M. and Whiteford, H. 2007. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *The Lancet* 370(9590): 878–889.
- 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.
- Simon G.E., Goldberg D.P., Von Korff M. & Üstün T.B. (2002). Understanding cross-national differences in depression prevalence. *Psychological Medicine* 32, 585-594.
- Skeen S., Lund C., Kleintjes S. Flisher, A. 2010. Meeting the Millennium Development Goals in Sub-Saharan Africa: What about mental health? *International Review of Psychiatry* 22(6): 624–631.
- Turner R. J. and Turner J. B., 1999. "Social integration and support", in C.S. Aneshensel J.C. Phelan (eds). *Handbook of the Sociology of Mental Health*, Kluwer Academic/Plenum Publishers, New-York, pp. 301-320.
- Umberson D., Wortman C.B, Kessler R.C. 1992. Widowhood and depression: explaining long-term gender differences in vulnerability, *Journal of Health and Social Behavior*, 33, 1:10-24.
- UNDP. 2011. Human Development Report 2011. Sustainability and Equity: A Better Future for All. United Nations Development Programme, New York.
- Ustun TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJ. 2004. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry*; 184: 386–92.
- 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.
- Wiesbeck GA, Kuhl H-C, Yaldizli Ö, Wurst F.M. 2008. Tobacco Smoking and Depression – Results from the WHO/ISBRA Study. *Neuropsychobiology* 57:26-31.
- Yaméogo D.M.P. 2004. Enjeux culturels et psychopathologiques de la pratique de la thérapie mixte au Burkina Faso. Thèse de Doctorat de psychologie. Université Lumière Lyon 2, Lyon.
- Young F, Critchley JA, Johnstone LK, Unwin NC. 2009. A review of co-morbidity between infectious and chronic disease in sub-Saharan Africa: TB and diabetes mellitis, HIV and metabolic syndrome, and the impact of globalization. *Globalization and Health* 5: 9.
- Zempleni A. 1975. De la persécution à la culpabilité. In Piault C. ed, *Prophétisme et thérapeutique*, Paris: Hermann, p. 153-218.
- Ziraba A. K, Fotso J.C., Ochako R. 2009. Overweight and obesity in urban Africa: A problem of the rich or the poor? *BMC Public Health*, 9:465.

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

	Effectifs pondérés	% (95% IC)	Test du Chi ²
Ensemble de la population	2187,0	4,3 (3,5-5,2)	
Homme	982,3	3,7 (2,5-4,9)	0,183
Femme	1204,7	4,9 (3,6-6,1)	
15-19 ans	423,9	1,6 (0,4-2,8)	0,007
20-29 ans	880,2	4,0 (2,7-5,3)	
30-39 ans	518,9	6,3 (4,2-8,4)	
40-49 ans	266,0	5,8 (3,0-8,7)	
50 ans et plus	97,8	4,5 (0,4-8,5)	
Mossi	1990,5	4,0 (3,1-4,9)	0,016
Non Mossi	196,5	7,7 (4-11,4)	
Célibataire	800,5	3,4 (2,2-4,7)	0,248
Marié-e	1309,5	4,8 (3,6-5,9)	
Veuf-ve ou divorcé-e	77,0	6,1 (0,7-11,4)	
Né-e à Ouagadougou	660,4	5,1 (3,4-6,7)	0,688
Né-e en milieu urbain	126,5	5,1 (1,3-9)	
Né-e en milieu rural	990,2	4,5 (3,2-5,8)	
Né-e dans un autre pays	294,1	3,3 (1,3-5,4)	
Arrivé à Ouaga avant 15 ans	914,9	3,8 (2,6-5)	0,346
Arrivé à Ouaga après 15 ans	502,8	5,2 (3,3-7,2)	
Scolarisé-e ou étudiant-e	347,7	1,9 (0,5-3,3)	0,038
A été à l'école	792,2	4,4 (3-5,9)	
N'a pas été à l'école	895,6	5,2 (3,7-6,6)	
Niveau de vie – 1er tercile	410,3	7,2 (4,7-9,7)	0,001
Niveau de vie – 2e tercile	445,5	1,9 (0,6-3,2)	
Niveau de vie – 3e tercile	573,1	4,1 (2,4-5,7)	
Vit dans un quartier loti	1128,9	3,7 (2,6-4,8)	0,136
Vit dans un quartier non loti	1058,1	5,0 (3,7-6,3)	
Le ménage n'a eu aucune ou peu de difficultés alimentaires le dernier mois*	1892,5	3,5 (2,6-4,3)	<,0001
Le ménage a rencontré de fréquentes difficultés alimentaires le dernier mois	284,2	10,2 (6,7-13,7)	
Pas de décès dans le ménage l'année passée	2112,0	4,3 (3,5-5,2)	0,842
Un décès dans le ménage l'année passée	75,0	3,9 (-0,5-8,2)	

	Effectifs pondérés	% (95% IC)	Test du Chi ²
Ne déclare aucune violence	2156,1	4,2 (3,3-5)	0,001
Déclare avoir subi une violence physique dans les 12 derniers mois	30,9	16,1 (3,1-29)	
Pas de maladie chronique déclarée	1751,8	2,9 (2,1-3,7)	<,0001
Déclare au moins une maladie chronique	435,2	10,0 (7,2-12,8)	
Déclare une maladie de l'appareil circulatoire	251,5	19,3 (14,4-24,2)	<,0001
Déclare une maladie respiratoire chronique	103,2	27,4 (18,8-36)	<,0001
Déclare un ulcère de l'estomac	163,0	14,5 (9,1-19,9)	<,0001
Déclare une autre maladie	93,4	9,1 (3,3-14,9)	0,021
Ne déclare aucun accident	1990,0	4,0 (3,2-4,9)	0,041
Déclare un accident dans les 12 derniers mois ayant conduit à un soin	197,0	7,2 (3,6-10,8)	
Ne déclare aucune limitation fonctionnelle	1807,5	2,3 (1,6-3)	<,0001
Ne déclare que des limitations légères	244,6	8,6 (5,1-12,1)	
Déclare au moins une limitation sévère	134,9	23,4 (16,2-30,5)	
Déclare une limitation sensorielle de l'ouïe ou de la vue	258,3	16,5 (12-21)	<,0001
Déclare une limitation de motricité (pour marcher, se laver, s'habiller)	182,6	19,5 (13,8-25,2)	<,0001
Déclare une limitation de communication	86,1	27,2 (17,8-36,6)	<,0001
Se déclare en bonne ou moyenne sante perçue	2090,6	3,7 (2,9-4,5)	<,0001
Se déclare en mauvaise santé	96,4	17,8 (10,2-25,4)	
Pas d'hypertension	2001,6	4,4 (3,5-5,3)	0,774
Hypertension	185,4	3,9 (1,1-6,7)	
Maigre (IMC<18.5)	236,0	6,3 (3,2-9,4)	0,067
Poids normal (18.5<=IMC<=25)	1478,8	4,4 (3,3-5,4)	
En surpoids ou obèse (25<IMC)	464,9	2,7 (1,2-4,1)	
N'a pas connu la faim dans l'enfance	1662,3	3,7 (2,8-4,6)	0,008
A connu la faim dans l'enfance	524,7	6,4 (4,3-8,5)	
Boit de l'alcool plus d'une fois par semaine	168,2	9,1 (4,7-13,4)	0,006
Boit de l'alcool une fois par semaine ou moins	481,8	3,5 (1,8-5,1)	
Ne boit pas d'alcool	1535,4	4,1 (3,1-5,1)	
Fumeur régulier	191,7	8,1 (4,2-11,9)	0,008
Fumeur occasionnel ou non fumeur	1993,7	4,0 (3,1-4,8)	

*Un seul individu a répondu pour l'ensemble du ménage, cette déclaration ne provient donc pas nécessairement de la même source que les autres questions qui ont été posées à tous les adultes du ménage.

Source : enquête santé, OPO, 2010.