



Institut Scientifique de la Santé Publique
Service d'Epidémiologie
Centre de Recherche Opérationnelle en
Santé Publique



Ministère
de la Communauté
française

La Dépression

**Etat des connaissances et données disponibles pour
le développement d'une politique de santé en
Belgique**

Kristina Bayingana - Jean Tafforeau



La Dépression

**Etat des connaissances et données disponibles pour le
développement d'une politique de santé en Belgique**

Kristina Bayingana, Jean Tafforeau

Kristina Bayingana – Jean Tafforeau

La Dépression : Etat des connaissances en Belgique et données disponibles pour le développement d'une politique de santé en Belgique.

Service d'Epidémiologie, 2002; Bruxelles (Belgique)
Institut Scientifique de la Santé Publique, IPH/EPI Reports Nr.2002 - 011
N° de dépôt : D/2002/2505/19

LA DEPRESSION

Etat des connaissances et données disponibles pour le développement d'une politique de santé en Belgique.

Dernière mise à jour : 13/03/2002

Revue interne : Prof. Herman Van Oyen
Mme Lydia Gisle

Revue par les commanditaires : Dr. J Binon, Dr. J de Roubaix, Dr. Y Pirenne

Revue externe: Prof. Koen Demyttenaere UZ Gasthuisberg, Leuven
Dr Hugo D'Haenen, AZ VUB, Service de psychiatrie
Dr André Dufour, Société Scientifique de Médecine Générale
Prof. Cornelis van Heeringen, UZ Gent, Département de
Psychiatrie
Prof. Isidore Pelc, CHU Brugmann- Service Psychiatrie
Mme Murielle Vanderveken, Ligue belge de la Dépression

Institut Scientifique de la Santé Publique
Service d'Epidémiologie
14, Rue Juliette Wytsman
1050 Bruxelles
Belgique
tél. 32 2 642 57 54
fax. 32 2 642 54 10
email: kristina.bayingana@iph.fgov.be
<http://www.iph.fgov.be/epidemiolo/>

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	1
1. Définitions, classifications et diagnostic	6
1.1 Les classifications.....	6
1.2 Définition	6
a. Critères du DSM-IV.....	6
b. Critères de la CIM-10	7
1.3 Correspondance du DSM-IV avec la CIM-10.....	8
1.4 Instruments de mesure de la dépression.....	9
2. Mécanismes physiopathologiques	13
3. Facteurs de risque	14
3.1 Facteurs endogènes.....	14
a. Facteurs génétiques et biologiques	14
b. Facteurs psychologiques	14
c. L'âge et la dépression	14
d. La différence entre les sexes	18
3.2 Facteurs exogènes : facteurs sociaux et environnementaux.....	19
a. L'emploi, le statut professionnel	19
b. Les ressources, le niveau d'instruction	20
c. Le stress.....	20
d. Relations sociales et statut marital.....	21
e. Culture.....	21
f. La saisonnalité	22
4. Evolution	23
5. Comorbidités	24
5.1 Affections médicales générales associées.....	24
5.2 Maladie coronarienne et dépression	24
5.3 Cancers et dépression.....	25
5.4 Consommation de substances.....	25
a. Alcool.....	25
b. Tabac.....	26
5.5 La coexistence des troubles anxieux.....	26
6. Conséquences	28
6.1 Tentatives de suicide, suicides	28
6.2 Influence sur la survie.....	30
6.3 Répercussions familiales, sociales et professionnelles	31
a. Répercussions familiales.....	31
b. Répercussions professionnelles	31
c. Répercussions sur la qualité de vie.....	32

7.	Données épidémiologiques.....	33
7.1	Limites méthodologiques.....	33
7.2	Données en Belgique.....	34
a.	Prévalence de la dépression en Belgique.....	34
b.	Incidence de la dépression en Belgique.....	47
c.	Données générales sur les conséquences de la dépression : suicides et tentatives de suicide.....	49
7.3	Synthèse des données en Belgique.....	53
7.4	Données internationales.....	55
a.	Prévalence de la dépression.....	55
b.	Incidence de la dépression.....	58
7.5	La charge de morbidité.....	59
7.6	Etudes en cours.....	60
a.	Enquête santé par Interview de 2001.....	60
b.	European Study on Epidemiology of Mental Health, 2000.....	60
8.	Traitement de la dépression.....	61
8.1	Les traitements disponibles.....	61
a.	Les traitements médicamenteux.....	61
b.	La psychothérapie.....	63
c.	L'électroconvulsiothérapie (ECT).....	64
d.	La luminothérapie.....	64
9.	Considérations économiques.....	65
9.1	Economie de la santé dans le domaine de la dépression.....	65
9.2	Estimation des coûts.....	65
a.	Données aux Etats Unis.....	65
b.	Incapacité au travail.....	66
9.3	Données en Belgique.....	67
a.	Coûts médicaux directs.....	67
b.	Coûts indirects.....	69
10.	Prévention de la dépression.....	71
10.1	Prévention primaire.....	71
10.2	Prévention secondaire.....	72
a.	La prise en charge, les constats.....	72
b.	Les mesures de prévention secondaire.....	73
10.3	Exemple d'actions de prévention.....	75
a.	Campagnes d'information et de formation sur la dépression.....	76
b.	Campagne de dépistage de la dépression.....	77
10.4	Actions menées en Belgique.....	77
11.	Conclusion et recommandations.....	82
12.	Bibliographie.....	83

TABLEAUX

Tableau 1-1 : Présentation de quelques instruments diagnostics de la dépression utilisés dans la population adulte.....	11
Tableau 1-2 : Présentation de quelques échelles de la dépression utilisées dans la population adulte.....	12
Tableau 5-1 : Prévalence de la comorbidité des épisodes dépressifs majeurs, Etude NCS, Etats Unis, 1990-92.....	27
Tableau 7-1: Fréquence (%) des dépressions persistantes par sexe et par âge, Panel Study of Belgian Households, Belgique, 1998.	35
Tableau 7-2: Prévalence ponctuelle (en %) de la symptomatologie dépressive par sexe, âge et nationalité (seuil de dépressivité fixé à 21), Etude de la santé mentale des jeunes, Bruxelles-Capitale, Belgique, 1994.....	36
Tableau 7-3: Indicateurs de santé mentale suivant la Région d'habitation, standardisés pour l'âge et le sexe, Enquête Santé par Interview, Belgique, 1997.	38
Tableau 7-4: Prévalence de la dépression (%) au cours des 12 derniers mois (n=527), standardisée pour l'âge et le sexe selon le niveau d'instruction et le revenu, Enquête de santé , Belgique, 1997.....	40
Tableau 7-5: Fréquences (%) des dépressions persistantes suivant le niveau d'instruction, le statut marital et le statut professionnel, Panel Study of Belgian Households, Belgique, 1990.....	41
Tableau 7-6 Prévalence de la dépressivité (%) selon le sexe et la région dans un échantillon de travailleur (n=1143). Enquête Dépressivité et monde du travail, Ligue Belge de la dépression, Belgique, 1998.	42
Tableau 7-7: Pourcentage de symptômes dépressifs chez des patientes en gynécologie, Belgique, 1995.....	43
Tableau 7-8: Proportion de patients dépressifs consultants pour leur dépression et proportion de prescriptions médicales pour le traitement de la dépression, DEPRES, 1997.....	44
Tableau 7-9: Prescription d'un traitement médicamenteux par pays et selon la gravité de la dépression, Etude DEPRES, 1995.	45
Tableau 7-10: Nombre de diagnostics de dépression, réseau INTEGO, Belgique, 1994- 1998.	48
Tableau 7-11: Taux de mortalité par suicides, standardisés pour l'âge, par région et par sexe, Belgique, 1995. (population de référence : population belge de 1995). Source : ISP (SPMA).....	50
Tableau 7-12: Synthèse des études réalisées et publiées fournissant des données sur la prévalence de la dépression en Belgique	54
Tableau 7-13 : Prévalence sur six mois (%) des troubles et symptômes dépressifs, Etude DEPRES, Europe, 1994-1995.	56

Tableau 7-14: Prévalence (%) selon le sexe, au cours de la vie, pendant une période de 12 mois et une période de un mois, de la dépression et de tous les troubles psychiatriques diagnostiqués (n=7079)*, Etude NEMESIS, Pays Bas, 1996-1997-1999.....	58
Tableau 7-15: Taux de DALY par 1000 personnes* pour les troubles mentaux dans les pays à Economies de Marché Etablies (EME) (1990) et dans l'Etat de Victoria, Australie (1996).	59
Tableau 9-1: Montant brut (en milliers d'EURO) des délivrances d'antidépresseurs dans la pratique ambulatoire et remboursées (segment DU 90%), Pharmanet, 1998.	68
Tableau 9-2: Nombre de jours d'absence au travail pour cause de maladie durant les six derniers mois en Belgique, DEPRES, 1997	70
Tableau 9-3 Nombre moyen de jours par an en incapacité temporaire selon le statut dépressif des personnes interrogées. Enquête Santé par Interview, 1997, Belgique. ...	70
Tableau 10-1 Quelques facteurs déterminants la reconnaissance de la dépression en médecine générale.....	73

FIGURES

Figure 4-1 : Evolutions de la dépression	23
Figure 5-1 : Nombre de personnes ayant une dépression et une comorbidité au cours de la vie. Etude de Baruffol, Thilmany, Belgique, 1993.....	27
Figure 7-1 : Prévalence de la dépression (%) en Belgique au cours des 6 mois précédant l'enquête, par sexe, Etude DEPRES, Belgique 1994-1995.....	37
Figure 7-2 : Prévalence de la dépression (%) par âge et par sexe. Enquête santé par Interview, Belgique, 1997.	38
Figure 7-3 : Prévalence des troubles psychiatriques fréquents par sexe, Enquête psychiatrique du Luxembourg, Belgique, 1998.....	39
Figure 7-4 Proportion de personnes déclarant une dépression au cours des 12 derniers mois et ayant consulté ou non (n=528). Enquête Santé par Interview, Belgique, 1997.....	44
Figure 7-5 Prévalence de suivi et de traitement des personnes déclarant une dépression au cours des 12 derniers (n=528), Enquête Santé par Interview, Belgique, 1997.....	46
Figure 7-6 : Incidence de la dépression (par 1000 patients-années) par sexe, réseau INTEGO, Belgique, 1994-98.....	48
Figure 7-7 : Incidence de la dépression en comparaison aux autres diagnostics selon le mois de l'année, réseau INTEGO, Belgique, 1994-1998.	49
Figure 7-8: Incidence de la dépression (%) durant la période 1992-1994 selon l'âge. PSBH, Belgique.....	49
Figure 7-9 : Taux de suicide (pour 100 000) par sexe et par groupe d'âge, Belgique, 1995. Source ISP (SPMA).....	50
Figure 7-10 : Taux standardisés de mortalité du au suicide par 100 000 habitants (standardisation directe, année de référence 1999), Gezondheidsindatoren Région flamande, 1999.	51
Figure 7-11 : Prévalence (%) de la dépression par type et par sexe, Etude DEPRES, Europe, 1994-1995.....	57
Figure 9-1 : Prescription des différents types d'antidépresseurs (en % du montant brut des prescriptions totales) selon les prescripteurs, Belgique, Pharmanet, 1998.....	68
Figure 10-1 : Actions à entreprendre pour prévenir et mieux prendre en charge la dépression	81

ANNEXES: TABLE DES MATIÈRES

Annexe 1 : Intervenants dans le domaine de la dépression.....	92
Annexe 2 : Description du DSM-IV.....	98
Annexe 3 : Conséquences de la dépression	103
Annexe 4 : Liste des antidépresseurs disponibles en Belgique en 2001	105
Annexe 5 : Dépression F32#. Conseils pratiques pour la prise en charge de la dépression	106

Résumé

La dépression est une maladie mentale caractérisée par un trouble de l'humeur.

Un certain nombre de critères définissent la dépression, comme par exemple : l'humeur triste, une perte d'intérêt, un sentiment de découragement, des troubles du sommeil et de concentration, des perturbations de poids, un ralentissement psychomoteur ou une agitation, une fatigue chronique, des pensées récurrentes à la mort...

Il existe différents types de dépression dépendant de la durée de la maladie, de la sévérité et de la récurrence des épisodes. Dans la plupart des cas, on parle de l'épisode dépressif majeur.

Il a été démontré que ces troubles de l'humeur sont directement liés à une altération du mécanisme des neurotransmetteurs tels que la noradrénaline, la sérotonine et la dopamine.

La dépression a des répercussions non seulement sur la santé en général et la survie mais aussi sur la vie familiale, les relations sociales et le travail.

La qualité de vie des personnes dépressives et de leur entourage est affectée. Selon l'OMS, 1/5 de toutes les causes de handicap sont dues à des maladies psychiatriques et en premier lieu à la dépression et à l'anxiété.

Facteurs de risque

On pourrait considérer les facteurs de risque en deux parties : les facteurs endogènes (biologiques, psychologique, sexe, âge,) et les facteurs exogènes (statut professionnel, niveau d'instruction, stress, statut marital et relations sociales, saisonnalité, culture...).

Bien que le **processus multifactoriel** ne soit pas encore totalement élucidé, plusieurs travaux mettent en cause l'interaction entre ces différents facteurs.

Il existe certains facteurs de risque majeurs :

- **Le sexe** : la dépression affecte en moyenne deux fois plus les femmes que les hommes. Les **facteurs hormonaux** ainsi que les **caractéristiques psychologiques** pourraient expliquer en partie cette prédominance chez les femmes. Cette différence entre sexes s'observe aussi en ce qui concerne la persistance des symptômes de la dépression.
- **Les facteurs sociaux et environnementaux** : le **chômage** peut provoquer la survenue de symptômes dépressifs à cause des **difficultés financières** qui en découlent, de l'isolement et d'une perte de la reconnaissance personnelle. Un **niveau d'instruction** bas est aussi associé à une augmentation des symptômes dépressifs. Le **stress** engendré par les événements de la vie, des conditions de vie et de travail difficiles sont responsables de dysfonctionnement psychologiques qui augmentent le risque de survenue de la dépression. Le **statut marital** influence significativement le taux de dépression majeure : d'une manière générale, les personnes en situation de divorce, de séparation ou de veuvage connaissent plus de

dépressions que les personnes vivant en couple et les célibataires. **Le support et l'interaction sociale, l'emploi, la stabilité dans les relations familiales et de couple** sont par contre des facteurs protecteurs par rapport à la dépression.

- Certaines **maladies**, comme le cancer, le diabète, les démences, l'hypothyroïdie, les problèmes de santé touchant à l'autonomie fonctionnelle sont dépressogènes. C'est la **douleur physique** (notamment due au cancer) qui jouerait un rôle causal dans la survenue de la dépression.

La dépression elle-même serait un facteur de risque pour certaines maladies physiques, comme l'infarctus du myocarde.

Il existe aussi une comorbidité entre la dépression et certaines pathologies physiques et/ou troubles psychiatriques (cancer, maladies cardiovasculaires, anxiété, alcoolisme, toxicomanie).

L'association à une autre maladie dans ce cas-ci influence le pronostic de la dépression en augmentant la mortalité chez les personnes ayant une dépression par rapport à la population générale.

Prévalence et incidence

En Belgique quelques données sont disponibles sur l'état de la santé mentale de la population et plus particulièrement sur la dépression. Ces données provenant essentiellement d'enquêtes épidémiologiques, permettent d'estimer l'importance du problème de la dépression.

Il est cependant nécessaire d'interpréter ces données avec précaution, car il existe des variations liées à l'instrument de mesure utilisé et aux seuils définissant la symptomatologie dépressive.

La prévalence annuelle de la dépression selon les études belges varie de 6 à 16%. Ces chiffres concordent avec les résultats d'études internationales. Ils confirment aussi que la dépression est aussi fréquente en Belgique que dans les autres pays occidentaux.

L'enquête santé de 1997 présente la situation de la dépression auto-déclarée en Belgique. Il existe des différences entre les Régions : la Wallonie et Bruxelles présentent des taux de 7,5% et de 8,4% tandis que la Flandre a une prévalence moins élevée de la dépression de 5,1%.

Les études sur la prévalence de la dépression au cours de la vie, effectuées en Wallonie, indiquent une prévalence variant de 22 à 25% dans la population adulte (de 27 à 33% chez les femmes et environ 17% chez les hommes). Ces résultats sont relativement élevés en comparaison avec les données internationales. En effet, selon le DSM-IV, le risque de présenter un trouble dépressif au cours de la vie varie en population générale de 10 à 25% chez les femmes et de 5 à 12% chez les hommes.

Le taux de prévalence de la dépression au niveau européen était de 17% (DEPRES 1995). Le taux correspondant en Belgique, mesuré par cette même enquête était de 12%.

Le peu de données que nous disposons pour estimer l'incidence de la dépression en population générale sont celles du Panel Study Belgian Households (1992-1994). Dans cette étude, l'incidence de la dépression est maximale pour les âges de 30 à 50 ans : elle varie de 5 à 6% pour la période considérée.

Aux Etats Unis, l'incidence de la dépression a été estimée à près de 2% par an chez les femmes et 1% chez les hommes dans les années 1980.

Mortalité

D'une manière générale, la survie est réduite significativement chez les personnes atteintes de dépression : le risque de mortalité est de 2 à 4 fois plus important en présence d'une dépression tout en ajustant sur les autres facteurs de risque.

Le suicide est de toute évidence la complication la plus grave de la dépression. Bien que le suicide soit considéré comme un acte multidéterminé, une grande majorité des décès par suicide est due à des troubles de l'humeur et spécifiquement aux dépressions. On estime que 45 à 70% des sujets qui se suicident seraient déprimés au moment de leur acte et que dans 15% des cas les patients dépressifs décèdent d'un suicide.

La Belgique se situe parmi les pays européens ayant les plus hauts taux de décès par suicide. En 1995, le taux de mortalité par suicide standardisé pour l'âge était de 31/100 000 chez les hommes et 12/100 000 chez les femmes. On remarque que la majorité des suicides concernent les hommes, bien que les femmes présentent des taux de prévalence de la dépression plus élevés. Le nombre de tentatives de suicide est néanmoins beaucoup plus élevé chez les femmes que chez les hommes : les 2/3 des tentatives de suicide sont commises par les femmes. La dépression se manifeste différemment chez les deux sexes, et il semblerait qu'elle se traduit d'une manière plus grave chez les hommes. La dépression chez les hommes mais aussi chez les femmes devrait être considérée avec beaucoup d'attention en raison des conséquences fatales qu'elle peut engendrer.

Considérations économiques

La dépression constituerait la maladie la plus coûteuse après les maladies cardiovasculaires.

Cette pathologie représente un coût important en grande partie à cause des coûts indirects occasionnés, tels que la perte de productivité, l'absentéisme, les décès prématurés dus aux suicides... Cependant il est extrêmement ardu d'avoir une idée précise des coûts indirects dans le cas de la dépression, notamment en raison des difficultés méthodologiques de calcul.

Les coûts liés à l'incapacité au travail constituent la part la plus importante des coûts de la dépression. L'absentéisme au travail est près de 5 fois plus important chez une personne dépressive que chez une personne indemne de symptômes dépressifs. Le nombre de jours d'absence pour cause de maladie serait même plus important pour une dépression que pour d'autres maladies chroniques tel que les maladies cardiaques, les affections lombaires, l'hypertension ou le diabète.

Concernant les coûts directs en Belgique, les données de l'INAMI ne fournissent pas d'informations spécifiques sur la dépression car les diagnostics ne sont pas différenciés.

Une estimation en 1988 du coût annuel de la dépression en Belgique fait état de 1,03 milliards d'Euro : 14% de coûts directs et 86% de coûts indirects.

Les coûts directs concernant les traitements ne sont pas négligeables non plus : l'INAMI a dépensé 67 millions d'Euro en 1995 pour l'ensemble des antidépresseurs. Ce montant s'est chiffré à 124 millions d'Euro en 1998. Il reste à déterminer si cet accroissement est lié à une augmentation de cas consultant en raison de leur dépression ou d'une modification des habitudes de prescription.

Au sujet des consultations, les personnes ayant une dépression consultent en Belgique près de 7 fois plus souvent un médecin généraliste que les personnes n'ayant pas une dépression et cela surtout lorsque la dépression s'aggrave.

Prise en charge

Il existe plusieurs traitements de la dépression dont les plus utilisés sont les traitements médicamenteux (notamment les antidépresseurs) et la psychothérapie.

Les antidépresseurs les plus souvent prescrits sont les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (SSRI). Beaucoup plus récents, et bien qu'ayant une efficacité comparable, ils présentent moins d'effets secondaires que les antidépresseurs tricycliques.

La dépression n'est pas toujours prise en charge : d'une part le recours au soins des malades dépressifs n'est pas toujours spontané pour des raisons socioéconomiques et culturelles, mais aussi à cause de facteurs intrinsèques à la maladie (repli sur soi, sentiment de dévalorisation...). D'autre part, bien que la dépression soit une maladie fréquemment rencontrée dans la pratique ambulatoire, la prise en charge n'est pas toujours réalisée de manière adéquate (non diagnostiquée car masquée sous des symptômes physiques, traitement des symptômes physiques). De plus les médecins généralistes n'ont pas toujours eu une formation adéquate sur les problèmes psychiatriques les plus fréquents.

Prévention- Stratégies

La prévention de la dépression est nécessaire, vu l'importance des impacts sanitaires et socio-économiques de cette maladie.

Les problèmes fréquemment rencontrés sont la méconnaissance de la dépression et la stigmatisation de la santé mentale. Les interventions de prévention primaire consistent à fournir une meilleure information sur la dépression, faire des activités de sensibilisation sur la santé mentale en général.

La prévention secondaire concerne le dépistage et le traitement de la dépression mais aussi la prévention du suicide. Il est nécessaire de mettre en place en Belgique des programmes visant à favoriser une meilleure reconnaissance de la dépression par le patient et son médecin et à optimiser les traitements antidépresseurs.

En 2001, Année de la Santé Mentale, de nombreux projets et activités de prévention de la santé mentale ont été développés en Belgique. En ce qui concerne plus précisément la dépression, il existe quelques actions menées à un niveau local mais il n'est pas toujours évident de distinguer clairement tous les travaux dirigés par les multiples intervenants en santé mentale. La coordination entre ces intervenants doit

donc être renforcée afin d'obtenir plus de cohérence dans la prise en charge de la dépression et plus de continuité dans les projets de prévention.

Il est nécessaire aussi d'avoir une attitude de promotion de la santé mentale et de la qualité de vie s'inscrivant dans une continuité d'action. Ces actions se traduiraient par des actions d'information, d'éducation à la santé, de gestion du stress et devraient être envisagées à différents niveaux de la population.

1. Définitions, classifications et diagnostic

1.1	Les classifications
1.2	Définition
1.3	Correspondance du DSM-IV avec la CIM-10
1.4	Instruments de mesure de la dépression

1.1 Les classifications

La dépression est l'un des troubles psychiatriques les plus fréquents. Cependant cette pathologie reste encore bien méconnue en partie parce qu'il s'agit d'une maladie difficile à définir en pratique.

En effet, la signification de « dépression » n'est pas la même pour tout le monde. La représentation psychiatrique de la dépression est définie à partir de symptômes reconnus, mais qui ne concordent pas toujours avec la représentation populaire. Aussi, les classifications utilisées pour le diagnostic de la dépression varient selon les professionnels de santé.

La plupart des professionnels de la santé utilisent le modèle médical pour définir la dépression. Dans ce modèle, le diagnostic est posé sur base de certains symptômes indépendamment des causes qui ont amené l'état dépressif.

Les critères généralement utilisés et qui font actuellement autorité en matière de diagnostic psychiatrique, sont définis par l'*American Psychiatric Association* dans le DSM-IV (Diagnostic Statistical Manual of Mental Health, 4^{ème} édition, 1994) (1) (annexe 2). Actuellement, une nouvelle version du DSM-IV est apparue (DSM-IVTR). Ces versions évoluent assez vite dans le temps. Dans la plupart des études épidémiologiques, les classifications du DSM (DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV) sont le plus souvent utilisées.

L'autre système de classification couramment utilisé est la Classification Internationale des Maladies relative aux troubles mentaux et du comportement, 10^{ème} révision, développée par l'OMS et publiée en 1992 (2).

1.2 Définition

a. Critères du DSM-IV.

Selon le DSM-IV, la dépression fait partie des troubles thymiques (ou de l'humeur). Cette classification décrit, d'une part les **épisodes thymiques** et d'autre part les **troubles de l'humeur**. Les épisodes ne sont pas diagnostiqués comme des entités autonomes, mais ce sont les éléments qui sont utilisés pour établir les diagnostics des troubles. On distingue dans le DSM-IV plusieurs troubles dépressifs :

- Le trouble dépressif majeur (épisode isolé et récurrent) ;
- Le trouble dysthymique ;
- Le trouble dépressif non spécifié.

Le trouble dépressif majeur (annexe 2) consiste en un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs. La différence entre un trouble dépressif majeur isolé et un trouble dépressif majeur récurrent est fondée sur le nombre d'épisodes dépressifs majeurs observés chez une même personne.

Le trouble dépressif majeur récurrent peut être à caractère saisonnier.

Le concept de dépression majeure permet de différencier les troubles dépressifs ayant des spécificités symptomatiques plus sévères que les autres.

Le trouble dysthymique (annexe 2) se caractérise essentiellement par une humeur dépressive chronique qui survient plus d'un jour sur deux pendant au moins deux ans. Les symptômes y sont moins sévères que ceux du trouble dépressif majeur. La distinction entre trouble dysthymique et trouble dépressif majeur est fondée sur la sévérité et la persistance. Cependant il est difficile de différencier ces deux troubles car les symptômes observés sont similaires et les différences qu'ils présentent dans leur déclenchement, leur durée et leur sévérité ne sont pas faciles à évaluer rétrospectivement.

En général le trouble dysthymique existe depuis si longtemps au moment du diagnostic que les patients eux-mêmes en parlent comme faisant partie de leur fonctionnement habituel, d'où la confusion entre trait (de personnalité) et état dépressif.

La notion de trouble dépressif non spécifié a été introduite afin de pouvoir coder les troubles ayant des caractères dépressifs mais ne remplissant pas les critères d'un trouble dépressif majeur, d'un trouble dysthymique ou d'un trouble de l'adaptation (par exemple, le trouble dysphorique prémenstruel, le trouble dépressif mineur...).

Le terme de **trouble dépressif mineur** qui est souvent diagnostiqué dans les études portant sur la dépression est utilisé pour décrire les syndromes qui se situent au-dessous du seuil de sévérité retenu pour la dépression majeure. La définition de la dépression mineure n'est pas reprise dans une catégorie distincte dans le DSM-IV. Les critères de la dépression légère sont décrits dans les épisodes dépressifs de sévérité légère de la Classification Internationale des Maladies, 10^{ème} révision.

b. Critères de la CIM-10

Dans la Classification Internationale des Maladies (CIM-10), les troubles de l'humeur regroupent l'épisode maniaque, le trouble bipolaire, l'épisode dépressif, le trouble dépressif récurrent, les troubles de l'humeur persistents, les troubles de l'humeur non spécifiés.

Nous n'allons pas aborder les épisodes maniaques et le trouble bipolaire bien que ce soient des troubles fréquents également, mais nous intéresser plus particulièrement aux épisodes et troubles dépressifs ne présentant pas d'épisode maniaque.

Les épisodes dépressifs sont repris sous les rubriques suivantes :

F32 : Episodes dépressifs

F32.0 Episode dépressif léger

F32.1 Episode dépressif modéré

F32.2 Episode dépressif sévère sans symptômes psychotiques

F32.3 Episode dépressif sévère avec symptômes psychotiques

F32.8 Autres épisodes dépressifs

F32.9 Episodes dépressifs non spécifiés

F33 : Trouble dépressif récurrent

- F33.0 Trouble dépressif récurrent, épisode léger
- F33.1 Trouble dépressif récurrent, épisode modéré
- F33.2 Trouble dépressif récurrent, épisode sévère sans symptômes psychotiques
- F33.3 Trouble dépressif récurrent, épisode sévère avec symptômes psychotiques
- F33.4 Trouble dépressif récurrent, en rémission
- F33.8 Autres troubles dépressifs récurrents
- F33.9 Troubles dépressifs récurrents non spécifiés

F34 : Troubles de l'humeur persistants

- F34.0 Cyclothymie
- F34.1 Dysthymie
- F34.8 Autre troubles de l'humeur persistants
- F34.9 Troubles de l'humeur persistants, non spécifiés

F38 : Autres troubles de l'humeur

F39 : Troubles de l'humeur non spécifiés

Les critères de l'épisode dépressif et de la dysthymie selon la CIM-10 sont présentés en annexe (annexe 2).

1.3 Correspondance du DSM-IV avec la CIM-10

Les experts qui ont préparé la CIM-10 et le DSM-IV ont travaillé en collaboration permettant ainsi d'augmenter la concordance entre les deux systèmes. Les codes et les termes utilisés dans le DSM-IV sont compatibles avec ceux de la CIM-10.

Afin d'augmenter la spécificité du diagnostic, d'aider au choix du traitement ou d'améliorer les prévisions pronostiques, un certain nombre de spécifications sont proposées dans le DSM-IV. Pour les troubles dépressifs majeurs, les spécifications suivantes sont utilisées :

L'épisode dépressif majeur peut être :

- Léger ;
- Moyen ;
- Sévère sans caractéristiques psychotiques ;
- Sévère avec caractéristiques psychotiques ;
- En rémission partielle ;
- En rémission complète ;
- Chronique ;
- Avec caractère saisonnier : la dépression saisonnière aurait un rapport avec la quantité de lumière que reçoit une personne. Les symptômes rencontrés sont le manque d'énergie, la fatigue, augmentation de l'appétit lorsque les jours deviennent plus courts et sans soleil ;
- Avec caractéristiques catatoniques : troubles psychomoteurs majeurs, stupeur, agitation...
- Avec caractéristiques mélancoliques : autrefois appelés « d'origine endogène » avec la nécessité du recours à un traitement médicamenteux ;
- Avec caractéristiques atypiques ;

- Avec début lors du post-partum : survient généralement chez la femme plusieurs semaines voire plusieurs mois après l'accouchement.

En ce qui concerne la dépression, les critères diagnostics de la CIM-10 sont composés de dix symptômes. Les seuils de sévérité de l'épisode sont déterminés par la présence d'un certain nombre de symptômes. La différence avec le DSM-IV est que la CIM-10 propose une série de critères indépendants pour chaque degré de sévérité (léger, moyen, sévère) d'un épisode dépressif majeur.

Une autre différence entre le DSM-IV et la CIM-10 concerne les symptômes nécessaires à observer pour parler de dépression : avec le DSM-IV il est nécessaire d'observer une « humeur dépressive » et une « perte d'intérêt et de plaisir ». Avec la CIM-10, en plus des deux symptômes précédents, un symptôme supplémentaire est pris en compte : « réduction d'énergie et augmentation de la fatigabilité ».

On constate que généralement la personne dépressive en consultation parle plus facilement de la fatigue ressentie que des autres symptômes d'ordre psychique. Il pourrait donc y avoir un risque de non-reconnaissance de la dépression si la fatigue ne fait pas partie des symptômes recherchés lors du diagnostic. Ceci pencherait en faveur de la CIM-10. Néanmoins il est nécessaire de souligner le fait que même si l'augmentation de la fatigabilité est fréquemment mise en avant par les patients dépressifs, il s'agit également d'un des symptômes des moins spécifiques de la dépression.

En résumé, on pourrait dire que les classifications utilisées sont essentiellement la classification DSM ainsi que la CIM-10. Leur objectif est essentiellement le diagnostic de la dépression en clinique. Ces deux systèmes sont très proches par les différents critères nécessaires pour poser le diagnostic de la dépression. Dans les études épidémiologiques, bien qu'elles existent, les différences dans les résultats basées sur le choix du système de classification (DSM-IV ou CIM-10) ne sont pas très importantes, ce sont plutôt les instruments de mesures qui feront la différence. Il est donc nécessaire de s'intéresser davantage à cet aspect.

1.4 Instruments de mesure de la dépression

Une grande variété d'instruments de mesure ont été développés. Elles se basent sur les classifications déterminant les critères des problèmes de santé mentale et de dépression plus précisément.

On distingue deux types d'instruments de mesure :

- Le premier prend en compte une seule ou plusieurs dimensions de la psychopathologie étudiée (dimension cognitive, comportementale, etc.) et est souvent appelée **échelle psychiatrique**. Il existe deux types d'échelles : l'une basée sur la sévérité des symptômes et l'autre sur leur évolution*.

Les échelles psychiatriques se présentent généralement sous la forme d'un questionnaire composé de questions courtes (auto-administrées ou non). Pour la dépression, ces échelles se réfèrent aux symptômes observés. On attribue aux réponses des valeurs numériques, qui additionnées permettent de calculer un score. Chaque échelle a une étendue de valeur pour le score,

* Communication personnelle : Prof. K. Demyttenaere

ainsi que des valeurs seuil permettant de faire la distinction entre les cas ayant un problème psychiatrique et les autres (ou selon la gravité).

- Le second type d'instruments de mesure porte sur une ou plusieurs catégories diagnostiques (dépression, anxiété, troubles psychotiques, schizophrénie...) et se réfère à une **interview diagnostique** ou à un **examen clinique**. Ce type d'instrument est plus adapté au domaine psychiatrique. La plupart de ces instruments se rapportent à une période longue (en général, la vie entière) et de ce fait permettent de prendre en compte la récurrence des troubles dans le temps ainsi que leur durée. Les interviews diagnostiques étaient à l'origine prévues pour être utilisées en tant que guide d'entretien face à face. En général ils sont destinés à être utilisés par un enquêteur ayant une formation médicale pouvant appliquer un jugement clinique durant l'interview et décider du diagnostic.

Ces outils possèdent des sensibilités et des spécificités variables. La performance des outils diagnostiques sera appréciée différemment par un clinicien et par un épidémiologiste.

Dans certains cas, la distinction entre les deux catégories d'instruments n'est pas si évidente ; il existe notamment des instruments mélangeant les items des échelles psychiatriques et des interviews diagnostiques.

Le choix de ces instruments pour évaluer la dépression est relatif au design de l'étude ainsi qu'à la disponibilité des ressources. Les interviews diagnostiques sont les instruments de référence, mais dans la plupart des cas sont coûteux en temps et demande des enquêteurs ayant des compétences cliniques. Les échelles psychiatriques utilisées fréquemment dans les études présentent l'avantage d'être facile à administrer et peu coûteuses. Cependant elles ne donnent qu'une image transversale des problèmes psychiatriques et par conséquent une image partielle. Les études épidémiologiques ne permettent pas toujours une approche par interview en face à face (sensibilité des interviewés à certaines questions). On utilise donc souvent un questionnaire auto-administré.

Les tableaux ci-dessous présentent quelques instruments de mesure fréquemment utilisés dans les études épidémiologiques et en clinique.

Tableau 1-1 : Présentation de quelques instruments diagnostics de la dépression utilisés dans la population adulte

Instrument de mesure	Type d'instrument	Critères diagnostics	Objectifs	Mode de passation	Application pratique	Limites	Points forts
DIS *	Instrument diagnostic	DSM-III DSM-IV	- Diagnostic des troubles psychiatriques - Estimer les taux de troubles psychiatriques au cours de la vie	Enquêteurs ayant suivi une formation de 2 semaines ou cliniciens	Etudes épidémiologiques, multi-centriques, dans la population générale	- Pas de tests de validité et de fiabilité réalisés pour la section dépression - Coûteux	Prend en compte la vie entière de l'interviewé
CIDI †	Instrument diagnostic	DSM-III DSM-IV CIM-10	- Poser des diagnostics psychiatriques - Estimer les taux de troubles psychiatriques au cours de la vie	Enquêteurs non cliniciens, suivant une formation de 2 semaines	Grandes études épidémiologiques, multi-centriques dans la population générale	- Coûteux	- Idem que DIS - Applicable dans différents types de cultures
CIDI-SFMD abrégé pour la dépression majeure	Instrument diagnostic	DSM-IV	Diagnostiquer la dépression majeure	Enquêteurs non cliniciens	- Etudes épidémiologiques dans la population générale	- Ne détecte que des symptômes	Version courte et spécifique à la dépression
MINI ‡	Instrument diagnostic	CIM-10 DSM-IV	Établir le diagnostic de divers troubles mentaux	Normalement par un médecin, mais si juste sur la dépression, peut être auto-administré	- Etudes épidémiologiques en population générale - Recherche clinique		Rapide à administrer
SCID ?	Instrument diagnostic	DSM-III-R	- Evaluation de l'état psychiatrique actuel et au cours de la vie - Poser des diagnostics psychiatriques	Clinicien, professionnel de santé mentale	Patients psychiatriques	Long à administrer (1-2h ou plus parfois)	Référence pour poser les diagnostics

* Diagnostic Interview Schedule, 1981 (3)

† Composite International Diagnostic Interview, 1988 (4)

‡ Mini International Neuropsychiatric Interview (5)

? Structured Clinical Interview for DSM-III-R, 1992 (6)

Tableau 1-2 : Présentation de quelques échelles de la dépression utilisées dans la population adulte

Instrument de mesure	Type d'instrument	Objectif	Mode de passation	Applications	Limites	Intérêts
BDI *	Échelle dépressive	- Evaluer la dépression - Mesure du niveau de cognition dépressive	Auto-administration	- Épidémiologie - Médecine générale - Psychopharmacologie	Pas très précis pour l'intensité de la dépression	- Échelle subjective la plus utilisée pour la dépression ; - Facile à administrer
CES-D †	Échelle dépressive	- Identifier la présence de la symptomatologie dépressive au moment de l'enquête - Evaluer la sévérité	- Enquêteurs non cliniciens - Auto-administration - Entretiens téléphoniques	- Études épidémiologiques en population générale - Patients	- N'évalue pas les troubles anciens - Ne permet pas d'évaluation clinique	- Aisé à remplir - Évalue un indice de souffrance générale
GHQ ‡	Échelle psychiatrique	- Dépister les troubles psychiatriques au cours des semaines passées, sévérité du trouble, - Estimer une prévalence - Calculer un indicateur de morbidité	Auto-administration	-Etudes dans la population générale -Dans les structures de soins non psychiatriques	- Minimisation éventuelle par le sujet - Pas d'idée sur la durée des symptômes - Définition de cas est large - N'individualise pas les diagnostics	- Largement utilisé - Facile - Permet de faire des comparaisons
HDRS ?	Échelle dépressive	Mesurer les changements d'intensité de la symptomatologie dépressive	Échelle remplie après un entretien avec un médecin	- Essais cliniques d'antidépresseurs - Enregistrer la sémiologie dépressive avant un traitement	- Problème pour déterminer la valeur seuil - Pas adaptée à toutes les formes de dépression	Procédure d'enregistrement simple

* Beck Depression Inventory, 1961 (7)

† Center for Epidemiologic Studies of Depression Scale, 1977 (8)

‡ General Health Questionnaire, 1972 (9)

? Hamilton Depression Rating Scale, 1960 (10)

2. Mécanismes physiopathologiques

Bien que l'origine exacte de la dépression ne soit pas clairement étayée, l'implication de causes biologiques a été démontrée par diverses études.

Il a été démontré par exemple que les individus avec une dépression majeure ont un dérèglement de certains neurotransmetteurs au niveau cérébral.

Les neurotransmetteurs impliqués dans la physiopathologie des épisodes dépressifs majeurs sont principalement la sérotonine, la noradrénaline et la dopamine. Deux constats permettent de mettre en évidence leur implication :

- D'une part on a constaté que les produits agissant sur les systèmes de la sérotonine et de la dopamine avaient un effet antidépresseur.
- D'autre part, l'arrêt de l'administration de produits sérotoninergique et dopaminergique entraîne une dépressivité chez les personnes concernées.

Plusieurs syndromes psychiatriques sont à un degré croissant associés à une déficience ou un déséquilibre de la sérotonine : troubles affectifs, schizophrénie, alcoolisme, troubles de personnalité et conditions de l'hyper-agressivité.

Dans les états de dépression sévère et les états suicidaires, le système de sérotonine fonctionne de façon insuffisante.

Des études récentes montrent également qu'une réduction de l'activité dopaminergique chez les patients dépressifs est associée à un comportement suicidaire.

La recherche en neurobiologie a pu mettre en évidence qu'un dérèglement de l'axe hypothalamo-hypophyso-corticosurrénalien (HPA) pourrait être associé directement à la pathologie dépressive (11).

3. Facteurs de risque

3.1	Facteurs endogènes
3.2	Facteurs exogènes

La dépression résulterait de l'interaction d'un ensemble de facteurs sociaux et environnementaux, psychologiques, biologiques...
On considère ici des facteurs endogènes et exogènes.

3.1 Facteurs endogènes

a. Facteurs génétiques et biologiques

Lorsqu'on étudie le caractère héréditaire et familial de la dépression, il semblerait que chez les parents biologiques du premier degré de sujets dépressifs, le trouble dépressif majeur est 1,5 à 3 fois plus fréquent que dans la population générale, tenant en compte les autres facteurs (1). Cependant l'environnement dans lequel évolue l'enfant peut aussi influencer la dépressivité.

En ce qui concerne les autres causes biologiques, plusieurs travaux ont mis en évidence un dérèglement du fonctionnement des systèmes de sérotonine et de dopamine (voir mécanismes physiopathologiques).

b. Facteurs psychologiques

Les aspects biologiques, cognitifs, émotifs et comportementaux du fonctionnement humain sont en constante interaction. Lorsqu'un aspect de ce fonctionnement est perturbé, ceci a un impact sur les autres.

Dans une dépression, la personne malade a tendance à voir la réalité de façon plus négative. En retour, cette interprétation négative amplifie les émotions dépressives, et l'ensemble de ces changements influence les comportements (passivité par exemple).

Par ailleurs les tout premiers épisodes de dépression se développent souvent en réaction à un stressor : les événements de la vie, la maladie (facteurs sociaux et environnementaux). Les événements stressants de l'existence, comme le divorce, le décès d'un être cher, la perte d'un emploi sont des facteurs étiologiques de dysfonctionnements psychologiques (12). Ce n'est pas le cas pour les dépressions ultérieures dans lesquels un stressor n'a plus la même influence pour le déclenchement de la dépression.

Cependant selon la façon de percevoir les choses, les individus ne présentent pas tous la même vulnérabilité face à ces stressors. Certaines personnes disposent de ressources (psychologiques, sociales, environnementales, matérielles) qui les aident à faire face et surmonter plus facilement les aléas de leur existence.

c. L'âge et la dépression

D'après de DSM-IV, le trouble dépressif majeur peut débuter à tout âge, l'âge moyen de début se situant autour de 35 ans.

La dépression a été classiquement considérée comme une maladie des personnes d'âge moyen et des personnes âgées. Il semblerait que ce ne soit plus aussi évident actuellement. Une revue de la littérature sur les tendances séculaires de la dépression (13) a mis en évidence une augmentation des taux de dépression majeure dans les cohortes de personnes nées après la Seconde Guerre Mondiale, une diminution de l'âge de survenue et une augmentation des taux de dépression pour tous les âges durant la période de 1960 à 1975. Cependant il est difficile de se prononcer sur une augmentation potentielle de cas de dépression au cours de cette période et actuellement, car certains facteurs confondants entrent en jeu :

- C'est à cette époque que la psychiatrie a connu de grand progrès. L'augmentation du nombre total de cas de dépression pourrait être due au fait que l'on soit en mesure de poser des diagnostics plus affinés. La dépression est plus souvent diagnostiquée qu'auparavant.
- Les personnes plus jeunes ont plus de facilité à verbaliser leur mal-être, à parler de la dépression, ce qui pourrait donner l'impression que la dépression se développe à des âges de plus en plus jeunes. De ce fait on prend de plus en plus conscience de la dépression dans les classes d'âge plus jeunes.

Plusieurs théories sont avancées pour expliquer l'évolution de la dépression selon l'âge (14) :

- L'évolution de la dépression selon l'âge serait due aux différents facteurs qui interviennent au cours de la vie (changement de statut marital, de statut professionnel, du niveau économique...) et qui font qu'à certains moments la vulnérabilité à la dépression est plus importante.

D'autres hypothèses sont également avancées comme :

- Les effets de la maturité qui augmente avec l'âge et qui expliquent la diminution parallèle de la survenue de la dépression (par les expériences de la vie acquises, en relativisant les faits de la vie...);
- Le déclin physiologique dans les âges avancés qui engendre plusieurs problèmes de santé physique et provoque alors des dépressions secondaires. La dépression est alors fortement corrélée aux limitations dans les activités quotidiennes et aux incapacités ;
- Les tendances historiques, la situation d'un pays du point de vue politico-économique, les faits de société engendrent un effet de cohorte dans la survenue des dépressions : d'une génération à une autre, les troubles dépressifs sont plus présents.

On pourrait dire que l'évolution de la dépression connaît des variations temporelles qui peuvent être détaillées en effet d'âge, de cohorte et de période (15).

Il n'y a pas encore de modèle conséquent expliquant les différences dans le risque de survenue de la dépression en fonction de l'âge. Les différences peuvent être expliquées par l'effet des autres facteurs variant avec l'âge.

L'évolution de la prévalence de la dépression selon l'âge est différente chez les hommes et les femmes (détaillé dans la partie « données épidémiologiques »).

La dépression chez les personnes âgées

La dépression est un trouble mental commun chez les personnes âgées de plus de 65 ans. Selon certains auteurs (16) l'augmentation des symptômes dépressifs chez les plus âgés peut être expliquée par l'interaction entre plusieurs facteurs : physiques (la diminution des capacités cognitives, qui a une influence sur la possibilité des personnes âgées à gérer certaines situations de la vie courante) et sociaux (l'appui social dont ces personnes bénéficient).

Les personnes âgées constituent une population vulnérable, confrontée davantage que les autres à des événements à l'origine des dépressions :

- Les problèmes de santé touchant la mobilité et l'autonomie fonctionnelle ;
- Les pathologies comme les démences, l'hypothyroïdie ou par la prise de certains médicaments ;
- Les changements dans l'environnement social (veuvage, solitude, peu d'appui social...) ;
- La dégradation de la situation socio-économique.

Les symptômes de la dépression se présentent de manière différente chez les jeunes adultes et à des âges plus avancés. Les symptômes de la dépression que l'on rencontre le plus fréquemment chez les personnes âgées sont surtout d'ordre physique (17) et la plupart du temps la dépression est plus difficile à diagnostiquer.

Les personnes âgées peuvent ignorer qu'elles souffrent de dépression et parlent plus de leurs symptômes physiques. C'est ce que l'on appelle couramment la "dépression masquée".

Les facteurs de risque associés à la dépression chez les personnes âgées sont la prise d'alcool, de médicaments, l'abus de substance, les antécédents psychiatriques familiaux, les accidents vasculaires cérébraux, la maladie d'Alzheimer, le cancer et les maladies cardiaques (18).

Le sexe féminin est également un facteur associé à la dépression chez les personnes âgées. Il faut cependant le considérer avec attention car même si les femmes ont des taux d'incidence de dépression en moyenne deux fois plus importants que les hommes, leur durée de vie avec la dépression est aussi plus élevée. Ceci pourrait peut être expliquer l'augmentation des taux de prévalence de dépression que l'on observe dans les classes d'âges plus élevées : elle pourrait être due à la survie plus importante des femmes et à leur taux d'incidence de dépression plus important également.

D'une manière générale les résultats des études sur l'épidémiologie de la dépression chez les personnes âgées sont assez variés. Mais en termes de tendance, on observe que le taux de prévalence de la dépression dans cette population est plus important dans les enquêtes où une comorbidité de maladies physiques est fréquente (19). Les dépressions majeures sont en moyenne moins fréquentes que les dépressions mineures. Les taux de prévalence de la dépression chez les personnes âgées sont plus importants chez les femmes et chez les personnes vivant dans des conditions socio-économiques précaires (20).

La dépression chez les jeunes

L'expression de la dépression chez l'adolescent diffère elle aussi de celle de l'adulte et de ce fait reste souvent ignorée, bien que ceci ait tendance à changer.

Des troubles du comportement, des conduites toxicomaniaques ou délictueuses, différentes formes de passage à l'acte et d'agressivité, notamment chez les garçons peuvent être considérés comme des équivalents dépressifs (21).

A l'adolescence, les modes d'expression de la souffrance psychique vont être différents chez les garçons et chez les filles : chez les garçons, les conduites violentes, des prises de risque, la consommation d'alcool et de drogues sont plus fréquentes alors que chez les filles, ce sont plutôt les symptômes dépressifs, les troubles du sommeil, les troubles des conduites alimentaires et diverses douleurs.

De plus, dans le cas des adolescents il n'est pas toujours facile de distinguer les signaux banals d'une déprime en réaction aux événements de la vie et les symptômes dépressifs graves (22).

En ce qui concerne la perception de la dépression, un sondage récent de la Ligue Belge de la Dépression auprès de 283 jeunes lors d'un salon étudiant a mis en évidence l'attitude positive de ces jeunes (15-30 ans) par rapport au problème de la dépression : on note beaucoup d'intérêt pour le thème de la dépression et la dépression n'est pas stigmatisée de la même manière que par les personnes des classes d'âges plus élevées. Ces constats ont été comparés à un sondage réalisé de la même manière quatre ans avant et on remarque une évolution de la perception des jeunes et des connaissances des jeunes sur la dépression* .

En résumé, il existe plusieurs hypothèses pour expliquer les différentes évolutions dans la survenue de la dépression en fonction de l'âge. Au cours de la vie, divers facteurs externes (l'environnement, le support social, le statut économique et marital...) sont susceptibles de favoriser ou de protéger de la survenue d'une dépression. Néanmoins il y aurait également des facteurs internes (déclin physiologique, facteurs psychologiques...) qui influenceraient le risque de survenue de dépression.

Les études épidémiologiques réalisées ont des résultats parfois contradictoires : elles ne prennent pas toujours en compte une population étendue pour l'âge mais plutôt des populations d'adultes (18-65 ans), d'adolescents (13-18 ans) ou de personnes âgées (plus de 65 ans). Il est clair que dans ces cas là, les variations observées dans la survenue de la dépression en fonction de l'âge sont alors différentes et certaines restent inaperçues.

De plus, le sexe ainsi que la durée de vie avec la dépression semblent jouer des rôles particuliers dans la prévalence de la dépression chez les personnes âgées.

* Communication personnelle, Muriel Vanderveken.

d. La différence entre les sexes

La différence entre les sexes pour la dépression a été bien étudiée. Plusieurs études de prévalence ont montré que les taux de dépression étaient plus importants chez les femmes que chez les hommes. Les explications données à ce sujet incluent des hypothèses biologiques, comportementales et sociologiques (23). Il est cependant nécessaire de souligner que cette différence entre les sexes s'observe uniquement pour les dépressions unipolaires mais pas dans les dépressions bipolaires (24).

La dépression affecte en moyenne deux fois plus les femmes que les hommes. Plusieurs facteurs spécifiques à la vie des femmes semblent jouer un rôle dans le développement d'une dépression : facteurs hormonaux, d'autres facteurs biologiques et caractéristiques psychologiques. Pour l'instant les causes spécifiques de la dépression chez les femmes restent incertaines.

Il est admis que les hormones ont un effet sur le contrôle des émotions et de l'humeur. Les événements reproductifs chez la femme incluent le cycle menstruel, la grossesse, la période post-partum, l'infertilité, la ménopause et parfois la décision de ne pas avoir d'enfants. Ces événements entraînent des fluctuations de l'humeur qui chez certaines femmes peuvent provoquer des dépressions (25). La dépression du post-partum est le plus fréquemment évoquée. Il faut dire que l'incidence de la dépression du post-partum se situe entre 10 et 15% (26). La dépression du post-partum apparaît dans les six mois après l'accouchement. Elle est de nature atypique ou masquée par des symptômes physiques, mais peut être traitée par antidépresseurs.

La différence entre sexes s'observe également en ce qui concerne la persistance des symptômes de la dépression. Les femmes expérimentent plus la chronicité de la dépression que les hommes. Cette différence peut être partiellement expliquée par la différence entre les sexes pour l'emploi, l'éducation et le statut marital.

Le risque relatif d'avoir une dépression persistante chez les femmes par rapport aux hommes est de 2,2. Après correction sur la sévérité de la dépression et les caractéristiques socio-démographiques, ce risque est réduit à 1,37 (27).

Des recherches indiquent que les rôles tenus par l'homme et par la femme varient d'une culture à une autre et ceci constitue un déterminant significatif de l'importance (ordre de grandeur) du risque relatif pour la dépression selon le sexe (28).

Les femmes sont plus influencées par les conditions relatives à la famille alors que les hommes sont plus sensibles aux circonstances relatives à l'emploi (29).

Néanmoins les études multicentriques réalisées dans différents pays montrent que le risque de dépression est toujours plus élevé chez les femmes que chez les hommes quel que soit le milieu culturel et que cette différence est persistante dans le temps (15).

En ce qui concerne les caractéristiques de la dépression chez les hommes, certains patients montrent les symptômes classiques de dépression, tandis que d'autres ont tendance à les cacher. Dans la culture occidentale, la douleur émotionnelle est quelque chose que les hommes sont supposés surmonter. La dépression se révèle souvent par d'autres symptômes comme l'abus d'alcool, de drogues et le comportement anti social. Le taux élevé de suicide chez les patients hommes

démontre la capacité de certains hommes à exprimer tragiquement l'aggravation de leur dépression (30). La dépression chez les hommes est semble-t-il plus « néfaste » à leur survie que chez les femmes. Ceci est surtout lié aux méthodes utilisées qui sont fatales (pendaison, arme à feu...) ; la méthode utilisée chez les femmes étant majoritairement l'empoisonnement.

On pourrait s'interroger alors sur les critères diagnostics généralement utilisés se basant sur certains symptômes, ne seraient-ils pas adaptés plutôt à la dépression généralement observée chez les femmes ? Ceci pourrait aussi expliquer en partie les taux élevés de dépression que l'on observe chez elles.

On pourrait supposer également que les taux importants de suicide chez les hommes dissimulent des taux de dépressions plus élevés. Ceci pourrait s'expliquer d'une part en raison de la difficulté de parler de leurs problèmes psychiques et de mal-être, d'autre part, en raison d'un diagnostic souvent faussé par la manifestation d'autres troubles cachant réellement les symptômes dépressifs (alcoolisme, toxicomanie, violence ou d'autres symptômes physiques).

Les femmes semblent évoquer plus facilement leurs symptômes que les hommes. Les patients présentant des symptômes particuliers comme le désespoir, la perte pondérale et les troubles cognitifs, se montrent également plus disposés à parler de leurs problèmes. En revanche les patients toxicomanes ou alcooliques sont moins ouverts à cet égard (31).

De part ces remarques, on peut dire que la dépression chez les hommes doit être particulièrement considérée dans les programmes de prévention et de prise en charge.

3.2 Facteurs exogènes : facteurs sociaux et environnementaux

Plusieurs études soulignent le rôle des facteurs socio-économiques dans la survenue et le développement des dépressions (32) (33).

Bien que les taux de dépression soit différents selon les caractéristiques socio-économiques, une association significative n'est pas toujours mise en évidence entre la dépression et le statut socio-économique.

La relation entre dépression et facteur socio-économique s'expliquerait par un ensemble de situations : stress lié à la position sociale désavantagée (chômage) ou manque de ressources (21).

Les facteurs sociaux et environnementaux doivent être détaillés pour clarifier leur rôle dans la survenue et le développement des dépressions.

a. L'emploi, le statut professionnel

L'emploi a plusieurs fonctions ; d'une part il fournit à l'individu les moyens financiers nécessaires à son autosuffisance, d'autre part, il lui permet d'acquérir une identité sociale reconnue.

L'emploi fournit également l'opportunité d'une interaction entre travailleurs. L'acquisition d'un emploi est importante pour le développement de la personne et permet l'intégration sociale. Ceci est d'autant vrai lors du passage de l'adolescence vers l'âge adulte, période pendant laquelle une intégration et une reconnaissance

sociale sont nécessaire. La fin de l'adolescence est définie par des critères sociaux comme l'intégration dans la vie professionnelle et la stabilité affective.

Lorsque les opportunités en terme d'emploi sont limitées, la progression normale du développement de l'individu est perturbée, augmentant ainsi le risque de développer des symptômes dépressifs durant cette période (34).

Le chômage dans la population des adolescents et jeunes adultes est également un facteur de risque des symptômes dépressifs : le chômage peut provoquer la survenue de symptômes dépressifs à cause des difficultés financières engendrées, l'impression d'isolement par les pairs, une perte de la reconnaissance personnelle ou en ayant du mal à accepter l'activité professionnelle de l'entourage. L'interaction sociale serait alors un facteur protecteur contre la dépression.

Les conséquences du chômage sont différentes chez les jeunes et chez les adultes. Le chômage des jeunes entrant dans la vie active interrompt le développement d'une intégration sociale, alors que le chômage des travailleurs adultes peut résulter en l'isolement mais n'interfère pas avec les contacts et les capacités sociales déjà atteintes (34).

L'association entre le statut professionnel et la dépression a été étudiée dans les recherches sociologiques et épidémiologiques : selon certains auteurs l'emploi profiterait émotionnellement aux hommes et aux femmes, bien que ceci ne soit pas aussi conséquent chez les femmes (32).

b. Les ressources, le niveau d'instruction

Les difficultés financières font partie des facteurs prédisposant à la dépression : une étude de suivi sur 10 ans chez 326 adultes aux Etats Unis a montré qu'une perte de ressources était significativement associée à une augmentation de symptômes dépressifs, tandis qu'un gain de ressources au cours de la même période était associé à une diminution de symptômes dépressifs (35).

Dans l'Enquête de Santé par Interview de 1997, on trouve également une relation entre le fait de déclarer souffrir de dépression et le niveau d'instruction et de revenu bas. En ce qui concerne le niveau d'instruction, plus le niveau d'instruction est bas, plus la prévalence de la dépression est importante (voir données épidémiologiques).

c. Le stress

Les événements de la vie (expériences de stress) peuvent être définis comme des expériences cognitives et émotionnelles qui perturbent le cours de la vie et demandent à la personne un réajustement de ses habitudes/ comportements et de ses représentations. Ces processus sont considérés comme stressants et peuvent être responsables d'un début de dysfonctionnement psychologique.

Un travail de la Ligue belge de la dépression* passe en revue un certain nombre d'études qui ont montré que les événements de la vie sont clairement associés à la survenue de la dépression, des symptômes dépressifs et au suicide.

Le fait d'avoir vécu une expérience stressante dans les 6 à 12 derniers mois, augmente fortement le risque de survenue d'une dépression aiguë. Le risque de

*Ligue Belge de la Dépression, Dépressivité et monde du travail, 1997.

dépression est environ 6 fois plus élevé chez une personne subissant une situation stressante que chez une personne ne connaissant pas une telle situation. Le risque de faire une dépression augmente avec l'intensité du stress vécu.

d. Relations sociales et statut marital

Dans plusieurs études, le support social est un facteur protecteur par rapport aux symptômes dépressifs. Par exemple, on note que les symptômes dépressifs sont moins présents chez les personnes de plus de 65 ans qui ont un large réseau social leur fournissant contact et support émotionnel et lorsqu'elles ont une bonne perception de ce support (16) (36).

Dans l'étude *Epidemiological Catchment Area (ECA)* (37) réalisée en population générale aux Etats Unis (n=18572), le statut marital influence significativement le taux de dépression majeure. Ces résultats sont confirmés par d'autres études au niveau national et international (voir données épidémiologiques).

D'une manière générale, les personnes dans une situation de divorce, de séparation ou de veuvage connaissent plus de dépressions que les personnes vivant en couple et les célibataires.

La nature et la direction de l'association entre la dépression et le statut marital sont problématiques (38). En effet, les épisodes de dépression sont en général suivis par des difficultés dans les relations conjugales, qui peuvent persister pendant plusieurs années après l'épisode, et se terminer par une séparation/un divorce. Mais aussi, le stress engendré par la séparation/le divorce peuvent également prédisposer à la survenue d'une dépression.

e. Culture

On ne peut pas dire qu'un environnement culturel présente plus de risque de survenue de dépression qu'un autre. Il s'agirait plutôt, d'une part de l'expression de la symptomatologie dépressive qui serait différente selon la culture, d'autre part de la technique utilisée pour détecter une dépression qui est souvent adaptée à un type de population.

Par contre un changement d'environnement culturel peut influencer la survenue de symptômes dépressifs : dans une revue de la littérature récente (39), on a constaté qu'il existait une augmentation du risque de dépression suite à des changements sociaux. Certaines populations migrantes présentent fréquemment des problèmes de dépression : la perte au niveau individuel d'une manière de vivre traditionnelle (structure familiale, support social fort), des caractéristiques culturelles, de la langue au profit de la culture occidentale pourrait représenter un facteur de risque pour la maladie dépressive chez ces populations.

Selon les spécificités culturelles, les symptômes dépressifs s'expriment différemment :

Une étude réalisée à Taiwan (40) met en évidence des taux de dépression majeure beaucoup plus faibles que ceux des pays occidentaux. Une autre étude suggère que la dépression prend une forme différente, plus somatique et moins psychologique, dans la culture chinoise (41).

Un projet de recherche réalisé en Chine a montré que les psychiatres chinois diagnostiquaient la neurasthénie chez un tiers de leurs patients. Lorsque ces patients étaient interviewés avec l'instrument SADS (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia), 87% présentaient les critères du trouble de dépression majeure selon le DSM-III (42).

Ceci démontre qu'il existe une différence culturelle dans la valeur et la manière d'interpréter les symptômes, qui influence l'expression des troubles psychiatriques.

Les différences culturelles varient néanmoins dans le temps : Il semblerait que l'influence occidentale sur la société chinoise et sur la manière de poser le diagnostic de dépression ait modifié l'expression de la symptomatologie dépressive (43).

f. La saisonnalité

On parle de dépression saisonnière (*seasonal affective disorder*) pour les dépressions ayant un aspect saisonnier : elles sont plus fréquentes en automne et en hiver.

L'étiologie de ce type de dépression serait à caractère biologique. Les personnes qui ont un épisode dépressif de type saisonnier pourraient produire une hormone en excès, la mélatonine, qui est reliée au cycle du sommeil et à l'horloge biologique.

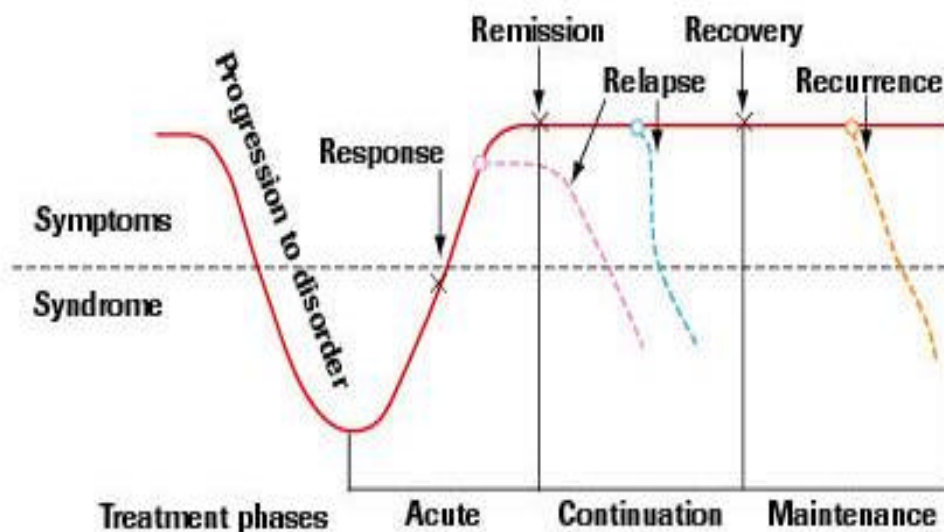
La saisonnalité a également une influence sur la sévérité des épisodes dépressifs non saisonnier. Une étude réalisée en Belgique a ainsi comparé les scores de dépressivité et d'anxiété, obtenus sur l'échelle *Zung Self-rating Depression* (ZD) et *Anxiety* (ZA), chez 104 patients dépressifs, au cours des quatre saisons. Quatre groupes de personnes dépressives comparables pour l'âge, le sexe et le type de dépression ont été constitués et les scores de dépressivité ont été calculés. Les scores de dépressivité obtenus en avril et en mai sont significativement plus élevés que ceux d'août et de septembre (44).

4. Evolution

La durée d'un épisode dépressif majeur est variable. Selon le DSM-IV **un épisode non traité dure habituellement six mois ou plus**, sans relation avec l'âge du début. Dans la majorité des cas on observe une diminution de la symptomatologie dépressive et dans un peu moins de la moitié des cas, on observe une rémission. Dans la réalité on n'observe pas vraiment les « épisodes » mais plutôt une fluctuation de l'humeur dans le temps. Il arrive alors que certains symptômes dépressifs qui ne répondent pas aux critères « d'épisode dépressif majeur » persistent pendant des mois voire des années et soient associés à un certain degré d'incapacité ou de souffrance.

Il existe différents temps évolutifs de la dépression.

Figure 4-1 : Evolutions de la dépression
D'après Kupfer DJ (45).



5. Comorbidités

- | | |
|------------|---|
| 5.1 | Affections médicales générales associées |
| 5.2 | Maladie coronarienne |
| 5.3 | Cancers et dépression |
| 5.4 | Consommation de substances |
| 5.5 | Coexistence de troubles anxieux |

5.1 Affections médicales générales associées

La comorbidité est définie comme l'association d'une maladie à une autre maladie, qu'elle soit de nature somatique ou psychiatrique.

Selon le DSM-IV, le trouble dépressif majeur peut être associé à des affections médicales chroniques. 20 à 25% des personnes présentant des affections médicales générales (diabète, infarctus du myocarde, carcinomes, accident vasculaire cérébral) développeront un trouble dépressif majeur au cours de l'évolution de leur affection médicale. La prise en charge de l'affection médicale générale est alors plus complexe et le pronostic moins favorable.

Les problèmes de dépression, conduisent à une souffrance psychologique, à un déclin fonctionnel, aux incapacités et à une mortalité importante(46).

D'autres facteurs peuvent agir comme médiateurs dans la relation entre dépression et maladies physiques : selon certains auteurs, les anomalies dans le système nerveux autonome tel que une hyper-stimulation du système sympathique (taux élevé de noradrénaline plasmatique) et une diminution du tonus du système parasympathique (basse variabilité de la fréquence cardiaque) pourraient être responsables d'issues médicales défavorables chez les personnes dépressives (47).

5.2 Maladie coronarienne et dépression

La dépression augmente la morbidité coronarienne. En plus de la modification défavorable du comportement (activité physique, comportement alimentaire) dues à l'état psychique du patient, il existe des modifications métaboliques spécifiques à la dépression, qui augmentent le risque cardiovasculaire (48).

Si la dépression augmente la probabilité de développer une maladie coronarienne, elle est également un prédicteur d'infarctus et de décès pour les patients coronariens (49).

Chez les patients dépressifs et ayant une maladie de l'artère coronaire, il y aurait une moins bonne compliance aux médicaments. Une étude a ainsi montré qu'il y avait 35% de moins d'adhérence à l'aspirine chez les patients dépressifs comparés aux patients non dépressifs (50).

5.3 Cancers et dépression

L'hypothèse selon laquelle la dépression peut favoriser la survenue d'un cancer n'est pas vérifiée dans les études récentes.

Néanmoins, on constate que les patients cancéreux présentent très fréquemment un problème de dépression secondaire à leur cancer : ainsi la prévalence des troubles psychologiques chez les patients cancéreux est évaluée à 50%. Il s'agit le plus souvent de dépression et de trouble d'adaptation (51).

Une étude a étudié la survenue de dépression et d'anxiété chez des personnes ayant eu un diagnostic récent de cancer du sein, cancer colorectal, gastrique et cancer de la prostate et dans un groupe témoin ayant réalisé les mêmes examens. Les résultats ont montré que 6 mois après le diagnostic de cancer, les patients ayant un cancer avaient 11 fois plus souvent un problème de dépression et/ou d'anxiété que les personnes n'ayant pas un cancer (52).

Certains facteurs de risque de la dépression sont aussi des facteurs jouant un rôle dans la survenue du cancer : les événements douloureux de la vie, les pertes, les situations de vie difficiles et les caractéristiques psychologiques (53).

En outre, le stress, l'angoisse causée par le cancer et la douleur physique expliqueraient également la morbidité psychiatrique souvent observée: une étude a souligné le rôle causal de la douleur due au cancer dans la survenue de la dépression. On a ainsi remarqué que la prévalence de troubles dépressifs était significativement plus élevée chez les patients présentant de hauts niveaux de douleur dus à leur cancer que les patients présentant des niveaux de douleur bas (33% versus 13%) (54).

Ces constats, bien que brefs pour l'importance du sujet, soulignent la relation complexe entre la dépression et le cancer. La comorbidité fréquente entre ces deux problèmes de santé doit être considérée avec attention. Le traitement de la dépression permet d'améliorer la qualité de vie des malades du cancer et doit être une composante essentielle dans la prise en charge du cancer.

5.4 Consommation de substances

Aussi bien pour le tabac que pour l'alcool, on constate que ces consommations sont souvent associées à la dépression. Il est néanmoins ardu de rechercher quel est le problème à l'origine de l'autre. La consommation de substance (l'alcool et le tabac) ainsi que la dépression pourraient avoir une étiologie partagée.

a. Alcool

« La dépression et l'alcoolisme représentent deux affections particulièrement intriquées au niveau de leur diagnostic, de leur pathogénèse et de leur traitement. » (55)

Les résultats d'une méta-analyse examinant la comorbidité de l'alcoolisme et des troubles anxieux et dépressifs dans plusieurs enquêtes réalisées à divers endroits, montrent que les personnes ayant un problème d'alcool présentaient un trouble anxieux ou dépressif deux à trois fois plus souvent (56).

La consommation de substances a été retrouvée dans une étude chez 24 à 40% de personnes présentant un trouble de l'humeur aux Etats Unis (57).

Dans l'Enquête de Santé de 1997, les résultats montrent une légère différence entre les personnes dépressives et les personnes ne déclarant pas une dépression au cours des 12 derniers mois, pour la consommation d'alcool (94% versus 82%), le nombre moyen de verres d'alcool par semaine et par personnes (5,6% versus 5,7%) l'abus d'alcool les 6 derniers mois (28% versus 29%).

Cependant ces résultats sont biaisés car parmi les personnes interrogées qui consomment de grandes quantités d'alcool, la sous-déclaration est fréquente à cause du stigma social souvent associé à ce type de consommation.

b. Tabac

Selon l'Enquête Santé par Interview de 1997 (58), la prévalence de la dépression est plus élevée chez les gros fumeurs que chez les non fumeurs (13% versus 5%).

Les données de plusieurs études (59) (60) suggèrent que la dépression joue un rôle dans l'habitude tabagique. Les personnes avec une dépression majeure sont plus à même de fumer et d'avoir des difficultés à arrêter de fumer.

Au cours d'un suivi de cinq ans dans une population de jeunes adultes, on observe l'influence de la dépression majeure sur le comportement tabagique ultérieur et vice versa. Dans cette étude les auteurs font l'hypothèse d'une étiologie partagée entre la dépression et la consommation de tabac. Différents mécanismes agissent dans la progression du comportement tabagique. Il y aurait également des effets neuropharmacologiques de la nicotine (et d'autres substances de la fumée de cigarette) sur le système des neurotransmetteurs liés à la dépression (61).

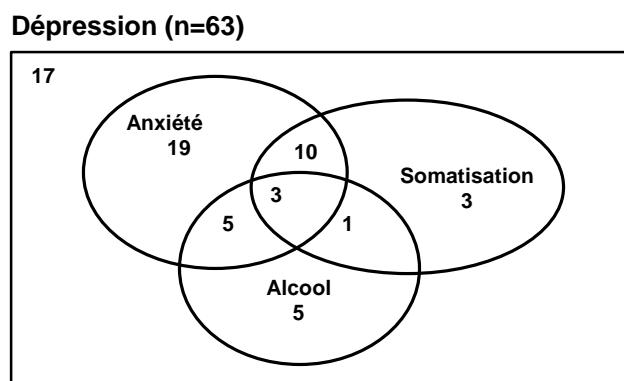
5.5 La coexistence des troubles anxieux

L'association de la dépression et des maladies anxieuses (troubles paniques, phobie sociale, anxiété généralisée, trouble obsessionnel compulsif), bien qu'elle demeure mal comprise, est fréquente : plus de 50% des dépressifs présentent un trouble anxieux concomitant (62).

D'après la plupart des études, cette comorbidité serait responsable d'une symptomatologie sévère et d'un pronostic à long terme moins bon que celui que connaîtraient ces troubles de manière isolée (63) (62) (64).

L'association entre d'une part la dépression et l'anxiété et d'autre part la dépression et le syndrome de somatisation est très importante. Dans un échantillon de la population adulte belge, la comorbidité a été étudiée pour les différents troubles. Parmi les 63 personnes présentant une dépression, 75% des personnes interrogées présentaient également d'autres problèmes de santé. La maladie la plus présente (30% des cas) était l'anxiété (65). Il serait intéressant de reconfirmer ces résultats dans un échantillon plus grand.

Figure 5-1 : Nombre de personnes ayant une dépression et une comorbidité au cours de la vie. Etude de Baruffol, Thilmany, Belgique, 1993.



En ce qui concerne les troubles psychiatriques dans leur ensemble, l'étude NCS (National Comorbidity Survey) menée entre 1990 et 1992 sur plus de 8000 personnes âgées de 15 à 54 ans représentatifs de la population générale américaine, a étudié la comorbidité des épisodes dépressifs majeurs et des autres troubles psychiatriques (62). Le tableau suivant présente une synthèse des résultats obtenus.

Tableau 5-1 : Prévalence de la comorbidité des épisodes dépressifs majeurs, Etude NCS, Etats Unis, 1990-92.

Prévalence	Vie entière		Annuelle	
	%	OR	%	OR
Troubles anxieux	58,0	4,2	51,2	5,1
Toxicomanie/alcoolisme	38,6	1,8	18,5	1,9
Troubles de conduite	16,2	1,3	-	-
Dysthymie	6,7	2,8	4,0	5,2
Nombre de troubles associés				
1	24,7	1,3	26,3	2,0
2	17,4	1,9	15,4	3,3
3 ou plus	31,9	4,0	16,5	7,1

En résumé, on pourrait souligner que la dépression est très fréquemment associée à d'autres pathologies physiques (maladies cardiovasculaires, cancer...) et à plusieurs troubles psychiatriques (anxiété, alcoolisme, toxicomanie...). Beaucoup de travaux s'intéressent à la comorbidité de la dépression, cependant les estimations de la comorbidité varient selon les études en raison des outils diagnostics, des critères utilisés etc. Ces études sont toutefois importantes non seulement pour mettre en évidence un chevauchement entre un ou plusieurs problèmes de santé et la dépression, mais aussi pour tenter d'expliquer leur relation avec la dépression et d'éclaircir les mécanismes d'apparition des différentes maladies.

6. Conséquences

6.1	Tentatives de suicide, suicides
6.2	Influence sur la survie
6.3	Répercussions familiales, sociales et professionnelles

6.1 Tentatives de suicide, suicides

L'évaluation quantitative des liens existant entre dépression et suicide est approximative. Les raisons à cela sont d'ordre méthodologique : d'une part les données sont recueillies rétrospectivement et il n'est pas toujours aisé de déterminer le statut de dépressivité préalable des suicidés. D'autre part, les méthodes de diagnostic de la dépression et les seuils utilisés sont variés.

Néanmoins divers travaux ont pu montrer que le suicide était étroitement lié aux maladies psychiatriques et notamment à la dépression (66-68). La dépression est le chemin final commun vers le suicide.

La dépression est un facteur de risque important du suicide surtout chez les adolescents et les personnes âgées. Les personnes qui développent une dépression tardivement au cours de la vie sont à plus haut risque de faire un suicide. En outre, la comorbidité avec d'autres troubles comme l'anxiété, et les rechutes de dépression, augmentent le risque de suicide (69).

Les antécédents de tentatives de suicide constituent également un facteur de risque du suicide dans la population générale ; chez les personnes déprimées ces risques sont alors cumulés (70). Dans une étude de suivi de près de 5000 personnes ayant commis des tentatives de suicide (71), on a montré que 3% de ces personnes commettent un suicide ultérieurement.

Les tentatives de suicides sont plus nombreuses que les suicides (14 tentatives de suicide pour 1 suicide) et concernent d'avantage les femmes que les hommes (72). Ce problème est également à considérer avec attention car la majorité des suicidants récidivent. On peut estimer que le risque de suicide chez les patients ayant commis une tentative de suicide est de 150 fois plus élevé que dans la population générale*.

Une étude réalisée en Belgique (73) a étudié l'association entre l'idéation suicidaire, les comportements suicidaires et les facteurs de risque potentiels chez des jeunes homosexuels et bisexuels et chez des jeunes scolarisés (n=404).

Les résultats montrent que les jeunes avec une orientation homosexuelle et bisexuelle comparés aux jeunes à orientation hétérosexuelle, ont un risque double d'idéation suicidaire et de comportements suicidaires, et un risque quadruple de tentatives de suicide.

Dans cette étude, l'analyse multivariée a identifié la dépression comme un facteur de risque significatif et indépendant de l'idéation suicidaire aussi bien chez les homosexuels/bisexuels que chez les hétérosexuels.

* Communication personnelle: Prof. C. Van Heeringen

Un autre aspect de la relation entre dépression et suicide concerne le moyen utilisé pour commettre l'acte : les antidépresseurs prescrits pour le traitement de la dépression sont parfois utilisés à des fins suicidaires. Selon une étude réalisée en Suède, 4,4% des suicides (232/5281) seraient la conséquence d'une ingestion importante d'antidépresseurs (74). Cette constatation concerne néanmoins une minorité de suicides et les antidépresseurs ne sont pas les seuls médicaments utilisés lors des tentatives de suicide.

Les problèmes les plus graves engendrés par les antidépresseurs sont le traitement non adéquat (*undertreatment*) et l'échec de traitement, plutôt que l'overdose liée à ces médicaments.

D'un point de vue descriptif, la relation entre la dépression et le suicide a été quantifiée dans plusieurs études :

- Selon une revue de la littérature 60 à 70% des morts par suicide seraient imputables à un trouble de l'humeur (75).
- D'autres résultats indiquent que 45 à 70% des sujets qui se suicident seraient déprimés au moment de leur geste (67).
- Globalement l'incidence annuelle de suicide chez les personnes dépressives est de 1%. 15% des décès de patients dépressifs seraient dûs au suicide.
- Le risque de suicide chez les déprimés, en comparaison avec la population générale ne souffrant pas de troubles dépressifs, est de 30% plus important (75).
- Selon un document de l'OMS, on estime le risque de suicide au cours de la vie chez les personnes présentant un trouble de l'humeur (notamment de dépression) à 6-15%*.

D'un point de vue plus analytique, un certain nombre de facteurs de risque du passage à l'acte suicidaire ont été recensés depuis quelques années (76) :

- Les caractéristiques cliniques et évolutives de l'épisode dépressif (type de dépression, sévérité, présence d'une pathologie comorbide, antécédents personnels de tentatives de suicide).
- Les facteurs socio-démographiques :
Le sexe masculin, les antécédents familiaux de suicide, l'adolescence et le grand âge (au delà de 65 ans) constituent des facteurs de risque du suicide. Il semblerait que l'orientation sexuelle (bien que ceci soit sujet de controverse) (73) et les aspects culturels (attitude face au suicide) jouent aussi un rôle.
- Les facteurs biologiques :
La diminution de l'activité sérotoninergique semblerait être un élément favorisant le passage à l'acte suicidaire violent (76).
- La dopamine jouerait un rôle potentiel dans la biologie du suicide dans la dépression (77).

* Preventing suicide - a resource for general physicians. Mental and behavioural disorders. WHO, 2000

Le suicide constitue sans aucun doute la complication la plus grave de la dépression. Bien que le suicide soit considéré comme un acte multidéterminé, le groupe à plus haut risque reste celui des patients déprimés.

La prévention du suicide passe par le traitement efficace des troubles mentaux et le contrôle des facteurs de risque environnementaux. Les progrès dans le traitement de la dépression influencent positivement la prévention du suicide lors de la prise en charge.

6.2 Influence sur la survie

L'association entre la dépression et la mortalité (autre que celle due aux suicides) dans la population générale a été établie dans plusieurs travaux. La dépression réduirait significativement la survie: deux études de cohorte réalisées aux Etats Unis ont montré que les personnes dépressives majeures avaient un taux de mortalité significativement plus élevé que les autres. Le risque de mortalité est de 2 à 4 fois plus important lorsqu'on ajuste sur les autres facteurs comme l'âge, le sexe, le statut socio-économique, l'existence d'une maladie chronique, les indicateurs de santé générale (78) (79).

Plusieurs facteurs et conditions augmentant les risques de dépression sont également des facteurs qui réduisent la survie en générale : les taux de dépression et de mortalité sont élevés chez les personnes socio économiquement défavorisées et les personnes ne vivant pas en couple.

L'association entre symptômes dépressifs et mortalité a été étudiée lors d'un suivi de 7 ans dans un échantillon de femmes âgées de plus de 66 ans sélectionné à Baltimore (80). Durant le suivi, la mortalité variait de 7% chez les femmes ne présentant aucun symptôme dépressif à 17% chez les femmes ayant 3 à 5 symptômes dépressifs et à 24% chez les femmes présentant 6 ou plus symptômes dépressifs ($p < 0,001$). L'association entre les symptômes dépressifs et la mortalité restait forte même après ajustement sur les variables confondantes potentielles incluant les antécédents d'infarctus du myocarde, les accidents vasculaires cérébraux, le diabète, l'hypertension, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, le statut tabagique, la santé perçue et le fonctionnement cognitif.

Deux constats sont à faire :

- La dépression s'accompagne d'une surmortalité par rapport à la population générale. Mais lorsqu'une autre maladie est associée à la dépression, le pronostic de celle-ci devenant moins favorable, le phénomène de surmortalité par rapport à la population générale est amplifié.
- La dépression diminue les taux de survie, mais c'est surtout le cas chez les hommes. En effet on constate que les femmes ont en moyenne deux fois plus de dépression que les hommes, mais leur survie est aussi plus élevée.

Ceci pourrait peut être expliquer l'augmentation des taux de dépression que l'on observe dans les classes d'âges plus élevées : elles seraient due à la survie des femmes et au taux de dépression plus important des femmes.

6.3 Répercussions familiales, sociales et professionnelles

Le retentissement social, professionnel et familial de la dépression est particulièrement important.

L'impact de la dépression est présent à différents moments de l'évolution de la maladie :

- Au début de la maladie, la famille et l'entourage ne sont pas sensibilisés à reconnaître les symptômes de la dépression. Ils ne comprennent pas ce qui se passe et attribuent les modifications de l'état de la personne dépressive à un manque de volonté.
- Lorsque la dépression connaît une évolution chronique, la maladie peut revêtir l'aspect de véritables troubles de personnalité auxquels la famille et les amis doivent s'adapter.

a. Répercussions familiales

La dépression d'un membre de la famille est un élément déstabilisant : chez les conjoints, il peut y avoir une importante détresse psychologique, plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, des troubles de la sexualité.

Chez les enfants il est difficile de faire la part entre la composante psychologique et les aspects environnementaux, mais plusieurs auteurs signalent que les enfants de parents dépressifs sont exposés à un risque plus élevé de présenter une dépression ou d'autres problèmes psychiatriques que les autres enfants.

Aussi, l'image que donne un parent dépressif peut avoir des répercussions sur l'affectivité de l'enfant et sa scolarité.

En France, le Programme de Recherche et d'Information sur la Dépression (PRID) a réalisé un travail (81) sur les conséquences sociales, familiales et personnelles de la dépression selon le stade de la maladie. Les résultats sont synthétisés dans des tableaux en annexe (annexe 3).

b. Répercussions professionnelles

Au travail, la personne dépressive éprouve des difficultés de concentration entraînant accidents de travail et baisse de rendement professionnel. La fréquence des arrêts de travail chez les patients déprimés illustre bien l'impact de cette affection sur la vie professionnelle.

Une revue de la littérature américaine montre que 45% de déprimés présentent des difficultés professionnelles (absentéisme, baisse de productivité, problèmes avec les collègues) et plus de 10% sont licenciés durant leur épisode dépressif (82). Les traitements antidépresseurs (médicamenteux et psychothérapeutiques) ont alors un impact positif sur le travail.

c. Répercussions sur la qualité de vie

Bien que la qualité de vie reliée à la santé ne soit pas facile à évaluer car celle-ci prend en compte une série de paramètres qui diffèrent selon les individus et selon leur culture, plusieurs instruments nous permettent de l'apprécier. La plupart de ces instruments incluent des items relatifs aux symptômes comme la douleur, la fatigue, des questions sur le statut fonctionnel, psychologique et les performances par rapport aux activités normales.

Les troubles mentaux en général perturbent la vie des personnes touchées et de leur famille. Ils constituent dans les pays développés une des principales causes de la charge globale de morbidité.

Selon l'OMS, 1/5 de toutes les causes de handicap sont relatives aux maladies psychiatriques et en premier lieu à la dépression et à l'anxiété.

En effet, la dépression est une maladie qui peut être de longue durée, à caractère récurrent et chronique. Parmi les troubles mentaux, la dépression est la principale cause de DALY* (Disability-Adjusted Life Years) chez les femmes et la seconde chez les hommes (83).

Les problèmes quotidiens engendrés par la dépression sévère sont les baisses de l'humeur, la fatigue, les problèmes de sommeil et la souffrance psychique(84).

Plusieurs études mettent en évidence une diminution de la qualité de vie chez les personnes atteintes de dépression (85-87)

Cependant les études réalisées sur la qualité de vie des patients abordent plus souvent les conséquences directes de la dépression sur le fonctionnement de la personne (symptômes, effets secondaires dus aux traitements) plutôt qu'à l'impact indirect de la dépression (perturbation de la vie familiale, professionnelle). Ceci s'explique par la difficulté à évaluer cet aspect de la dépression.

* Une unité de DALY (en français année de vie corrigée pour l'incapacité) représente une année de vie en bonne santé qui est perdue. Le nombre de DALY prend en compte non seulement le nombre de décès mais aussi l'impact sur une population de décès prématurés et des incapacités.

7. Données épidémiologiques

7.1	Limites méthodologiques
7.2	Données en Belgique
7.3	Synthèse des données en Belgique
7.4	Données internationales
7.5	Charge de morbidité
7.6	Etudes en cours

7.1 Limites méthodologiques

Il est nécessaire de considérer les chiffres de prévalence en matière de dépression avec prudence car la mesure des niveaux des états dépressifs n'est pas indépendante des instruments d'analyse et des seuils qui définissent la gravité de la symptomatologie dépressive.

Les différents systèmes de classification utilisés pour le dépistage et pour les études épidémiologiques sont essentiellement le DSM et la CIM. Les études basées sur les critères de la CIM présentent des prévalences mensuelles de la dépression plus élevées que celles basées sur le DSM. Une étude de l'OMS réalisée à Groningen a déterminé dans la même population une prévalence mensuelle de 11,1% utilisant les critères du DSM-III R et suivant la CIM-10, une prévalence de 13,5%*

Une autre difficulté des études épidémiologiques de la dépression concerne la validité des diagnostics établis lors de l'enquête : la réponse est soit transmise en tant que diagnostic posé par le médecin, soit il s'agit du ressenti de la personne interrogée sur son état de santé (diagnostic subjectif).

En outre on observe une différence selon le type d'outil qui a été sélectionné pour le diagnostic de la dépression : entretien (interview) diagnostique standardisé ou échelle psychologique (88). Pour une même population, ces deux formes d'outils donneraient des résultats différents : l'entretien diagnostique sous-estimerait la fréquence des troubles mentaux par rapport à l'échelle psychologique car il tend à minimiser le rôle des facteurs sociaux et favorise implicitement la notion biologique de la maladie. D'un autre côté l'échelle psychologique décrit une dimension du trouble mais ne permet pas de poser le diagnostic exact du trouble mental.

Le cadre temporel des deux outils est également différent : les échelles psychologiques mesurent habituellement l'état de la personne au moment où le questionnaire est passé, tandis que l'entretien diagnostique s'intéresse à la durée des symptômes dans le temps.

Les chiffres les plus souvent disponibles se rapportent aux patients chez qui le diagnostic de la dépression a été posé par un médecin ou au niveau d'une structure spécialisée. Ne prenant pas en compte les patients mal diagnostiqués et les patients qui ne font pas appel à un médecin, ces chiffres sont de ce fait sous-estimés.

* Étude de Tiemens 1995 cité dans "Impact van psychosociale factoren op de psychische gezondheid", De Schryver G, Coenen H, 2000.

Un autre biais doit être considéré : biais de sélection ; il est d'une part lié aux problèmes d'échantillonnage, dans la mesure où les études se limitent souvent aux personnes prises en charge par le système de soins et non à la totalité de la population, d'autre part au refus de participation important chez les personnes présentant une symptomatologie dépressive.

Malgré ces difficultés méthodologiques, les chiffres obtenus pour la dépression, permettent d'évaluer l'importance approximative de cette maladie.

7.2 Données en Belgique

a. Prévalence de la dépression en Belgique

Données générales

Peu d'études ont été réalisées à l'échelle nationale et sur la population générale en Belgique. Néanmoins il existe quelques chiffres permettant d'estimer l'importance de la dépression.

Etude de comorbidité psychiatrique dans la population générale belge, 1990.

Une étude transversale partiellement rétrospective a été réalisée en 1990 dans un échantillon d'individus âgés de 25 à 45 ans (n=240), issus de la population générale d'une communauté francophone semi-urbaine de Belgique (Wavre) (65).

Un des objectifs de cette étude était d'estimer la prévalence de l'abus et de la dépendance à l'alcool, des troubles anxieux, dépressifs et du syndrome somatique dans une population adulte belge.

L'instrument permettant d'évaluer les troubles psychiatriques était le DISSI version informatisée (Diagnostic Interview Schedule, Screening Interview) et les critères utilisés, ceux du DSM-III.

On a ainsi pu mettre en évidence un taux de prévalence ponctuelle (les 6 derniers mois précédents l'enquête) du trouble dépressif majeur et de dysthymie de 11,9% et un taux de prévalence au cours de la vie de 25,5%.

Un répondant sur deux avait eu un trouble psychiatrique au cours de sa vie et pour un peu plus de la moitié de ceux là il s'agissait d'une dépression majeure ou une dysthymie.

Dans cette étude, la différence entre sexes se retrouve également pour la prévalence de la dépression : cette différence est significative pour la prévalence au cours de la vie (17,2% chez les hommes versus 33,6% chez les femmes ; $p=0,004$) mais ne diffère pas significativement lorsqu'il s'agit de la prévalence ponctuelle (8,6 chez les hommes versus 15,1% chez les femmes ; $p=0,12$).

On n'a pas pu mettre en évidence une différence selon l'âge.

Le Panel Study Belgian Households, 1992-1994.

L'étude longitudinale *Panel Study Belgian Households* (PSBH) basée sur un panel de 4439 ménages (n=8744) représentatifs de la population belge, destinée à fournir

des informations d'ordre socio-économiques et sociologiques, renseigne également sur les symptômes dépressifs.

Les données de cette enquête ont été utilisées pour étudier la différence entre les sexes dans le déroulement de la dépression et la persistance des symptômes.

La dépression est mesurée en utilisant la version modifiée du *Health Daily Living* (HDL-global depression scale) et les critères du DSM-III-R.

Les données ont été recueillies en 1992, 1993 et 1994 par les services de sociologie de l'Université de Liège et de l'Université de Anvers.

Le taux de dépression dans la population enregistré est de 16,2% en 1992, 15,4% en 1993 et 15,3% en 1994. 5% des personnes avaient une dépression persistante au cours des trois évaluations de 1992, 1993 et 1994*.

Utilisant les données du PSBH, une étude réalisée en 1998 met en évidence une différence significative entre les sexes dans le déroulement de la dépression (Tableau 7-1) et plus particulièrement dans la persistance des symptômes (27). Les femmes ont plus de symptômes dépressifs et pendant une période plus longue† que les hommes.

Tableau 7-1: Fréquence (%) des dépressions persistantes par sexe et par âge, Panel Study of Belgian Households, Belgique, 1998.

Caractéristiques socio-démographiques	Fréquence %	N	Signification
Sexe			
Homme	3,8	2907	p<0,001
Femme	8,0	3204	
Age (années)			
16-24	5,7	835	p=N.S.
25-34	5,2	1549	
35-44	6,4	1225	
45-54	6,5	844	
55-64	5,5	818	
64-74	6,2	641	
75 +	8,3	289	

Etude la santé mentale des jeunes de l'enseignement secondaire de Bruxelles-Capitale 1994 (89).

Dans l'enquête sur la santé mentale, 2209 jeunes scolarisés de 12 à 18 ans en Région de Bruxelles Capitale (enseignement secondaire francophone et néerlandophone subventionné, à l'exclusion de l'enseignement spécial) ont été invités à répondre à un questionnaire auto-administré destiné à recueillir les informations concernant leur situation socio-démographique, l'état de santé et le bien-être, les comportements à risque pour la santé, etc.

* Anseau M. Epidémiologie de la dépression en Belgique. Aspects socio-économiques de la dépression en Belgique. Ligue Belge de la Dépression, 1996.

† L'explication attribuée à ces différences entre les deux sexes pourrait être liée aux autres facteurs comme le statut de l'emploi, l'éducation, le statut marital qui sont associés à la persistance de la dépression (p<0,001).

L'échelle CES-D a été utilisée pour évaluer la symptomatologie dépressive avec le seuil du score fixé à 16 puis à 21*.

Tableau 7-2: Prévalence ponctuelle (en %) de la symptomatologie dépressive par sexe, âge et nationalité (seuil de dépressivité fixé à 21), Etude de la santé mentale des jeunes, Bruxelles-Capitale, Belgique, 1994.

Seuil de score	Effectif	% Garçons (n=950)		% Filles (n=1259)	
		>16	>21	>16	>21
Total	2209	29,2	17,2	43,4	27,8
Âge					
12 ans	84	18,2	12,1	30,2	11,6
13-14 ans	479	30,1	17,1	39,7	23,0
15-16 ans	684	28,2	15,1	41,5	28,1
17-18 ans	601	30,3	17,9	50,3	33,6
19 et +	298	31,5	21,8	44,4	26,9
Nationalité					
Belge	1257	-	18,0	-	23,5
Double nationalité	274	-	18,5	-	29,9
Etrangers	617	-	14,3	-	35,7

Dans l'ensemble de l'échantillon, plus de 37% des jeunes manifestent une symptomatologie dépressive si on considère le seuil critique de 16 ; avec le seuil 21, 22% des jeunes présentent une symptomatologie dépressive. Ces symptômes sont plus fréquents chez les filles que chez les garçons et augmentent avec l'âge. La manifestation des symptômes dépressifs progresse avec l'âge de manière significative chez les filles. La différence entre les deux sexes s'accroît au cours de l'adolescence.

L'importance de la symptomatologie dépressive varie en fonction de la nationalité chez les filles : dans cette étude, les filles étrangères présentent beaucoup plus souvent des symptômes dépressifs. Ces différences ne se retrouvent pas chez les garçons.

Enquête DEPRES (The Depression Research in European Society) 1994-1995

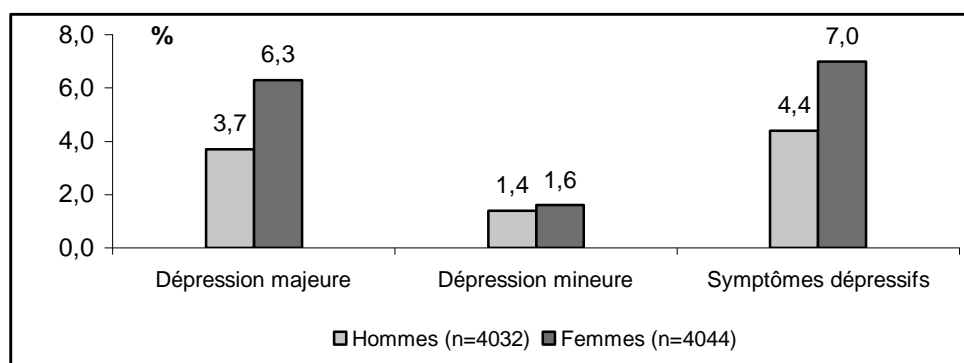
Dans le cadre de l'étude DEPRES (90) (voir données internationales), en Belgique, un échantillon issu de la population générale adulte âgée de 18 ans et plus (n=8076) a été dépisté pour la dépression.

Les résultats indiquent que la prévalence de la dépression (majeure, mineure et symptômes dépressifs) aux cours des six mois précédant l'enquête était de 12,2% pour l'ensemble (9,5% chez les hommes et 14,9% chez les femmes).

5,0% des personnes répondaient aux critères de dépression majeure, 1,5% aux critères de dépression mineure et 5,7% présentaient des symptômes de dépression sans pour autant répondre aux critères de la maladie.

* La définition du seuil pour lequel on est capable d'identifier une symptomatologie dépressive est variable selon les pays et les études. Aux Etats Unis, ce seuil est normalement attribué à >16, ce qui n'est pas considéré comme pertinent pour les populations de culture française par la plupart de s auteurs qui préfèrent utiliser le seuil de 21.

Figure 7-1 : Prévalence de la dépression (%) en Belgique au cours des 6 mois précédant l'enquête, par sexe, Etude DEPRES, Belgique 1994-1995.



L'enquête santé de 1997

Une Enquête de Santé par Interview (58) a été menée dans les différentes Régions et Communautés de Belgique en 1997. Cette enquête visait à obtenir des informations sur la santé subjective de la population, sur l'utilisation des services de soins et sur certains déterminants de la santé. Les données ont été récoltées à l'aide d'interviews et de questionnaires standardisés auprès de 10 221 personnes, issues de 4664 ménages choisis au hasard dans le Registre National.

Le volet de l'enquête relatif à la santé mentale ne concerne que les individus âgés de 15 ans et plus (n= 8560). Il comprend des données sur le bien-être psychique éprouvé au cours des dernières semaines, sur la dépression auto-déclarée et la consommation de médicaments psychotropes. Le bien-être psychique a été mesuré par le *General Health Questionnaire* (GHQ), destiné à repérer les désordres psychologiques courants (dépression, l'anxiété, le dysfonctionnement social et l'hypochondrie). La version courte utilisée (GHQ-12) dans l'enquête de santé vise surtout à mesurer l'état actuel de santé mentale et à apprécier la notion de souffrance générale.

Les résultats indiquent que la prévalence ponctuelle des problèmes de santé mentale (score GHQ=2) est de 31%, le score moyen du GHQ-12* dans la population belge étant de 1,6.

La prévalence de la consommation de psychotropes sous ordonnance (antidépresseurs, tranquillisants, somnifères) est de 9,2% et la prévalence d'un an de la dépression auto-déclarée est de 6,4%. Ces chiffres diffèrent selon la région d'habitation. En effet, la prévalence de la dépression auto-déclarée est plus importante en Wallonie et à Bruxelles (7,5% et 8,4%) qu'en Flandre (5,1%).

* Le score moyen de GHQ-12 indique le niveau de mal-être psychologique. Plus le score d'un individu est élevé, plus il y a de « chance » qu'il ait un trouble psychiatrique.

Tableau 7-3: Indicateurs de santé mentale suivant la Région d'habitation, standardisés pour l'âge et le sexe, Enquête Santé par Interview, Belgique, 1997.

	Flandre	Wallonie	Bruxelles
GHQ=2			
Prévalence %	27,5	34,6	36,6
IC 95%	25,4-29,5	32,2-37,0	34,0-39,3
Dépression auto-déclarée			
Prévalence %	5,1	7,5	8,4
IC 95%	4,1-6,1	6,2-8,8	6,9-9,9
Psychotropes[†]			
Prévalence %	8,2	14,3	11,6
IC 95%	6,9-9,4	12,5-16,2	9,8-13,4

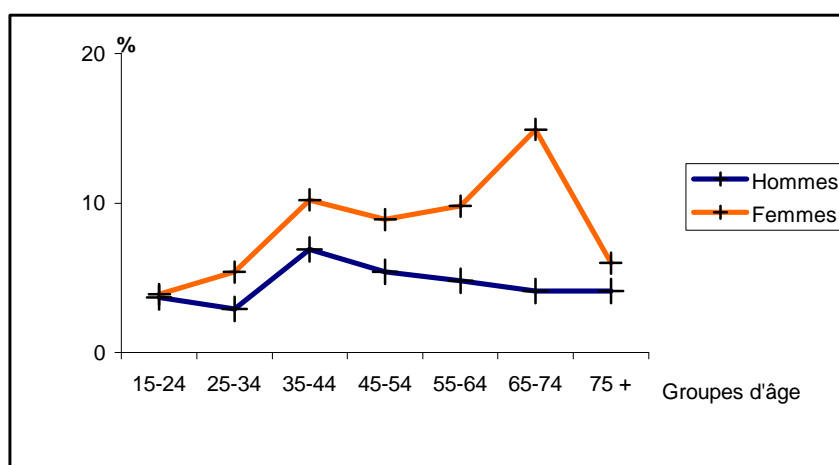
[†] antidépresseurs, tranquillisants, somnifères.

La prévalence de la dépression varie selon l'âge de manière différente chez les hommes et les femmes. Elle est 1,6 fois plus élevée chez les femmes par rapport aux hommes (8,1% versus 4,7%). Le taux standardisé par âge chez les femmes est de 8,3 % et chez les hommes de 3,8%.

Chez les femmes on peut distinguer deux pics : l'un entre 35 et 44 ans (la prévalence est de 10,2%) et l'autre entre 65 et 74 ans (14,9%).

Chez les hommes, la prévalence de la dépression est à tout âge plus faible que chez les femmes, avec un maximum se situant entre 35 et 44 ans (6,9%).

Figure 7-2 : Prévalence de la dépression (%) par âge et par sexe. Enquête santé par Interview, Belgique, 1997.



Etude sur l'épidémiologie des troubles psychiatriques dans la Province de Luxembourg, 1998 (91).

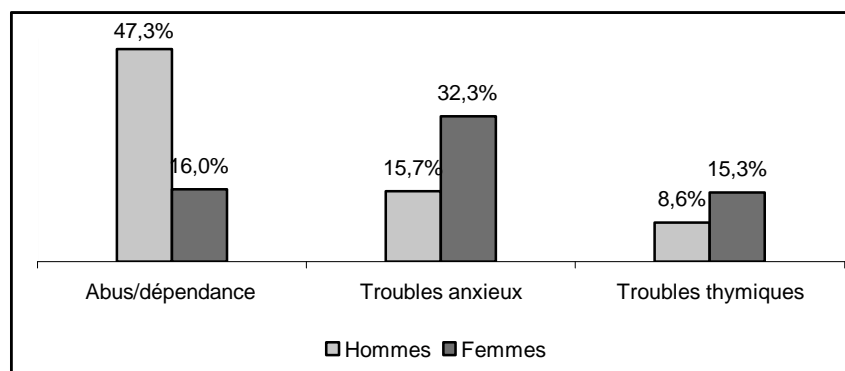
En 1998, Année de la Santé Mentale en Province de Luxembourg, le service de psychiatrie de l'Université de Liège mandaté par la Plate-forme Psychiatrique Luxembourgeoise a réalisé une étude pour évaluer la prévalence des différents troubles psychiatriques dans la population générale de la province, évaluer la proportion de patients pris en charge en fonction du diagnostic, et évaluer la qualité de vie des patients en fonction du diagnostic et de la prise en charge. L'échantillon d'étude était issu de la population de trois entités communales représentatives de la province (Arlon, Hotton et Neufchâteau). L'instrument de diagnostic utilisé était le CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*).

Les prévalences ont été estimées pour l'ensemble de la vie (*lifetime prevalence*).

Les résultats ont été obtenus pour 807 enquêtes réalisées valides. 56,4% des personnes interviewées (18-54 ans) ont présenté un trouble psychiatrique au moins une fois dans leur vie. Le taux de prévalence de l'abus/ dépendance à une substance (alcool, drogues, médicaments) est le plus important avec 29,5% des cas concernés, 24,3% des personnes présentent un trouble anxieux et 23,7% des troubles de l'humeur (trouble dépressif majeur, troubles bipolaires, dysthymie). Le trouble dépressif majeur est présent dans 22,4% des cas.

La figure suivante donne la prévalence par sexe des troubles psychiatriques fréquemment rencontrés.

Figure 7-3 : Prévalence des troubles psychiatriques fréquents par sexe, Enquête psychiatrique du Luxembourg, Belgique, 1998.



EURODEP Study (92) : étude multicentrique des symptômes dépressifs chez les personnes âgées, 1999

Une étude multicentrique (92)(collaboration de 11 pays européens dont la Belgique et utilisation de 14 enquêtes de population) incluant 21724 sujets âgés de 65 ans et plus, a cherché à décrire et comparer les effets d'âge, de sexe et de statut marital sur les symptômes dépressifs.

A cet effet, un nouvel outil, l'EUROD a été développé afin de rendre comparables les résultats de chaque centre (93).

En Belgique, les données provenaient uniquement d'Anvers, d'un échantillon de 1130 personnes.

Dans cette étude la prévalence de la dépression n'a pas été calculée en tant que tel car le seuil de dépressivité n'a pas été déterminé, les résultats sont présentés sous forme de scores de dépressivité.

Les résultats selon les données belges ont montré que le score moyen de dépressivité selon l'échelle EURO-D augmentait continuellement avec l'âge allant de 1,69 pour les 65-69 ans à 2,26 pour les plus de 85 ans. Chez les femmes, le score était plus élevé que chez les hommes (2,20 contre 1,84), de même que chez les personnes séparées (2,69) ou veuves (2,16) par rapport aux mariées (1,77) ou aux célibataires (1,97).

Les différences observées entre les centres pour les symptômes dépressifs ne s'expliquaient pas par la démographie ou les mesures utilisées dans les différentes études. De faibles effets d'âge, de sexe et de statut marital ont été observés.

Cette étude a montré que la dépression pouvait être parfois sur-diagnostiquée chez les personnes âgées en raison du manque de motivation (perte d'intérêt, faible concentration, passivité...) et en raison du déclin cognitif qui augmentent avec l'âge.

Données socio-économiques

Les données de l'enquête de santé de 1997 indiquent qu'il y a significativement plus de personnes déclarant souffrir de dépression parmi les personnes ayant un niveau d'instruction et des revenus bas.

La prévalence est plus importante pour les revenus inférieurs à 991 Euro.

Tableau 7-4: Prévalence de la dépression (%) au cours des 12 derniers mois (n=527), standardisée pour l'âge et le sexe selon le niveau d'instruction et le revenu (converti en Euro), Enquête de santé, Belgique, 1997.

	%	IC 95%
Niveau d'instruction		
Pas de diplôme	10,1	7,3-13,0
Ecole primaire	9,4	7,2-11,5
Secondaire inférieur	5,5	4,1-6,9
Secondaire supérieur	4,4	3,1-5,7
Revenu équivalent		
<496	8,2	5,2-11,2
496-743	10,3	8,2-12,4
743-991	7,8	6,1-9,4
991-1487	4,6	3,4-5,8
>1487	2,8	1,1-4,5

Les données recueillies auprès du panel de 4439 ménages (29), fournissent des informations intéressantes quant aux facteurs liés à la persistance des symptômes de dépression : les personnes ayant un niveau d'éducation plus bas, les veufs, les divorcés et séparés, ainsi que les sujets n'ayant pas un travail rémunéré connaissent un niveau de persistance de la dépression plus important que les autres personnes. Les personnes avec un emploi rémunéré font des dépressions moins sévères et moins persistantes que les personnes n'ayant pas un emploi rémunéré.

Les différences socio-démographiques dans la persistance de la dépression sont à la base les mêmes chez les hommes et chez les femmes sauf en ce qui concerne le statut marital. Il n'y a pas de différence significative entre les catégories de statut marital chez les hommes, par contre d'importantes différences ont été constatées chez les femmes (27).

Tableau 7-5: Fréquences (%) des dépressions persistantes suivant le niveau d'instruction, le statut marital et le statut professionnel, Panel Study of Belgian Households, Belgique, 1990.

Caractéristiques socio-économiques	%	N	Signification
Education (années)			
<6	8,3	1078	p<0,001
6-12	6,1	3042	
>12	4,0	1558	
Statut marital			
Mariées	5,3	4061	p<0,001
Veuves	8,0	474	
Divorcée/Séparée	11,6	483	
Célibataire	5,3	1093	
Statut professionnel			
Rémunéré	4,2	318	p<0,001
Non rémunéré	7,9	2923	

Une autre étude réalisée d'avril à septembre 1986 sur un échantillon de 898 sujets masculins et féminins âgés de 16 à 21 ans a étudié l'association entre le statut professionnel des jeunes et les symptômes dépressifs (évaluation des symptômes dépressifs par le CES-D avec un seuil du score de 16 et les critères du DSM-III) (34).

Les données de cette étude, montrent que les sujets sans emploi atteignent des scores de présence de symptômes dépressifs significativement plus élevés que les étudiants ou les travailleurs.

En 1998, la Ligue Belge de la Dépression en collaboration avec le Ministre de l'Emploi et du Travail a décidé d'étudier les relations existant entre les conditions de travail et le risque dépressif. Une étude « Dépressivité et monde du travail » a été réalisée auprès de 1143 personnes occupées dans des entreprises de tous les secteurs d'activité. Des entretiens se sont fait en « face à face » utilisant le modèle du stress au travail de Karasek[†] ainsi qu'une évaluation de la dépressivité au moyen de l'échelle CES-D et une évaluation de l'irritabilité par l'échelle de Hopkins Symptoms Check-List (HSCL-90).

Les résultats ont montré que le secteur d'activité (public, privé) ainsi que le statut du travailleur (ouvrier, cadre, employé) n'étaient pas significativement associés à la dépressivité. Cependant en analysant plus en détail on se rend compte que la dépressivité est plus élevée chez les cadres du secteur public et les ouvriers du secteur privé sans être statistiquement différente.

* Belgische Liga van de Depressie, Depressiviteit en werkmilieu, 1997

† Ce modèle prend en compte trois facteurs générateurs de stress : le degré de maîtrise de l'individu sur son travail, la demande psychologique associée au travail et le support social au travail.

Par contre la situation négative de l'entreprise (mauvaises perspectives d'avenir du secteur) est associée à une plus grande dépressivité.

Tableau 7-6 Prévalence de la dépressivité (%) selon le sexe et la région dans un échantillon de travailleur (n=1143). Enquête Dépressivité et monde du travail, Ligue Belge de la dépression, Belgique, 1998.

	CES-D > 21	Hommes	Femmes	Total
Bruxelles		14,6	22,5	18,5
Flandre		9,3	14,0	11,6
Wallonie		11,4	21,6	16,5
Total		11,7	19,4	15,5

Le travail à temps partiel chez les femmes et le travail de nuit chez les hommes augmentent le risque de dépression.

La pénibilité des conditions de travail est corrélée avec une dépressivité importante (locaux et équipements insuffisants, effectif en personnel insuffisant, nuisances sonores).

Le stress est également un facteur déterminant de la dépressivité élevée: plus un travail est jugé comme stressant, plus le vécu dépressif est important. Il faut néanmoins considérer les autres facteurs de la vie de l'individu.

D'autre part de mauvaises relations avec les collègues et les supérieurs hiérarchiques, la faible possibilité d'autonomie dans les décisions de travail et l'insatisfaction liée au travail sont fortement corrélés avec la dépressivité élevée chez les personnes interrogées.

Prévalence de la dépression au niveau des consultations

Dans l'enquête DEPRES, la majorité des personnes détectées comme ayant une dépression ont consulté un professionnel (de santé ou autre). La raison de non-consultation (14%) était qu'ils pensaient pouvoir s'en sortir eux-mêmes.

Patients psychiatriques dans la Région Bruxelloise, 1993

D'après une étude réalisée en 1993 auprès d'un échantillon représentatif de la population des patients psychiatriques de Bruxelles (n= 1216), 1/3 des patients fréquentant les services de santé mentale et les services psychiatriques insérés à l'hôpital général, souffraient de troubles affectifs et principalement dépressifs(94).

Symptômes dépressifs dans la pratique de gynécologie

Une enquête sur la prévalence de la dépression a été réalisée parmi les patientes consultant chez les gynécologues en 1995 (95).

Les 217 gynécologues qui ont participé à l'étude (58% francophones) ont interviewé au total 2174 femmes. L'objectif de cette étude était d'identifier les symptômes dépressifs chez les patientes selon le diagnostic porté par le médecin et selon le score obtenu sur l'échelle *Goldberg Depression Scale* *.

* La Golberg Depression Scale a été développée pour détecter l'anxiété et la dépression dans les structures de médecine générale. L'échelle comprend quatre questions de base (baisse

Seules 12% des patientes participant à l'étude présentaient des symptômes dépressifs selon le diagnostic posé directement par les gynécologues, alors que le diagnostic posé à l'aide de l'échelle de dépression détectait 35% des femmes avec 2 à plus de 2 réponses positives, et 19% des femmes avec 4 à plus de 4 réponses positives.

Tableau 7-7: Pourcentage de symptômes dépressifs chez des patientes en gynécologie, Belgique, 1995.

	n	%
Opinion du gynécologue (n=2159)		
Femmes avec symptômes dépressifs	258	12
Réponses positives sur la <i>Goldberg Depression scale</i> (n=2154)		
?2	749	35
?4	413	19

Ces résultats* suggèrent que les symptômes dépressifs ne sont pas souvent reconnus par les médecins dans la pratique de gynécologie, la plupart des personnes présentant des symptômes dépressifs passant inaperçues. Cette observation n'est sûrement pas spécifique de cette étude, et il est très probable qu'il s'agit d'un fait qui s'observe dans la réalité.

Etude DEPRES, 1994-95

En ce qui concerne les consultations, l'étude DEPRES I (90) nous a fourni des informations intéressantes.

Le tableau ci-dessous présente quelques résultats de l'enquête DEPRES en ce qui concerne les consultations et les prescriptions.

d'énergie, perte d'intérêt, de confiance et perte d'espoir) ainsi que des questions sur des symptômes supplémentaires, s'il y a au moins 1 réponse positive aux questions de base. Le seuil déterminé pour indiquer qu'il y a des troubles dépressifs importants est de 2, celui de 4 a été recommandé pour plus de spécificité.

* Cette étude comporte cependant quelques biais : un biais de sélection, car les gynécologues ayant accepté de participer avaient un intérêt spécifique pour ce sujet ; un biais d'information, car les deux méthodes de détection se déroulaient l'une à la suite de l'autre (opinion du médecin puis Depression scale), le nombre de femmes ayant potentiellement des symptômes dépressifs selon l'opinion du médecin pourrait être surestimé. La tendance observée des résultats n'en est cependant pas modifiée, mais amplifiée.

Tableau 7-8: Proportion de patients dépressifs consultants pour leur dépression et proportion de prescriptions médicales pour le traitement de la dépression, DEPRES, 1997.

	Belgique	Moyenne européenne
% consultation avec des professionnels de santé		
Généraliste	55,0	50,6
Psychiatre	9,8	9,2
Autre spécialiste	11,2	12,3
Psychologue/conseiller	9,1	8,3
% de prescription médicale		
Toute dépression	38,8	30,7
Dépression majeure	49,9	41,4
Dépression mineure	36,7	27,7
Symptômes dépressifs	29,6	22,5

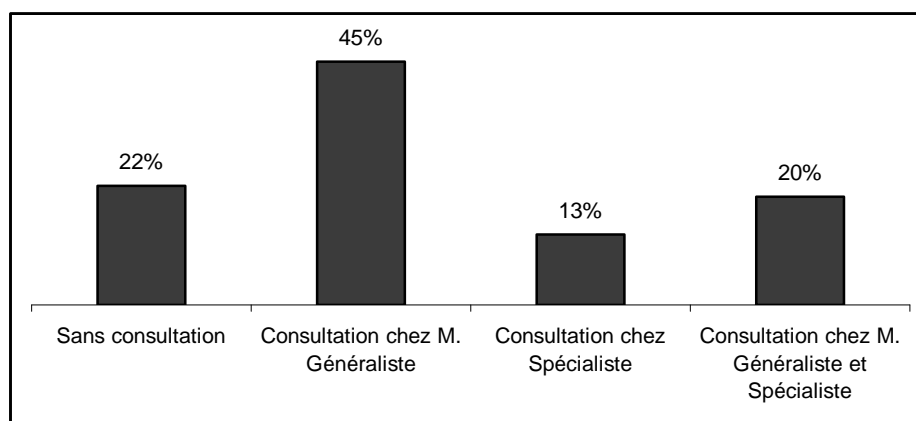
Les niveaux de consultation étaient les plus élevés en France et aux Pays Bas (approximativement 60%), suivi par la Belgique (55%).

Il semble y avoir une corrélation entre la gravité de la dépression et l'utilisation des soins de santé. Cette corrélation est la plus forte en Belgique par rapport aux autres pays, avec en moyenne 5,3 visites au cours des six mois chez un médecin généraliste/de famille pour la dépression majeure, soit 6,6 fois plus de visites que chez les personnes non déprimées.

Enquête Santé par interview de 1997

Les résultats de l'Enquête de Santé de 1997 montrent que près de 22% des personnes déclarant une dépression au cours des 12 derniers mois, n'ont pas été suivies par un médecin.

Figure 7-4 Proportion de personnes déclarant une dépression au cours des 12 derniers mois et ayant consulté ou non (n=528). Enquête Santé par Interview, Belgique, 1997.



On peut dire d'après ces différents résultats, que la dépression est une affection fréquemment observée dans la patientèle généraliste. Cependant seule une partie des cas de troubles dépressifs est diagnostiquée correctement.

Ces résultats corroborent certaines données internationales(96) (97), qui indiquent que les troubles dépressifs ne sont pas souvent reconnus/diagnostiqués dans la

pratique clinique et que lorsqu'ils sont traités, peu de patients reçoivent le traitement adéquat.

Consommation des médicaments

L'enquête DEPRES étudie la consommation de médicaments dans le traitement de la dépression. Il s'est avéré qu'au total 31% des patients déprimés (tout type de dépression) et 41% de patients ayant une dépression majeure recevaient un traitement médicamenteux pour leur problème.

La Belgique, la France et les Pays Bas, prescrivait plus souvent un traitement (environ 50% des patients ayant une dépression majeure recevaient un traitement médicamenteux contre leur dépression) que les autres pays (Allemagne, Grande Bretagne).

En ce qui concerne le type de médicaments prescrits, la Belgique et la Grande Bretagne se retrouvent en tête avec plus de 30% d'antidépresseurs et de tranquillisants. Pour la Belgique, près de 25% sont uniquement des antidépresseurs.

Tableau 7-9: Prescription d'un traitement médicamenteux par pays et selon la gravité de la dépression, Etude DEPRES, 1995.

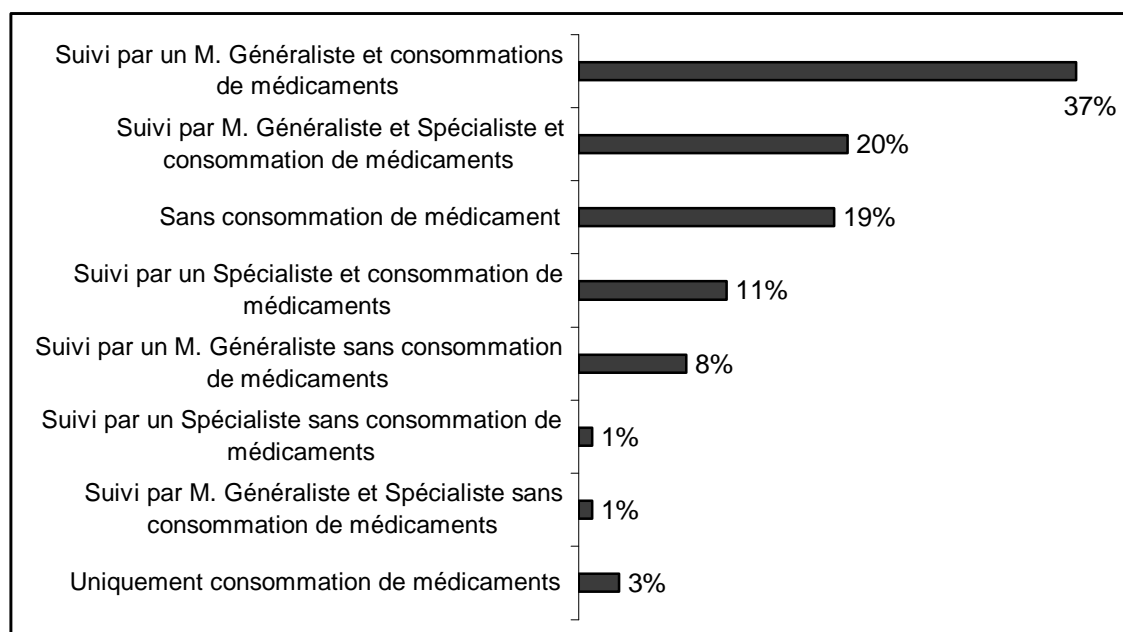
Etude DEPRES (90)

Pays	% Traitement médicamenteux prescrit			
	Dépression majeure	Dépression mineure	Symptômes dépressifs	Toute dépression
Belgique	49,9	36,7	29,6	38,8
France	51,4	29,2	30,0	38,7
Allemagne	34,6	26,1	13,3	22,6
Pays Bas	50,8	38,1	24,1	37,9
Espagne	34,5	18,9	22,7	26,9
Royaume Uni	34,6	22,8	17,0	25,4
Total	41,4	27,7	22,5	30,7

Dans l'Enquête de Santé de 1997, on trouve des résultats plus élevés en ce qui concerne le traitement de la dépression : 74% des personnes déclarant une dépression durant les 12 derniers mois ont pris un traitement médicamenteux contre leur dépression, ce qui n'est pas négligeable.

On constate néanmoins que 3% des personnes déclarant une dépression au cours des 12 derniers mois consommaient des médicaments sans suivi médical et 19% ne recevaient aucun traitement médicamenteux.

Figure 7-5 Prévalence de suivi et de traitement des personnes déclarant une dépression au cours des 12 derniers (n=528), Enquête Santé par Interview, Belgique, 1997.



On note que 64% des médicaments contre la dépression sont prescrits par les médecins généralistes, 35% par des spécialistes.

Seulement 60% des médicaments prescrits ont été consommé par les personnes dépressives.

D'autres médicaments sont également prescrits : 32% des personnes déclarant une dépression dans les 12 derniers mois ont consommé des tranquillisants prescrits et autres médicaments pour les nerfs, 31% ont consommé des somnifères.

Données concernant les hospitalisations

Des données minimales psychiatriques sont enregistrées sous forme de Résumé Psychiatrique Minimum (RPM) depuis avril 1996 dans les hôpitaux psychiatriques et les services psychiatriques des hôpitaux généraux. Depuis janvier 1998, les Maisons de soins psychiatriques ainsi que les Initiatives d'Habitations Protégées participent également à l'enregistrement de ces données. Des données socio-démographiques du patient, le diagnostic et les problèmes à l'admission, les données du traitement, le diagnostic et les problèmes résiduels à la sortie sont les informations ainsi récoltées.

La dépression est également enregistrée par le RPM selon la classification du DSM-IV, à l'admission d'un séjour hospitalier et à la fin de chaque séjour*.

Le RPM est donc un instrument qui pourrait nous fournir des informations complètes (aussi bien concernant le diagnostic exact selon le DSM-IV que des données de type épidémiologique du patient) sur les hospitalisations pour cause de dépression.

* Jean-Pierre Gorissen, Communication personnelle

Cependant la publication des données du RPM a été interrompue en 2000 pour cause de problèmes d'anonymisation* des données.

b. Incidence de la dépression en Belgique

Pour pouvoir évaluer l'incidence d'une maladie dans une population, il est nécessaire d'enregistrer les nouveaux cas (survenue de nouveaux malades) sur une période de temps précise chez des personnes indemnes de la maladie.

Dans le cas des dépressions, cela est loin d'être évident à réaliser. Il est nécessaire de disposer d'échantillons de grande taille et de les observer prospectivement pour générer des données d'incidence précises.

Les études permettant d'estimer l'incidence de la dépression sont des études de suivi ou transversales à plusieurs phases, où les personnes sont interrogées à plusieurs reprises dans un intervalle de temps déterminé.

Un autre problème de l'estimation de l'incidence de la dépression est que celle-ci dépend de la chronicité des symptômes dépressifs et de la durée des épisodes : par exemple, les troubles dépressifs unipolaires ont l'incidence annuelle la plus élevée parmi les troubles de l'humeur. Les troubles dépressifs unipolaires sont cependant plus épisodiques que la dysthymie ou les troubles bipolaires.

Les données de l'incidence de la dépression sont quasi-inexistantes en Belgique. Mais cela s'observe d'une manière générale : les études épidémiologiques réalisées dans la population générale fournissent rarement ces informations.

Les autres raisons à cela sont en partie dues aux difficultés méthodologiques des études permettant d'estimer l'incidence de la dépression et aux caractéristiques de la maladie (persistance, durée des épisodes...).

Le projet (INTEGO) (98) fournit des données de l'incidence estimée de la dépression chez les patients consultant un cabinet de médecin généraliste.

INTEGO (KULeuven Intego Network) est en Belgique le premier réseau informatisé d'enregistrement continu de la morbidité, par des médecins généralistes. Il ne fonctionne actuellement que dans quelques villes de Flandre.

L'objectif est de développer une base de données des pathologies permettant de mesurer l'incidence et la prévalence de certaines pathologies en Flandre. Des informations sur les tests diagnostics et les traitements en médecine générale seront aussi tirées de cette base de données. Le projet a été lancé en Flandre en 1990 au Département de médecine générale de la KULeuven sur le modèle des réseaux d'enregistrement développés à l'étranger.

La dépression fait partie des pathologies enregistrées par ce système. Le système de classification utilisé pour coder les diagnostics est l'*International Classification of Primary Care* (ICPC), code P76 pour les troubles dépressifs.

Actuellement grâce à ce système, des données de l'incidence de pathologies en médecine générale sont disponibles pour les années 1994 à 1999.

* Léon From, Communication personnelle

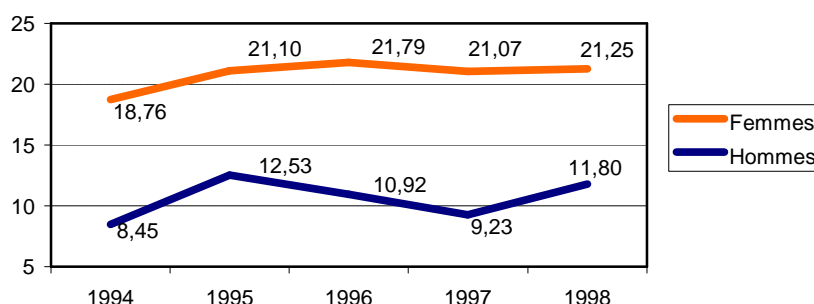
Tableau 7-10: Nombre de diagnostics de dépression, réseau INTEGO, Belgique 1994-1998.

Diagnostics ICPC P76 : Dépression			
Années	Femmes	Hommes	Total
1994	303	119	422
1995	365	192	577
1996	379	168	547
1997	373	145	518
1998	397	198	595
Total	1817	822	2639

Les chiffres ci-dessous sont à interpréter avec précaution car l'incidence* est calculée à partir de populations estimées, pour un nombre limité de cabinets de médecins généralistes en Flandre (les données de 46 cabinets de médecine générale et d'un groupe de référence de 26 cabinets participant depuis le début, ont été analysées).

En outre, il faut noter que ce réseau fonctionne à quelques endroits en Flandre et ne peut être représentatif de la Région entière et encore moins de la Belgique.

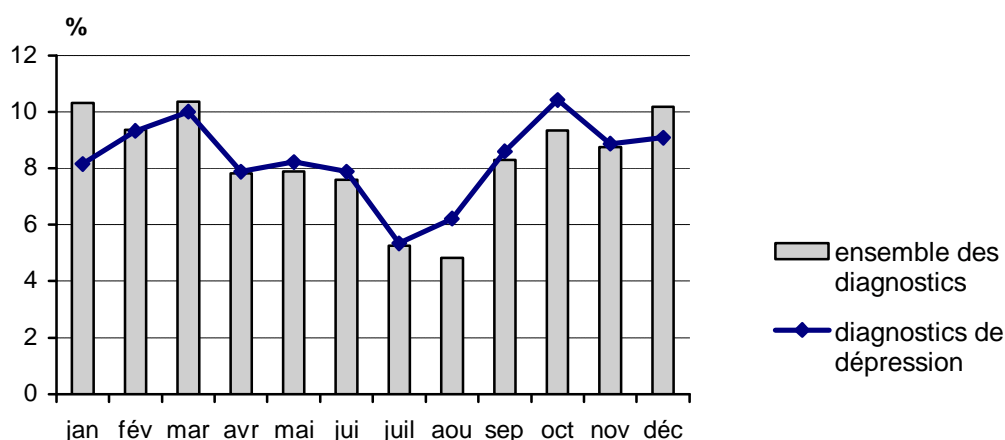
Figure 7-6 : Incidence de la dépression (par 1000 patients-années) par sexe, réseau INTEGO, Belgique, 1994-98.



Entre 1994 et 1998, on remarque dans l'ensemble une augmentation de l'incidence de la dépression chez les patients consultants des médecins, beaucoup plus marquée chez les hommes que chez les femmes (ici le dénominateur concerne le nombre de différents patients qui consultent leur médecin généraliste au moins une fois dans l'année).

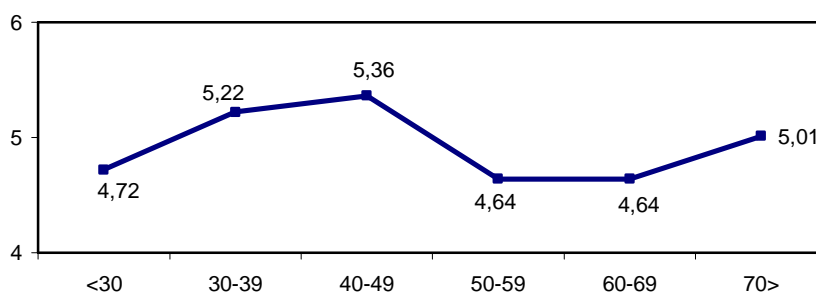
* L'incidence calculée est définie comme le nombre de nouveaux cas dans une certaine population durant une période donnée. La difficulté réside dans la définition de la population (dénominateur) : les patients ne sont pas inscrits chez un médecin généraliste fixe. De ce fait, déterminer un dénominateur, nécessite de faire quelques estimations.

Figure 7-7 : Incidence de la dépression en comparaison aux autres diagnostics selon le mois de l'année, réseau INTEGO, Belgique, 1994-1998.



Il nous semble qu'un tel système est intéressant pour estimer l'importance de dépressions diagnostiquées lors des consultations de médecins généralistes, et devrait être plus exploité.

Figure 7-8: Incidence de la dépression (%) durant la période 1992-1994 selon l'âge. PSBH, Belgique.



Les données du Panel Study Belgian Households montrent que l'âge de survenue de la dépression est le plus souvent situé entre 30 et 49 ans

c. Données générales sur les conséquences de la dépression: suicides et tentatives de suicide

Le suicide est un problème de santé publique important en Belgique. Avec la France, la Finlande et la Suisse, la Belgique se situe parmi les pays d'Europe qui ont des taux de mortalité par suicide les plus élevés (Health For All database OMS, 2000).

L'évolution de la mortalité par suicide a été étudiée pour la période 1970-1990. On observe depuis 1970 une augmentation de ce taux jusqu'à la période 1981-1985, puis une baisse entre 1986-1990. Globalement il en résulte une augmentation de 27,3% chez les femmes et 26,9% chez les hommes (99).

Entre 1990 et 1995 le taux de mortalité par suicide a continué à augmenter. Il y a eu en Belgique 2155 décès par suicide en 1995. Ceci représente un taux brut de mortalité de 21/100 000 habitants (soit 31/100.000 chez les hommes et 12/100.000 chez les femmes).

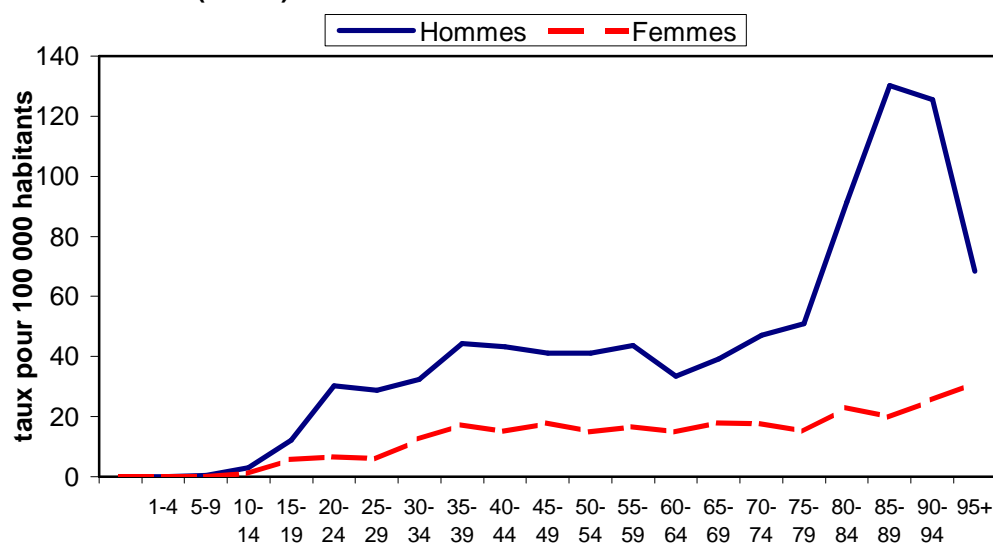
En 1995, le suicide était la cause de près de ¼ des décès entre 15 et 44 ans dans la population de la Belgique (21,6% des décès).

Il existe néanmoins des différences entre les régions et selon le sexe.

Tableau 7-11: Taux de mortalité par suicides, standardisés pour l'âge, par région et par sexe, Belgique, 1995. (population de référence: population belge de 1995). Source: ISP (SPMA).

	Taux standardisés de mortalité (pour 100 000)	
	Hommes	Femmes
Région flamande	27,32	10,04
Région wallonne	39,62	13,58
Bruxelles	27,92	14,66
Belgique (référence)	31,27	11,68

Figure 7-9 : Taux de suicide (pour 100 000) par sexe et par groupe d'âge, Belgique, 1995. Source ISP (SPMA)

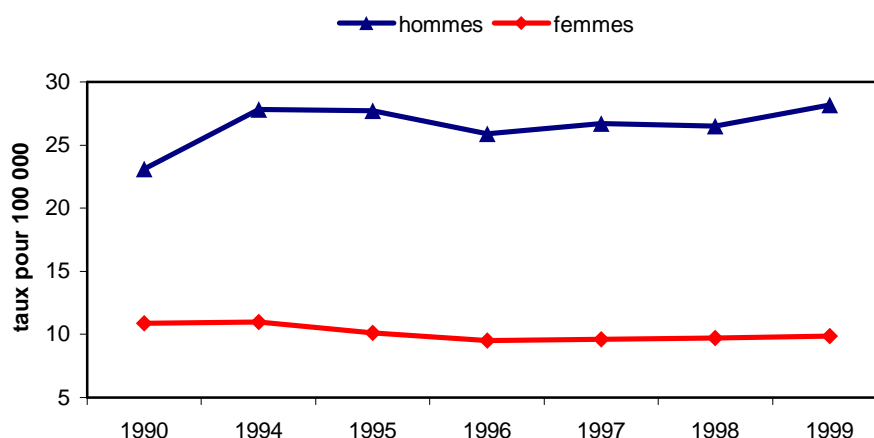


Entre 1992 et 1994, le suicide occupe la deuxième place dans les causes de mortalité sur base des années potentielles de vie perdues pour les 15-64 ans.

La Région flamande a enregistré en 1999, 1121 décès par suicide ; près des ¾ étaient des hommes. Dans 63,7% des cas mentionnés (174/273) la dépression était la première cause associée au suicide (Gezondheidsindicatoren, 1999).

La figure ci-dessous montre l'évolution du taux de mortalité par suicide en Région flamande.

Figure 7-10 : Taux standardisés de mortalité du au suicide par 100 000 habitants (standardisation directe, année de référence 1999), Gezondheidsindicatoren Région flamande, 1999.



On constate que le taux de suicide chez les femmes est assez stable dans le temps avec une légère baisse entre 1990 et 1996.

Chez les hommes, le taux de mortalité par suicide est à chaque année entre 2 à 3 fois plus élevé que chez les femmes. Les niveaux les plus élevés parmi les taux de mortalité par suicide ont été observés en 1994-95. A partir de 1996 et jusqu'en 1999, le taux de mortalité du au suicide tendait à augmenter.

Durant la période de 1990 à 1995 entre 120 et 158 médecins vigies ont enregistré les tentatives de suicide et les suicides en Belgique.

En 1990-91, le réseau sentinelle de médecins vigies a enregistré la survenue de suicides et de tentatives de suicide dans leur pratique. Le taux annuel de tentative de suicide était estimé à 13,0 cas pour 10 000 habitants. Le taux d'incidence le plus élevé concernait les femmes et les jeunes. Le taux annuel de suicide est estimé à 2,3 cas pour 10 000 habitants* avec un taux plus élevé chez les hommes et les personnes âgées. Près de la moitié des suicidants et des suicidés avaient été traités pour un trouble mental dans l'année précédant le suicide (ou la tentative de suicide).

En ce qui concerne les tentatives de suicide, les données sont suivies depuis quelques années. Les tentatives de suicides sont enregistrées au niveau national par les médecins vigies (période 1982-83, 1990-95, 2000-2001[†]).

Des données récentes sont disponibles pour la Région flamande qui possède un système d'enregistrement des tentatives de suicide. Durant l'année 1999, 844 tentatives de suicides (760 de personnes différentes) ont été enregistrées dans les cinq hôpitaux participant au système. L'incidence annuelle totale basée sur le nombre d'habitants était de 171 pour 100 000 habitants (128/100 000 habitants chez

* Les valeurs d'incidence estimées par le réseau des médecins vigies sont un peu plus élevées que les valeurs de mortalité par suicide obtenues pour 1991 avec SPMA (1,8/10 000 habitants, soit 2,6/10 000 chez les hommes et 1,0/10 000 chez les femmes) mais concordent néanmoins dans les tendances.

[†] Les résultats pour la période 2000-2001 ne sont pas encore disponibles.

les hommes et 208/100 000 habitants chez les femmes). L'incidence des tentatives de suicide était plus haute chez les femmes que chez les hommes. En comparaison avec l'année précédente (1998) l'incidence totale chez les deux sexes est plus basse. Plus de la moitié des tentatives de suicide ont été enregistrées chez les personnes âgées de 13 à 34 ans.

La majorité des suicidants n'avaient jamais été mariés et habitaient seuls. Une différence significative a été constatée entre les hommes et les femmes concernant le statut économique. 54,1% des hommes suicidants ont un emploi rémunéré contre 31,2% des femmes suicidantes. Cependant la majorité des femmes commettant une tentative de suicide sont « économiquement inactives » (étudiantes, femmes au foyer, invalides et pensionnées) contre 30,9% des hommes.

La méthode la plus fréquemment utilisée était l'intoxication médicamenteuse, surtout chez les femmes. On a constaté également un phénomène de saisonnalité significativement différent chez les hommes et les femmes: en automne une majorité d'hommes commettent des tentatives de suicide, par contre en été les femmes passent plus souvent à l'acte.

Par rapport aux autres pays de l'Union européenne la Belgique occupait en 1995 la troisième place pour le taux standardisé de mortalité due au suicide. (Health For All database OMS, 2000).

Les chiffres disponibles sur les suicides et tentatives de suicides sont très probablement sous estimés en raison de la notification de cas qui est loin d'être exhaustive : certains accidents de circulation sont des formes masquées de suicide et seulement les personnes commettant des tentatives de suicide graves font appel à un médecin ou sont hospitalisées.

7.3 Synthèse des données en Belgique

La dépression constitue en Belgique une maladie fréquente, handicapante mais peu étudiée. En dehors de l'enquête DEPRES réalisée en 1995, à notre connaissance, aucune étude spécifique à la dépression n'a été réalisée et publiée depuis sur le plan national, pour mesurer la prévalence de la dépression dans un échantillon représentatif de la population générale de la Belgique. Les études réalisées toutefois dans certaines provinces ou villes apportent des informations pertinentes montrant ainsi que la Belgique comme la plupart des pays occidentaux doit faire face à cette maladie.

En ce qui concerne les chiffres de prévalence, on peut retenir que la prévalence de la dépression (trouble dépressif majeur et dysthymie) au cours de la vie varie de 22% à 25% si l'on ne considère que la population adulte. La prévalence à six mois des troubles dépressifs majeurs, dépression mineure, dysthymie et symptômes dépressifs se situe entre 11% et un peu plus de 12% (Tableau 7-12).

Il n'est pas évident de déterminer une évolution dans le temps à partir des chiffres dont nous disposons, car dans la plupart des cas les populations d'étude ne sont pas comparables pour l'âge, les instruments de mesure et les diagnostics envisagés.

Bien que des études aient été réalisées dans le passé, il est nécessaire de remettre à jour les connaissances sur la prévalence de cette maladie.

On peut aussi dire que nous disposons de peu de données d'incidence. Pourtant les études permettant de déterminer l'incidence de la dépression sont nécessaires car elles facilitent l'étude des facteurs de risque et permettent d'améliorer les connaissances sur l'étiologie de la dépression. Les études longitudinales permettent aussi de suivre dans le temps la survenue de la dépression.

Tableau 7-12: Synthèse des études réalisées et publiées fournissant des données sur la prévalence de la dépression en Belgique

Effectif	Âge	Outil de mesure	Classification	Diagnostic	Prévalence				
					Au moment de l'étude	6 mois	1 an	Vie entière	
Panel Study of Belgian Households, 1992-1994	8744	16+	HDL-global depression scale	DSM-III-R	Symptômes dépressifs 1992 1993 1994			16,2% 15,4% 15,3%	
Etude Baruffol & Thilmany, 1993	240	25-45	DISSI-version informatisée	DSM-III	Trouble dépressif majeur et dysthymie		11,9%		25,5%
Santé mentale chez les jeunes, 1994	2209	12-18	CES-D seuil 21		Symptomatologie dépressive H F	17,2% 27,8%			
Etude gynécologues, 1995	2174	Tout âge	Goldberg Depression scale ≥2 ≥4		Symptômes dépressifs F	35% 19%			
DEPRES, 1995	8076	18+	MINI	DSM-III-R	Troubles de l'humeur Épisode dépressif majeur Dépression mineure Symptômes dépressifs		12,2% 5,0% 1,5% 5,7%		
HIS, 1997	8560	15+	Autodéclaration GHQ-12		Dépression Problèmes de santé mentale	31%		6,4%	
Etude du Luxembourg, 1998	807	18-54	CIDI	DSM-IV	Troubles psychiatriques Troubles thymiques Trouble dépressif majeur Dysthymie				56,4% 23,7 22,4 0,7
Dépressivité et monde du travail, 1998	1143		CES-D HSCL-90		Dépressivité Irritabilité H F	11,7% 19,4%			

7.4 Données internationales

a. Prévalence de la dépression

La proportion de la population adulte présentant un trouble dépressif majeur varie considérablement d'une étude à une autre. Selon le DSM -IV (1), le risque de présenter un trouble dépressif majeur au cours de la vie varie en population générale de 10 à 25% pour les femmes et de 5 à 12% pour les hommes (données de différentes études réalisées dans plusieurs pays du monde). La prévalence ponctuelle (à un moment donné) du trouble dépressif majeur dans la population adulte varie de 5 à 9% pour les femmes et de 2 à 3% pour les hommes.

Une des enquêtes les plus importantes réalisées aux Etats Unis à la fin des années 1980 sur l'épidémiologie des psychopathologies : *The Epidemiologic Catchment Area (ECA)* a permis d'estimer la prévalence et l'incidence des troubles dépressifs à partir d'un échantillon de 19 640 individus de 18 ans et plus, institutionnalisés (8%) et non institutionnalisés (92%), représentatifs de la population des secteurs géographiques d'études (catchment areas).

L'ECA était basée sur les critères du DSM -III et utilisait le *Diagnostic Interview Schedule (DIS)* pour identifier les personnes répondant aux critères de différents troubles psychiatriques.

La prévalence au cours de la vie des troubles psychiatriques était de 32% (36% chez les hommes et 30% chez les femmes). La prévalence au cours de l'année précédent l'interview était de 20% chez les deux sexes.

Les troubles les plus fréquents étaient les phobies et l'abus/dépendance à l'alcool, suivis de l'anxiété et de l'épisode dépressif majeur. La prévalence estimée de la dépression majeure au cours de la vie était de 2,6% chez les hommes et 7,0% chez les femmes. Pour la population générale non institutionnalisée, la prévalence au cours de la vie était de 4,4%, au cours de six mois de 2,2% et la prévalence annuelle de 2,6%.

Dans l'étude *National Comorbidity Survey (NCS)* (100) menée entre 1990 et 1992 sur plus de 8000 personnes de 15 à 54 ans représentatifs de la population générale américaine, les chiffres concernant la dépression sont plus élevés que dans l'enquête ECA : la prévalence mensuelle est de 4,9%, avec un taux beaucoup plus élevé chez les femmes, et la prévalence au cours de la vie s'élève à 17,1%. Dans cette étude l'instrument utilisé pour le diagnostic des troubles psychiatriques était une version modifiée du *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*.

Cette différence avec l'ECA pourrait s'expliquer par le fait que le CIDI est un instrument amélioré et beaucoup plus précis, dérivant du DIS, mais il est difficile de confirmer que la différence provient d'une augmentation de cas de dépression entre les deux études.

Au niveau belge, la seule étude utilisant le même instrument de mesure que la NCS (CIDI) est l'étude réalisée au Luxembourg en 1998 -1999 (n=807). Les chiffres obtenus en Belgique sont plus importants, surtout en ce concerne la dépression (près de 23% en Belgique contre 17% aux Etats Unis) et les troubles liés à l'abus/dépendance d'alcool (près de 30% en Belgique contre 23% aux Etats Unis).

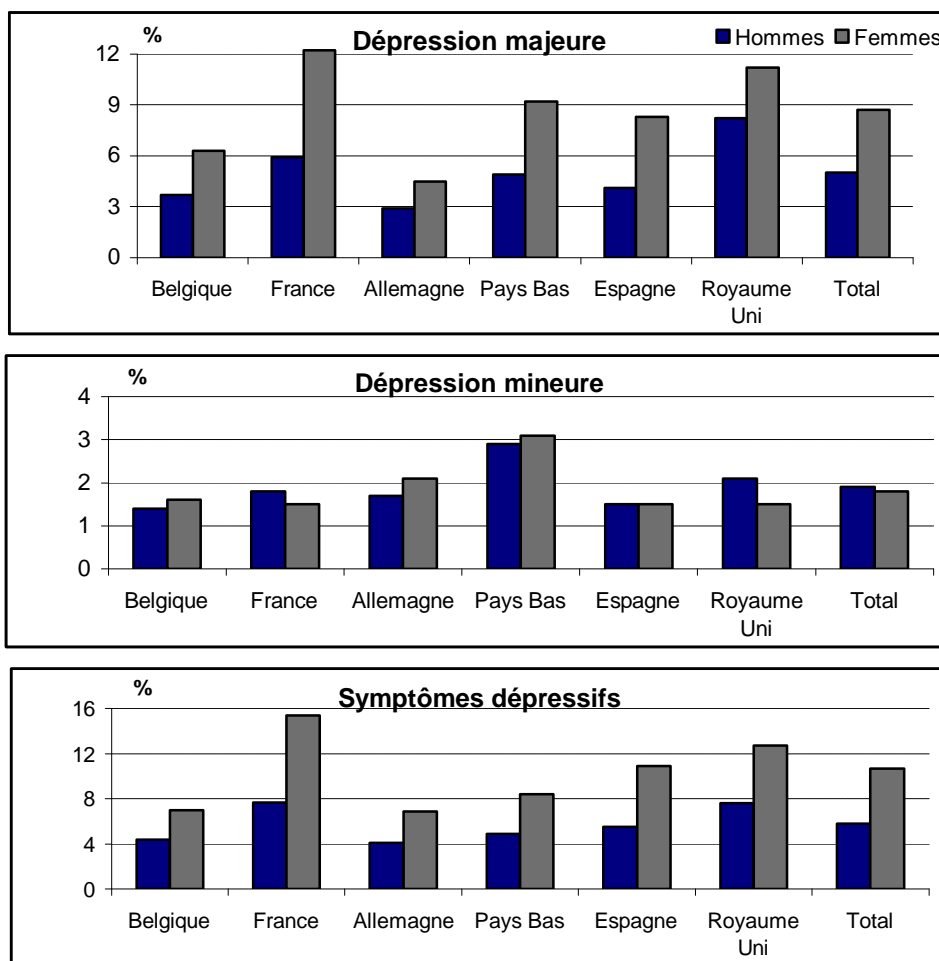
Au niveau européen, l'étude DEPRES (*Depression Research in European Society*) menée en 1994-1995 dans 6 pays européens (Allemagne, Belgique, Espagne, France, Pays-Bas, Grande-Bretagne) est l'une des plus importantes à ce jour. 78463 personnes ont été interrogées pour savoir si elles ont souffert de dépression dans les 6 mois précédents l'enquête. L'instrument de dépistage de la dépression était le MINI (*Mini-International Neuropsychiatric Interview*).

Une prévalence de la dépression de 17% a été déterminée pour l'ensemble de la population dépistée (90).

Tableau 7-13 : Prévalence sur six mois (%) des troubles et symptômes dépressifs, Etude DEPRES, Europe, 1994-1995.

		Dépression majeure	Dépression mineure	Symptômes dépressifs	Total
Belgique	8 076	5,0	1,5	5,7	12,2
France	14 517	9,1	1,7	11,6	22,4
Allemagne	16 184	3,8	1,9	5,6	11,3
Pays Bas	7 811	6,9	3,0	6,5	16,4
Espagne	16 132	6,2	1,5	8,2	15,9
Royaume Uni	15 743	9,9	1,7	10,4	22,0
Total	78 463	6,9	1,8	8,3	

Figure 7-11 : Prévalence (%) de la dépression par type et par sexe, Etude DEPRES, Europe, 1994-1995.



Cette comparaison par pays nous montre que la France et le Royaume Uni se situent en tête avec des taux de prévalence de la dépression assez élevés (plus de 22% pour l'ensemble des différents types de dépression et sexes confondus) par rapport aux autres pays de l'étude. D'une manière générale (tout type de dépression et sexes confondus), l'Allemagne présente le taux de dépression le plus bas (11,3%) suivi par la Belgique (12,2%).

Lorsque l'on observe les taux de dépression selon le type, on constate que les symptômes dépressifs apparaissent le plus fréquemment, suivi par la dépression majeure. L'importance relative varie selon les pays.

Une enquête prospective et transversale (NEMESIS) a été réalisée à Utrecht, aux Pays Bas (101). Au cours de trois années, 1996, 1997 et 1999, 7079 adultes de 18 à 64 ans ont été interrogés. L'instrument diagnostique était le C IDI et les troubles ont été définis en utilisant les critères du DSM -III-R.

Les résultats (102) ont montré que les troubles psychiatriques étaient fréquents dans la population étudiée. Le trouble psychiatrique le plus fréquent était la dépression : plus de 15% des répondants avaient un antécédent de dépression (10,9% chez les hommes et 20,1% chez les femmes). La prévalence annuelle de la dépression était de 4,1% chez les hommes et 7,5% chez les femmes. Ces résultats pour les Pays

Bas sont aussi élevés que dans l'étude DEPRES bien que la période considérée ne soit pas la même dans les deux études (6 mois dans DEPRES).

Tableau 7-14: Prévalence (%) selon le sexe, au cours de la vie, pendant une période de 12 mois et une période de un mois, de la dépression et de tous les troubles psychiatriques diagnostiqués (n=7079)*, Etude NEMESIS, Pays Bas, 1996-1997-1999.

	Vie entière	Prévalence (%)	
		12 mois	1 mois
Hommes			
Dépression	10,9	4,1	1,9
Troubles psychiatriques	42,5	23,5	15,9
Femmes			
Dépression	20,1	7,5	3,4
Troubles psychiatriques	39,9	23,6	17,0
Total			
Dépression	15,4	5,8	2,7
Troubles psychiatriques	41,2	23,5	16,5

* 46,7% d'hommes et 53,3% de femmes. Les données ont été pondérées pour le sexe, l'âge, l'état civil, l'urbanisation, de manière à être comparables aux données de la population générale des Pays Bas.

Dans l'enquête Santé et Protection Sociale réalisée en France en 1996 -1997 (33) auprès d'environ 10 000 personnes âgées de 16 ans et plus, 6,3% se déclarent dépressives au moment de l'enquête. 11,8% des personnes interrogées sont dépressives (16% chez les femmes et 7% chez les hommes) lorsque l'on établit un diagnostic de la dépression grâce au MINI (33).

En combinant les deux méthodes d'évaluation de la prévalence ponctuelle de la dépression (auto-déclaration et questionnement par le MINI) on obtient une prévalence ponctuelle de dépression de 14,9% (20% chez les femmes et de 9% chez les hommes).

Les données sur la prévalence de la dépression selon la catégorie socio - professionnelle (33) indiquent que la dépression est beaucoup plus fréquente chez les employés et les ouvriers, par contre on compte une proportion moindre de dépressifs parmi les cadres et les agriculteurs.

Chez les hommes la dépression touche 11% des employés et 11% des ouvriers. Cependant l'écart avec les autres groupes socio -professionnels n'est pas très élevé (9 à 10%).

Chez les femmes par contre les écarts sont plus importants, la dépression touchant 23% des employées et 23% des ouvrières, 18% des professions intermédiaires, 16% des artisans et des cadres, et 15% des agricultrices.

Les contraintes mentales et le faible soutien social au travail sont associés aux symptômes dépressifs.

b. Incidence de la dépression

Au niveau international, on peut citer les résultats de l'ECA aux Etats Unis. L'incidence annuelle de la dépression majeure dans les différents sites de recherche était de 1,98% chez les femmes et 1,10% chez les hommes.

7.5 La charge de morbidité

La charge de morbidité peut se définir comme l'écart entre une situation sanitaire réelle et une situation idéale où chacun atteindrait un âge avancé sans maladie ni incapacité.

Les chiffres de l'OMS montrent qu'en 1998 les maladies neuropsychiatriques ont représenté 23% de la charge de la maladie mesurée en DALY* dans les pays à haut revenu et 10% dans les pays à faible ou moyen revenu (103). Une grande part de la charge de la maladie imputable aux affections neuropsychiatriques est associée aux dépressions majeures.

Une comparaison entre les méthodes employées dans deux études australiennes et dans l'étude de l'OMS sur la Charge Globale de Morbidité dans le monde, a confirmé que les troubles mentaux constituent dans les pays développés une des principales causes de la charge globale de morbidité. Parmi les troubles mentaux, la dépression est la principale cause de DALY chez les femmes et la seconde chez les hommes (83).

Tableau 7-15: Taux de DALY par 1000 personnes* pour les troubles mentaux dans les pays à Economies de Marché Etablies (EME) (1990) et dans l'Etat de Victoria, Australie (1996).

Troubles	Hommes		Femmes	
	EME	Victoria	EME	Victoria
Ensemble des troubles mentaux	25,9	20,1	21,4	21,2
Troubles affectifs	8,2	6,7	12,7	9,0
Dépression	6,0	5,3	10,7	7,7
Trouble bipolaire	2,2	1,4	2,1	1,3
Trouble anxieux	2,4	4,3	3,6	6,0
Abus et dépendance à une substance (alcool, drogue)	12,4	6,4	2,6	3,1
Schizophrénie	2,9	1,2	2,6	1,0
Autres troubles mentaux	0,0	1,5	0,0	2,1

DALY pondérés en fonction de l'âge et standardisés sur l'âge de la population des pays à EME, 1990.

En 2000 les troubles dépressifs unipolaires se plaçaient au cinquième rang des causes de morbidité, avec 4,4% des DALY. Chez les 15 -44 ans il s'agissait de la deuxième cause de morbidité (8,3% des DALY) (104).

Selon les estimations, si la transition démographique et épidémiologique observée actuellement se poursuit, la dépression représentera en 2020, 5,7% de la charge globale de morbidité et deviendra la deuxième cause d'incapacité (mesurée en DALY) à l'échelle mondiale après les maladies cardio-vasculaires ischémiques. Dans les pays développés elle constituera la première cause de morbidité (104).

* Une unité de DALY (en français année de vie corrigée pour l'incapacité) représente une année de vie en bonne santé qui est perdue. Le nombre de DALY prend en compte non seulement le nombre de décès mais aussi l'impact sur une population de décès prématurés et des incapacités.

7.6 Etudes en cours

a. Enquête santé par Interview de 2001

Une nouvelle enquête de santé a été menée en 2001 dans les différentes Régions et Communautés de Belgique. Cette enquête avait les mêmes objectifs que l'enquête santé de 1997.

Le changement majeur effectué en 2001 par rapport à l'enquête de 1997 concerne l'ajout des sous-échelles du SCL-90-R (*Symptom Checklist-90-Revised*). Ceci permettra d'évaluer des troubles psychologiques spécifiques (comme le syndrome dépressif, l'anxiété, les troubles du sommeil).

Les résultats de l'enquête de santé de 2001 seront disponibles en septembre 2002. Ils fourniront de nouvelles informations pour la Belgique, permettant ainsi de faire une comparaison par rapport aux résultats de l'enquête de 1997 et des comparaisons internationales.

b. European Study on Epidemiology of Mental Health, 2000.

Il s'agit d'un projet de l'OMS dans le cadre de ses Stratégies Globales pour la Santé Mentale, qui est réalisé à une échelle internationale dans les six régions de l'OMS. En Europe, les pays participants sont la Belgique, la France, l'Allemagne, l'Italie, les Pays Bas et l'Espagne.

Les objectifs de cette étude sont multiples, mais principalement il s'agit de mesurer la prévalence des troubles mentaux, leur sévérité, déterminer la charge de morbidité attribuable à ces troubles, la prise en charge, etc. Un module important de cette enquête concerne la dépression.

En Belgique, la population cible est celle des personnes de 18 ans et plus, non institutionnalisées. L'objectif en Belgique est d'interroger 3000 personnes dont 10% interrogés en couple. Les données de cette enquête seront disponibles pour les analyses à partir d'octobre 2002* et permettront d'améliorer les connaissances sur la santé mentale en Belgique (épidémiologie, prise en charge, etc).

* Communication personnelle, Stefaan Demarest.

8. Traitement de la dépression

8.1 Les traitements disponibles

La dépression est une maladie pour laquelle il existe actuellement plusieurs traitements :

- Les traitements médicamenteux ;
- La psychothérapie ;
- L'électroconvulsiothérapie.

Un traitement médicamenteux sera plutôt utilisé si la symptomatologie dépressive est importante ou si le patient ne peut pas suivre une prise en charge psychothérapeutique.

L'aspect psychothérapeutique peut être suffisant dans les dépressions d'intensité légère à modérée ou lorsque les facteurs psychologiques jouent un rôle important.

D'une façon idéale, le traitement des troubles dépressifs comprendra une prise en charge médicamenteuse et psychothérapeutique.

a. Les traitements médicamenteux

Nous n'allons pas détailler les mécanismes d'action des antidépresseurs car il s'agit d'un très vaste domaine qui dépasse le cadre de ce dossier. Les mécanismes d'action des antidépresseurs sont assez complexes et ne sont pas encore entièrement élucidés.

Les traitements médicamenteux indiqués pour les dépressions sont les antidépresseurs et les sels de lithium. La découverte des antidépresseurs (aussi appelés thymo-analéptiques) est assez récente (1957) mais depuis lors un bon nombre de traitements existent pour traiter la dépression. La classe pharmacologique des antidépresseurs est assez hétérogène.

Les antidépresseurs sont capables d'améliorer l'humeur dépressive moyennant un délai de quelques semaines.

Les différents antidépresseurs

On distingue classiquement trois grandes familles d'antidépresseurs : les tricycliques, les inhibiteurs de monoamine oxydase* (IMAO) et les antidépresseurs de génération récente (non tricycliques, non IMAO). Tous ont en commun la propriété d'augmenter le taux de certaines monoamines† cérébrales dont la teneur au niveau des synapses est insuffisante chez les personnes dépressives (dopamine, noradrénaline, sérotonine).

* La monoamine oxydase est une enzyme intervenant dans la dégradation métabolique des monoamines en les inactivant.

† Les monoamines jouent un rôle physiologique important au niveau de la substance grise du système nerveux central. La sérotonine et les catécholamines (dopamine, adrénaline, noradrénaline) sont des monoamines.

- Les antidépresseurs tricycliques (ATC) : ces traitements ont été les premiers à être découverts et utilisés. Ils sont considérés comme les plus efficaces notamment dans les dépressions endogènes, cependant ils sont aussi associés à plusieurs effets indésirables. Ils peuvent entraîner des réactions anxieuses ou délirantes. D'autres effets secondaires sont possibles comme : la sécheresse buccale, une baisse de la tension artérielle et certains troubles du rythme cardiaque. Enfin, la prescription de ces médicaments aux malades ayant un risque suicidaire élevé doit se faire avec prudence, car le surdosage est particulièrement dangereux.
- Les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) : en inhibant l'activité de la monoamine oxydase, les IMAO augmentent la concentration synaptique de l'ensemble des monoamines, en particulier, de la noradrénaline, de la sérotonine et de la dopamine.

On fait la distinction entre les IMAO « anciens » qui sont non sélectifs et irréversibles et les IMAO « nouveaux » sélectifs et réversibles.

Les antidépresseurs « anciens » ont une efficacité comparable à celle des tricycliques de référence mais ne sont jamais proposés comme traitement de première intention et sont réservés plutôt aux états dépressifs résistants. Ces médicaments peuvent provoquer des crises hypertensives (interaction avec la tyramine contenue dans certains aliments).

Il existe deux formes de monoamine oxydase (A et B) différant l'une de l'autre par l'affinité de la forme A pour la noradrénaline et la sérotonine, et la forme B pour la dopamine. Dans les IMAO « nouveaux » on distingue les inhibiteurs sélectifs et réversibles de la monoamine oxydase A ou B. L'efficacité thérapeutique de ces traitements par rapport aux anciens est identique mais ils présentent une meilleure acceptabilité et une meilleure sécurité.

- Les antidépresseurs de génération récente : plus sélectifs dans leur mode d'action et mieux tolérés, ces produits sont largement utilisés en première intention dans le traitement de la dépression. On les classe en fonction de leur impact biologique prévalent. Il existe ainsi les antidépresseurs dopaminergiques, noradrénergiques, et sérotoninergiques.

Les antidépresseurs sérotoninergiques sont inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (SSRI). Ils sont beaucoup plus récents et se sont beaucoup développés, en raison d'une efficacité semblable à celle des tricycliques (très peu d'effets anticholinergiques) et d'une absence de toxicité cardiaque.

Parmi les effets secondaires des antidépresseurs que l'on peut observer, les troubles de la sexualité sont les plus fréquents et les plus persistants. La dépression peut entraîner un problème de sexualité qui est souvent masqué par les autres symptômes. En outre plusieurs travaux ont montré que le traitement antidépresseur pouvait induire également des dysfonctionnements sexuels. Une revue de la littérature (105) indique que les antidépresseurs peuvent causer dans 30 à 40% des cas un certain degré de

* Les IMAO non sélectifs et irréversibles inhibent toutes les monoamines oxydase sans distinction (dopamine, sérotonine et noradrénaline) et de manière irréversible c'est à dire qu'il faut une à quatre semaines après l'arrêt du traitement pour que le niveau d'activité de la MAO revienne à la normale.

dysfonctionnement sexuel. Bien entendu cet effet est plus ou moins fort selon le type d'antidépresseur et ceci est pris en compte par le prescripteur.

Les autres effets indésirables sont les troubles digestifs (nausées, constipation, anorexie, vomissements). Les différents types d'antidépresseurs peuvent avoir aussi comme effet indésirable l'inversion de l'humeur du malade et le conduire vers un état maniaque. Cependant on ne sait pas exactement s'il s'agit un effet du médicament uniquement ou plutôt de la vulnérabilité du malade pour les troubles maniaques.

Il peut y avoir également des problèmes lors de l'arrêt du traitement « *discontinuation symptoms* »*. L'arrêt des prises se fait donc graduellement.

- Sels de lithium : les sels de lithium sont actifs dans la prévention des phases maniaques et dans une moindre mesure, des épisodes dépressifs des psychoses maniaco-dépressives. Ils peuvent aussi être utiles dans la dépression unipolaire, lorsqu'il s'agit de dépressions récidivantes ou résistantes, de troubles atypiques de l'humeur. L'effet du lithium ne se manifeste qu'après 2 à 3 semaines de traitement.

Conduite du traitement antidépresseur

Selon un consensus établi par l'OMS (106) on distingue trois phases de traitement de la dépression : la phase aiguë d'un épisode dépressif, la phase de consolidation pour prévenir une recrudescence de l'épisode en cours et le traitement d'entretien pour éviter une récurrence (apparition d'un nouvel épisode).

La phase aiguë de traitement : l'objectif est de réduire les symptômes. La durée de ce traitement d'attaque varie de six à huit semaines. A cette phase, il y a 70% de chances que la symptomatologie dépressive diminue fortement sans entière guérison. Lorsqu'il n'y a aucun effet après ce délai, on passe à un antidépresseur d'une autre classe.

Durant la phase de consolidation le patient est dit en rémission. Il est indispensable de poursuivre le traitement pendant 4 à 6 mois.

Après six mois, un traitement d'entretien est préconisé chez les patients présentant des dépressions récidivantes.

b. La psychothérapie

Chez les sujets dépressifs, le trouble de l'humeur s'accompagne de répercussions négatives sur l'ensemble du vécu.

L'approche psychothérapeutique est essentielle dans la prise en charge de la personne dépressive. Nous ne rentrerons cependant pas dans la description détaillée des différentes psychothérapies.

Le principe de la psychothérapie est que le professionnel essaie d'atténuer le problème de la douleur psychique du patient par des moyens psychologiques, en combattant les sentiments négatifs (107).

* Communication personnelle : Prof Koen Demyttenaere

Il existe plusieurs types de psychothérapies : plus de 400 techniques psychothérapeutiques ont été recensées par Garrone (108).

Elles sont importantes dans les dépressions en liaison avec un événement déclenchant (dépressions réactionnelles) et dans les dépressions névrotiques. Elles consistent à traiter, au travers d'entretiens, certains aspects de la problématique du patient qui pourraient avoir un rapport avec la dépression. La communication est alors importante (107).

Les psychothérapies conjugales et familiales sont efficaces lorsque les facteurs familiaux sont impliqués.

Certaines psychothérapies ont montré leur efficacité dans le traitement de la dépression : les psychothérapies comportementales, cognitives, interpersonnelles et psychodynamiques brèves (108). Elles ont en commun leur brièveté (le traitement se compose de près de 20 séances) et leur objectif centré essentiellement sur les symptômes.

Ces psychothérapies ont l'avantage de présenter un modèle de la dépression compréhensible par le patient.

c. L'électroconvulsiothérapie (ECT)

Ce traitement consiste à provoquer une crise d'épilepsie générale en délivrant une impulsion électrique au niveau de la boîte crânienne (108). Ce traitement est indiqué en première intention surtout lorsque la dépression est sévère, présentant un risque pour la vie de la personne malade (risque suicidaire, refus alimentaire) ou à la demande du patient ayant bien répondu à ce traitement dans le passé. Le traitement se compose de 2 à 3 séances par semaine pendant un mois et est réalisé en milieu hospitalier, sans anesthésie. Il s'agit d'un traitement qui n'est pas d'application très fréquente.

En deuxième intention, cette méthode est utilisée pour les dépressions sévères résistantes aux traitements médicamenteux. L'efficacité des ECT dans le traitement des dépressions sévères est de l'ordre de 80%.

d. La lumbinothérapie

La lumbinothérapie est actuellement le traitement de choix pour les formes de dépression saisonnière (SAD).

On utilise principalement des diffuseurs qui fournissent une luminosité entre 2.500 et 10.000 lux à une distance raisonnable de 60 à 80 cm. Selon la luminosité diffusée, la lumbinothérapie devrait durer 2 heures (à 2.500 lux) ou 40 minutes (à 10.000 lux) par jour et s'étendre dans un premier temps sur deux semaines, les patients choisissant eux-mêmes l'heure dans la journée.

Ce traitement est disponible en Belgique pour traiter les troubles circadiens. Aucun problème de santé ni aucun effet secondaire sérieux n'a été observé jusqu'à présent lors de l'utilisation correcte de la lumbinothérapie. Le changement subit d'un état dépressif en un état maniaque ou hypomaniaque que l'on observe dans des cas isolés survient également en situation spontanée ou dans les traitements médicamenteux des patients « bipolaires » et ne constitue pas un effet secondaire propre à la lumbinothérapie.

9. Considérations économiques

9.1 Economie de la santé dans le domaine de la dépression

Plusieurs travaux ont essayé d'estimer le coût économique et social de la dépression. Classiquement lors de l'évaluation économique de la dépression, trois types de coûts sont pris en compte : les coûts directs, les coûts indirects et les coûts intangibles.

Les coûts directs prennent en compte tous les coûts relatifs aux dépenses engendrées par la dépression. Ce coût est subdivisé en coûts directs médicaux (consultations, hospitalisation, traitements etc.) et non médicaux liés aux soins (coût du déplacement pour se faire soigner, coût de l'aide sociale etc.).

Les coûts indirects se rapportent aux coûts non médicaux (décès prématurés dus aux suicides, perte de revenus dus à l'absentéisme au travail, la dégradation de la qualité de vie, la charge familiale suite à la maladie ou à un décès prématuré).

Pour calculer les coûts indirects d'une maladie, il est nécessaire de connaître la prévalence de la maladie (par groupe d'âge et par sexe), le nombre de personnes recevant un traitement ou pas, la durée de l'épisode de maladie, la manière dont le traitement affecte la durée de la maladie, la répercussion de la maladie sur le statut fonctionnel et le nombre d'individus qui décèdent de la maladie.

Il existe également les coûts intangibles (souffrance, douleur engendrée par la maladie), qui sont difficilement calculables et généralement ignorés dans les évaluations économiques, et cela pour l'ensemble des maladies.

Dans la majorité des études, on s'intéresse plutôt aux coûts directs, plus faciles à identifier. Cependant pour la dépression, les coûts indirects et intangibles sont les plus importants.

Il est important de savoir que pour se rapprocher d'une estimation la plus correcte des coûts de la dépression il faut envisager ces différents facteurs composant les coûts.

Cependant il est pratiquement impossible à l'heure actuelle de les prendre en compte dans leur ensemble dans l'estimation du coût de la dépression, en raison de la difficulté reconnue de définir la dépression (divergence des instruments de mesure), d'estimer sa prévalence, ainsi que de déterminer les divers traitements utilisés pour prendre en charge la dépression (durée du traitement, résistances, rechutes...).

9.2 Estimation des coûts

a. Données aux Etats Unis

Une des premières études importantes réalisées aux Etats Unis a permis d'estimer le coût de la dépression en se basant sur les données obtenues dans l'étude ECA (109).

L'importance de la morbidité due à la dépression a été estimée par extrapolation de la prévalence de la dépression à 6 mois (données de l'ECA) à la population de 1980.

La supposition que 60% des suicides étaient associés à la dépression a permis d'estimer la mortalité due à la dépression.

Les coûts directs prenaient en compte les coûts des soins hospitaliers, des soins ambulatoires, des coûts pharmaceutiques et des autres coûts directs non médicaux. Les coûts indirects comprenaient la perte de travail et les jours d'absence au travail pour cause de dépression, la mortalité due à la dépression.

L'estimation du coût de la dépression pour 1980 est de 16,3 milliards de dollars américains par an (12,9% constitués par les coûts directs, 24,5% par les coûts indirects liés à la mortalité et 63,2% par les coûts indirects liés à la perte de productivité).

Ces résultats ont été étendus et actualisés par Greenberg et Stiglein en 1993 sur des données de 1990 (110).

Cette nouvelle estimation se base sur la prévalence de la maladie (les pathologies prises en compte sont la dépression majeure, la dysthymie et le trouble bipolaire).

Les catégories de coûts prises en compte sont les coûts directs des soins médicaux, psychiatriques et thérapeutiques, les coûts résultant des suicides associés à la dépression et les coûts de la morbidité associée à la dépression sur le lieu de travail (absentéisme et réduction de la capacité de productivité).

Les coûts annuels estimés pour les Etats Unis en 1990 représentent approximativement 43,7 milliards de dollars, attribuable pour 28% aux coûts directs, 17% aux coûts indirects liés à la mortalité et 55% aux coûts de morbidité de la dépression.

Ces résultats ne sont pas comparables car les critères utilisés sont différents, de même que les types de dépression et doivent donc être interprétés avec prudence.

On peut néanmoins retenir l'importance des coûts engendrés par la dépression aux Etats Unis et surtout l'importance des coûts indirects. Le coût relatif à la morbidité est très élevé, en outre la dépression débutant souvent à l'âge adulte, cela implique une perte de productivité de longue durée.

b. Incapacité au travail

Les coûts liés à l'incapacité au travail constituent la part la plus importante des coûts de la dépression.

Certaines études ont estimé que le risque d'absence au travail est 4,7 fois plus important chez une personne dépressive que chez une personne asymptomatique (111), et que le nombre de jours d'absence par an pour dépression est plus élevé que celui lié au diabète (26 jours), à l'hypertension (27 jours), aux affections lombaires ou aux maladies cardiaques (37 jours) (112).

9.3 Données en Belgique

a. Coûts médicaux directs

Il est difficile d'obtenir une estimation des coûts directs de la dépression pour la Belgique, non seulement en raison des difficultés méthodologiques, mais aussi en raison du manque de données.

L'étude de Stoudemire (109) a servi de modèle pour évaluer la situation en Belgique : les coûts annuels estimés pour la Belgique en 1988 représentaient approximativement 1,02 milliards d'Euro, soit 14,4% de coûts directs et 85,6% de coûts indirects (aux Etats Unis, les coûts directs représentaient 12,9%). Les résultats dans les deux pays ne sont pas très différents en pourcentage.

D'après un article publié en Belgique (113), la dépression constituerait la pathologie la plus coûteuse après les affections cardio-vasculaires.

Les données de l'INAMI ne fournissent pas d'informations spécifiques à la dépression, car on ne différencie pas les diagnostics. On ne peut donc pas encore chiffrer exactement le coût de la dépression. Néanmoins quelques indicateurs pourraient permettre d'estimer certains coûts relatifs à la dépression : les soins relatifs à la prise en charge de la dépression. Nous disposons par exemple du montant des dépenses en ce qui concerne les médicaments, les résumés cliniques et psychiatriques minimaux ainsi que certaines estimations de la proportion de patients consultants un professionnel de la santé pour leur problème de dépression.

Consommation d'antidépresseurs

Les médicaments le plus fréquemment prescrits pour traiter la dépression sont les antidépresseurs. Les tranquillisants et les somnifères sont aussi souvent prescrits contre les symptômes de la dépression, cependant nous n'aborderons pas le coût de ces traitements car ils ne sont pas spécifiques de la dépression.

Les dépenses de l'INAMI en rapport avec les antidépresseurs augmentent depuis quelques années. En 1995, l'INAMI a dépensé 66,9 millions d'Euro (montant après déduction de la quote-part du patient de 25% environ) pour l'ensemble des antidépresseurs.

La part des antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (SSRI) dans le coût des antidépresseurs est la plus importante et n'a cessé d'augmenter passant de 6.2 millions d'Euro à 62 millions entre 1990 et 1995 : il s'agirait plutôt d'une augmentation en quantité d'antidépresseurs SSRI prescrits que d'une augmentation de leur coût dans le temps.

Les données fournies par Pharmanet pour 1998 (Tableau 9 -1) montrent que cette augmentation des dépenses de l'INAMI en rapport avec les antidépresseurs se poursuit : en 1998, le montant brut des prescriptions des médecins généralistes, spécialistes et dentistes pour les antidépresseurs remboursées, approche les 124

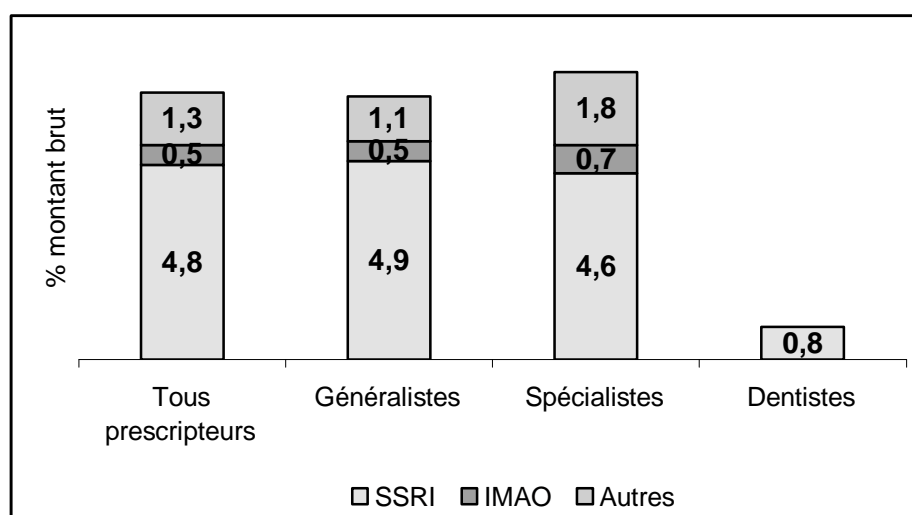
* Boydens J. Les coûts de la dépression dans le budget de l'INAMI en Belgique. In, Leclerc V. (Ed). Aspects socio-économiques de la dépression en Belgique. Bruxelles, Ligue Belge de la Dépression, 15-17, 1996.

millions d'Euro, soit 6,5% du montant total brut de toutes les spécialités prescrites et remboursées.

Tableau 9-1: Montant brut (en milliers d'EURO) des délivrances d'antidépresseurs dans la pratique ambulatoire et remboursées (segment DU 90%), Pharmanet, 1998.

	Généralistes	Spécialistes	Dentistes	Tout prescripteur
SSRI	72.900	14.745	121	89.502
IMAO	6.761	2.096	-	9.093
Autres antidépresseurs	16.731	5.868	-	23.263
Total	96.392	22.709	121	121858

Figure 9-1 : Prescription des différents types d'antidépresseurs (en % du montant brut des prescriptions totales) selon les prescripteurs, Belgique, Pharmanet, 1998.



Les données de l'INAMI concernant les délivrances pharmaceutiques [†] dans le secteur ambulatoire pour 1997 et 1998 indiquent que le coût lié à la prescription des antidépresseurs du type SSRI est assez élevé et vient en première place des médicaments remboursables prescrits par les médecins spécialistes et en seconde place des prescriptions chez les médecins généralistes. Les SSRI constituent en effet 4,8% du montant brut du total des prescriptions des médecins généralistes, spécialistes et dentistes.

En terme de volume de prescription, les SSRI viennent en cinquième position du volume de DDD (Defined Daily Doses) prescrites pour 1997 et 1998.

* A un niveau national, il apparaît qu'un petit nombre de médicaments couvre la plus grande partie de la consommation et un grand nombre de médicaments peu utilisés n'intervient que peu dans la consommation totale. Au niveau international, on propose de faire la séparation entre le segment le plus important des médicaments - 90% de la consommation - (Drug Utilisation 90% ou DU 90%) et le segment le moins important concernant 10% de la consommation.

[†] Ces données sont issues des tableaux de bord de Pharmanet pour 1998. Les données pour 1998 sont complètes à 98,5% et celles de 1997 à 97%.

Les différences que l'on observe entre la place des antidépresseurs en terme de montant de prescription (premier rang) et la place des antidépresseurs en terme de volume (cinquième rang) indique que le coût du traitement médicamenteux de la dépression est élevé. Cependant il faut noter que les antidépresseurs récents, notamment les SSRI, avec une meilleure tolérance, ont un coût plus élevé que les autres antidépresseurs.

Il est nécessaire de faire quelques remarques en ce qui concerne le coût lié aux médicaments :

- Ces données ne concernent que les antidépresseurs prescrits et remboursés, cependant il faut considérer le fait que les antidépresseurs permettent de traiter d'autres maladies que la dépression.
- Les antidépresseurs ne sont pas les seuls médicaments prescrits dans le cas de la dépression : on peut remarquer que les tranquillisants, les somnifères occupent une part importante des médicaments prescrits et consommés pour/par les personnes dépressives.

De ce fait, ces données sur les antidépresseurs ne permettent d'estimer qu'approximativement la part du coût direct de la dépression attribué aux médicaments.

Pour les données que nous présentons (antidépresseurs), étant donné que l'on ne recueille aucune donnée reliée aux patients (données épidémiologiques, socio - démographiques), on ne peut interpréter de manière exacte la consommation médicamenteuse par la population des patients.

Ces données restent purement descriptives et il serait intéressant d'analyser plus en détail l'augmentation des dépenses octroyées aux antidépresseurs (notamment aux SSRI) pour savoir si cette augmentation dans le temps est due davantage à un accroissement potentiel de cas de dépression ou à une modification des habitudes de prescription.

b. Coûts indirects

Les coûts indirects sont d'une manière générale difficiles à estimer et ce quelle que soit la maladie. Très peu d'études estiment ces coûts.

En ce qui concerne la part la plus importante des coûts indirects (perte de productivité), à notre connaissance, il n'y a pas eu à ce jour d'étude réalisée en Belgique et publiée estimant le coût des incapacités au travail liées à la dépression.

L'INAMI fournit néanmoins des données sur les indemnités (revenu de remplacement) liées aux incapacités de travail*.

Les données de l'enquête DEPRES (90) concernant l'impact de la dépression sur l'absentéisme au travail, indiquent que les sujets déprimés dans tous les pays d'étude sont plus souvent absents à leur travail pour cause de maladie que les personnes non déprimées.

* Ces données ne sont cependant pas complètes. Les enregistrements de données ne reflètent pas le diagnostic. Il est donc difficile de faire la part des choses (dépression ou non).

En Belgique, la dépression causerait 5 fois plus de jours d'absence au travail que le fait de ne pas avoir de dépression.

Tableau 9-2: Nombre de jours d'absence au travail pour cause de maladie durant les six derniers mois en Belgique, DEPRES, 1997

Nombre de jours d'absence	
Dépression majeure	16,2
Dépression mineure	7,2
Symptômes dépressifs	2,3
Non-dépressifs	3,2

En ce qui concerne l'incapacité de courte durée, les résultats de l'Enquête Santé par Interview de 1997 montrent que les personnes dépressives ont 18 fois plus de jours d'incapacité causée par des troubles mentaux au cours d'une année que les personnes ne déclarant pas une dépression au cours des 12 derniers mois.

Tableau 9-3 Nombre moyen de jours par an en incapacité temporaire selon le statut dépressif des personnes interrogées. Enquête Santé par Interview, 1997, Belgique.

	Présence dépression	Absence dépression
Nombre moyen de jours par an en incapacité temporaire		
Causée par problèmes physiques	53	15
Causée par problèmes mentaux et émotionnels	12	3
Nombre moyen de jours par an au lit en incapacité temporaire		
Causée par problèmes physiques	5	3
Causée par problèmes mentaux et émotionnels	36	2

En résumé des considérations économiques, il faut retenir qu'en Belgique aussi la dépression représente un coût conséquent, qui est surtout dû aux coûts indirects (perte de productivité, suicides...). La prise en charge de la dépression bien que partielle (tous les dépressifs ne consultent pas et ne reçoivent pas toujours un traitement), représente également une partie conséquente des coûts de la dépression. Néanmoins, il est nécessaire de considérer également le coût de la dépression non prise en charge et non traitée qui a un impact important sur les coûts indirects.

10. Prévention de la dépression

10.1 Prévention primaire
10.2 Prévention secondaire
10.3 Exemples d'actions de prévention
10.4 Actions menées en Belgique

Il n'est plus à démontrer l'importance de l'impact sanitaire et socio-économique de la dépression que sont les suicides, la baisse de la qualité de vie, les conséquences sur la famille, l'entourage et l'activité professionnelle, les incapacités liées à la dépression, l'absentéisme au travail... Ces constats montrent bien l'importance de mettre en place des programmes de prévention de la dépression adaptés à la population cible (enfants, adolescents, adultes, personnes âgées, médecins) et selon le type de dépression (du post-partum, saisonnier, récurrent etc.).

Les difficultés liées la prévention de la dépression et sa prise en charge sont principalement : la méconnaissance de la dépression et la stigmatisation de la santé mentale en général.

Traditionnellement on distingue la prévention primaire, secondaire et tertiaire. La prévention des maladies mentales diffère fondamentalement de la prévention des maladies physiques, c'est pour cette raison qu'il est nécessaire de l'envisager sous un modèle autre que le modèle médical de la prévention (envisager par exemple le modèle de réduction des risques).

10.1 Prévention primaire

La prévention primaire de la dépression consisterait à éviter la survenue d'un premier épisode dépressif en contrôlant les facteurs de risque ou en favorisant les facteurs protecteurs (114).

Cependant lorsque l'on étudie les facteurs de risque de la dépression, on se rend compte que se sont des facteurs sur lesquels il est difficile d'agir, car ils concernent une situation de la vie, les événements qui l'entourent et la capacité à y faire face (facteurs psychologiques, culturels, sociaux, économiques).

Les difficultés rencontrées pour mettre en place des actions de prévention primaire sont diverses mais principalement, il s'agit de :

- L'absence de données épidémiologiques précises sur la dépression (pas de chiffres précis sur le besoin et la demande de prévention) pour justifier des actions ;
- Le manque d'évaluations de programme dans le domaine psychiatrique ; celles-ci sont rares et méthodologiquement limitées ? de plus, l'effet que l'on pourrait observer après un programme de prévention, n'est pas forcément attribué à l'intervention.

Des interventions de prévention primaire pourraient se traduire par diverses activités permettant de produire une meilleure information sur la dépression, une information accessible à tout le monde et des actions de sensibilisation sur la santé mentale. On

pourrait par exemple dans le cadre d'activités scolaires concernant divers aspects de la santé, aborder le thème de la dépression pour sensibiliser les jeunes à ce problème de santé mentale. Ceci permettrait de fournir plus de connaissances sur la maladie, les traitements, de reconnaître les symptômes d'une dépression, d'avoir une attitude positive vis à vis de la prise en charge et de faire en sorte que la dépression soit reconnue.

Le support social est un facteur protecteur de la dépression. Des actions à ce niveau peuvent être envisagées à travers la constitution ou le renforcement de réseaux locaux de support social (services sociaux, associations).

Une information plus large sur la maladie mentale aurait pour objectif de tenter de déstigmatiser ce problème de santé publique auprès aussi bien de la population générale que des professionnels de santé.

Plusieurs exemples de prévention primaire que nous ne détaillerons pas ici, sont cités dans la littérature (114).

10.2 Prévention secondaire

a. La prise en charge, les constats

Le constat général est que la dépression n'est pas toujours prise en charge. Pourtant les deux tiers des dépressifs pris en charge par le généraliste réagissent favorablement après un délai de six semaines au traitement antidépresseur instauré (115).

Plusieurs facteurs sont responsables des problèmes de diagnostic. Ces facteurs sont soit liés aux patients, soit aux médecins, soit à l'organisation des soins (voir Tableau10-1).

Le recours aux soins des dépressifs n'est pas spontané et résulte de divers éléments (socio-économiques et culturels notamment).

Dans un certain nombre de cas, les patients dépressifs consultent lorsque leur dépression est déjà à un stade avancé et ont une demande de soins plus spécifiques. Cependant peu nombreux sont ceux qui consultent directement un spécialiste, en raison notamment d'une appréhension de la psychiatrie et de la maladie mentale encore présente dans les mentalités.

Lors de la consultation, le motif évoqué est rarement la dépression elle-même (il s'agit plutôt de plaintes somatiques) et le généraliste a souvent des difficultés à remplir son rôle de référant (vers un psychiatre) dans la prise en charge en raison notamment des difficultés diagnostiques (reconnaissance de la dépression) et thérapeutiques. Mais il est faux de croire que ce n'est que le rôle du spécialiste de prendre en charge les problèmes de santé publique comme la dépression. Les personnes ayant une dépression s'adressent surtout à leur médecin généraliste. Cependant le manque de formation des médecins généralistes en psychiatrie, souvent observé dans les pays européens, constitue un handicap à une bonne prise en charge. Et c'est à ce niveau qu'il est aussi nécessaire de réagir.

À la méconnaissance de la dépression dans la population générale (identification des symptômes), s'ajoutent les difficultés à diagnostiquer la dépression dans les services de médecine générale. Et lorsque le patient déprimé a franchi les étapes allant de la

décision de consulter à l'identification de son trouble, il reçoit encore souvent un traitement inadéquat.

Il s'agit d'une situation qui s'observe très fréquemment et qui appelle une attention particulière d'autant plus qu'il est possible d'améliorer la prise en charge à ce niveau.

Une version de la CIM-10 a été conçue spécialement pour les médecins généralistes : *Diagnostic and Management Guidelines for Mental Disorders in Primary Care*. Cette version fournit des conseils pratiques pour la prise en charge du patient pour le traitement, l'information, les conseils à donner et sur le recours éventuel d'un médecin spécialiste (annexe 5). Il s'avère cependant que ce guide de prise en charge ne soit pas assez précis.

Tableau 10-1 Quelques facteurs déterminants la reconnaissance de la dépression en médecine générale.

Patient		
Incompréhension de l'affection: absence de prise de conscience des troubles		(-)
Peur de la stigmatisation : troubles psychiques à connotation négative		(-)
Symptômes somatiques mis en avant		(-)
Maladies physique associée		(-)
Caractéristiques de la dépression : comme faible estime de soi		(-)
Degré de sévérité de la dépression		(+)
Médecin		
Perception des problèmes psychologiques		(+)
Vécu personnel		(+)
Peur de confronter le patient avec le fait qu'il s'agit d'une détresse psychique et non d'un problème physique		(-)
Recherche plutôt de symptômes somatiques lors des consultations		(-)
Déroulement de la consultation (contact visuel, parole au patient, écoute, questions ouvertes à orientation sociale et psychologique, empathie)		(+)
Disponibilité en temps pour l'écoute, la prise en charge		(+)
Fonctionnement		
Caractère sommaire de la formation clinique/expérience en psychiatrie		(-)
Durée moyenne d'une consultation courte chez le médecin généraliste		(-)
Manque de communication entre les différents niveaux de référence (médecins généralistes et psychiatres)		(-)

(-) empêche la reconnaissance de la dépression

(+) favorise la reconnaissance de la dépression

b. Les mesures de prévention secondaire

Les mesures de prévention secondaire visent à interrompre le processus de la maladie en cours pour prévenir de futures complications, limiter les incapacités, éviter un décès prématuré.

Ces mesures concernent le dépistage et le traitement de la dépression, mais aussi la prévention du suicide. Néanmoins, nous allons aborder que sommairement la prévention des suicides, bien qu'elle constitue un sujet très vaste et intéressant et nous pencher sur les mesures de dépistage et de traitement de la dépression.

La dépression est une maladie mentale qui répond bien aux traitements. Encore faut-il que la dépression soit prise en charge de manière satisfaisante. Les problèmes rencontrés dans la prise en charge de la dépression soulignent la nécessité de mettre en place des programmes visant à favoriser une meilleure reconnaissance de la dépression par le patient et son médecin et optimiser les traitements antidépresseurs.

Du côté des médecins, des actions de formations des médecins généralistes à identifier les caractéristiques personnelles et environnementales du patient ainsi que les événements susceptibles de contribuer à l'apparition d'un état dépressif, à la reconnaissance des symptômes et au traitement des dépressions, pourraient être intensifiées.

Par exemple, l'étude INSTEL (Intervention Study Primary Care) (116), qui a été réalisée aux Pays Bas (Groningen) pour savoir à quel point la formation continue pour les médecins généralistes pouvait améliorer la détection, le diagnostic et le traitement de la dépression, donne une idée d'actions à mener auprès des médecins.

On a remarqué que chez les généralistes n'ayant jamais eu de formations spécifiques ou d'expérience en psychiatrie, la détection de la dépression a été améliorée.

Les stages cliniques en service de psychiatrie sont également profitables aux compétences cliniques d'un médecin généraliste.

Le dépistage de la dépression à l'aide d'outils tel que le GHQ (*General Health Questionnaire*) (9), le HAD* (*Hospital Anxiety and depression scale*) (117), ou le CES-D† (*Center for Epidemiologic Studies of Depression scale*) (8) peuvent contribuer à détecter une dépression dans les populations considérées à risque. De plus il s'agit d'instruments bien perçus par les patients et qui font à peine augmenter la durée de la consultation.

Les critères du DSM-IV pour les troubles dépressifs peuvent aider au diagnostic de la dépression. Par exemple, les directives de la *Nederlandse Huisarts Geneeskunde* pour la dépression à l'usage des médecins généralistes préconisent les critères du DSM-IV dans la reconnaissance de la dépression (118).

Tandis que du côté des patients, on pourrait réfléchir à la possibilité d'un dépistage de la dépression.

La dépression répond aux critères nécessaires pour un dépistage :

- La dépression constitue un problème important de santé publique (fréquent et qui a des conséquences graves si elle n'est pas prise en charge rapidement) ;

* Il existe plusieurs seuils possibles. Le seuil optimal selon plusieurs auteurs serait de 19 pour les épisodes dépressifs majeurs (sensibilité 70% et spécificité 75%).

† Des travaux de validation de la version française de cette échelle suggèrent de retenir une note seuil de 17 pour les hommes et de 23 pour les femmes (sensibilité 76% et spécificité 71%). Le seuil fréquemment utilisé dans les autres versions de cette échelle est de 16.

- Il existe des traitements efficaces pour prendre en charge la dépression à tous les stades, mais les dépressions détectées précocement ont un meilleur taux de réponse à ces traitements. Les procédures de dépistage et l'intervention appropriée (traitement) sont en général acceptables par la population ;
- La méthode qui pourrait être utilisée pour le dépistage de la dépression serait un entretien durant lequel des questions de diagnostic sont posées à la personne dépistée (ou répondre à un questionnaire auto-administré). Ces méthodes sont assez fiables, éthiquement acceptables et sécurisées.
- La technique de dépistage n'est pas coûteuse et sa mise en place n'est pas complexe par rapport à l'alternative de ne pas dépister et de ne pas traiter ;

Le dépistage permettrait de diagnostiquer les patients faisant une dépression et de les orienter pour une prise en charge. L'autre aspect positif du dépistage, est que l'on pourrait de cette manière diagnostiquer également les personnes ayant des tendances suicidaires et par une prise en charge éviter les suicides et tentatives de suicide.

Il faudrait réfléchir à la manière dont on pourrait organiser un dépistage de la dépression. Il est possible de le faire au cours d'une campagne de sensibilisation sur la dépression, tel que ça a été fait dans d'autres pays. La population cible serait la population générale.

Ce dépistage a l'avantage de considérer l'ensemble de la population, cependant il est moins évident qu'une prise en charge thérapeutique ait lieu pour toutes ces personnes car une bonne partie de cette population dépistée comme dépressive n'ira pas consulter après le dépistage. Cette alternative de dépistage n'est donc pas satisfaisante.

L'autre possibilité est d'organiser un dépistage plutôt dans la population consultant chez un médecin, en faisant passer un test rapide de diagnostic chez les personnes qui consultent. De cette manière il est plus facile d'intervenir par une prise en charge médicale.

La prévention secondaire de la dépression c'est aussi prévenir les suicides et les tentatives de suicides. Des programmes spécifiques de prévention du suicide existent en Belgique et sont préconisés par l'OMS. Les améliorations de la prise en charge de la dépression sont indispensables pour permettre la prévention du suicide dans la pratique générale par les professionnels de santé et certainement dans les populations à risque.

10.3 Exemple d'actions de prévention

Il existe quelques exemples d'intervention de prévention primaire de la dépression dans des populations spécifiques (femmes enceintes, enfants, personnes âgées) cependant en dehors de quelques cas isolés, l'efficacité de ces interventions de prévention primaire n'a pas été prouvée.

En ce qui concerne l'information sur la dépression, certaines actions se sont révélées plus ou moins efficaces notamment les actions relatives à l'information portée aux médecins. L'impact d'une campagne d'information reste cependant difficile à déterminer.

Nous allons évoquer quelques actions qui se sont révélées intéressantes dans la prévention de la dépression.

a. Campagnes d'information et de formation sur la dépression

Ainsi en 1983-1984 le *Comité suédois pour la prévention et le traitement de la dépression* a montré qu'une formation des généralistes, alliée à une information au public pouvait avoir un impact élevé sur la reconnaissance, le traitement et le coût économique de la dépression.

Une étude (119) destinée à tester l'efficacité d'un programme de formation auprès des médecins généralistes a été réalisée dans l'île de Gotland*. Tous les médecins ont reçu une formation approfondie sur la dépression au cours de deux séances de deux jours espacées dans le temps sur la prévention, le diagnostic et la prise en charge de la dépression et la prévention du suicide (cours théoriques, séances interactives, cas cliniques).

Deux ans après la formation, le taux de suicides avait diminué de 60%, la prescription d'anxiolytiques et de neuroleptiques avait diminué de 25 % comparée à la moyenne suédoise, tandis que la consommation d'antidépresseurs avait augmenté de 52 % sur l'île de Gotland, (augmentation de 17 % en Suède sur la même période). De plus le nombre d'hospitalisations pour trouble dépressif a chuté de 30%, le nombre d'arrêts de travail et de tentatives de suicide avaient également considérablement baissé (120;121).

Une analyse coût/bénéfice a également été réalisée. Les coûts prenaient en compte aussi bien les prescriptions et les hospitalisations que les coûts indirects concernant les changements dans la morbidité et la mortalité.

Cette analyse a montré que le programme de formation des médecins avait eu un impact positif conséquent sur le coût économique de la dépression (122). Bien que les résultats observés soient peut être dus à des fluctuations, cette expérience est intéressante et devrait être expérimentée à une plus grande échelle.

L'impact de cette formation a été cependant limité dans le temps du fait de la mobilité géographique des médecins et de la population. Il est apparu essentiel de relancer ce type de campagne à intervalles réguliers de deux à trois ans pour en optimiser l'efficacité.

En Grande Bretagne, plus récemment, une campagne – *The Defeat Depression Campaign* – a été initiée entre 1992 et 1996 par le Royal College of Psychiatrists et le Royal College of General Practitioners (123). Ces objectifs étaient de former les professionnels de santé à la reconnaissance et la prise en charge de la dépression, informer le grand public sur la dépression et les traitements dans le but d'encourager les personnes à demander une aide assez tôt, réduire le stigma associé à la dépression. A cet effet, des brochures informatives sur la dépression ont été distribuées dans tout le pays et d'autres moyens tels que la télévision, la radio, la presse et d'autres activités ont été impliqués.

L'impact de cette campagne a été évalué en comparant les résultats d'enquêtes menées avant le début de la campagne et après son lancement (124).

* Gotland est une île de la Baltique de 28 000 habitants dotée de seulement 20 médecins généralistes et d'un service de psychiatrie. Dans cette île suédoise les taux de suicide étaient plus élevés que ceux de la Suède. La réalisation de cette étude et les résultats obtenus ont été rendus possible par des caractéristiques géographiques particulières.

Les résultats ont montré qu'il y avait eu des changements positifs concernant l'attitude face à la dépression et aux antidépresseurs, au fait de parler de son expérience. Cependant on a remarqué encore une réticence par rapport à la prise en charge par un médecin généraliste. Une campagne de sensibilisation de cette envergure s'est révélé avoir un impact utile.

b. Campagne de dépistage de la dépression

Depuis 1991, une campagne de dépistage de la dépression soutenue par l' *American Psychiatric Association* (APA), est organisée aux Etats Unis. Chaque année ce programme se manifeste par le *National Depression Screening Day*, au cours de la semaine de sensibilisation sur la santé mentale. On tente d'informer, d'attirer l'attention du public sur la dépression, de diminuer le stigma autour de la santé mentale et d'offrir à la population un dépistage de la dépression gratuit et anonyme dans les hôpitaux, cabinets privés, écoles, universités, grandes surfaces, maisons de repos, etc (125).

Afin d'estimer l'efficacité d'une telle campagne sur le public, une enquête téléphonique a été menée en 1994 sur 1200 participants (126). Les répondants étaient surtout des femmes, d'un bon niveau éducatif et ayant un emploi. Dans 70% des cas une consultation était recommandée, 60% de ceux -là ont suivi le conseil et sur ceux qui ont consulté, dans 70% des cas un diagnostic de dépression avait été posé. Au total, cette campagne a identifié environ 30% de sujets déprimés sans contact professionnel antérieur, et la moitié a continué le suivi de leur dépression.

La plupart des publications sur cette campagne soulignent son efficacité, mais il faut noter que malgré cela une bonne partie de la population n'est pas prise en charge suite au dépistage. Trois raisons sont avancées par les personnes ne consultant pas : la possibilité de s'en sortir tout seul, le manque de moyens financiers pour assurer le suivi médical, et le fait de ne pas croire en ce diagnostic.

D'autres interventions auprès de groupes à risque se sont révélés efficaces comme la mise en place de réseaux de soutien social, les actions axées sur les événements de vie, l'aide aux familles et aux individus vulnérables (36). Le secteur social est donc aussi impliqué dans la prise en charge et la prévention de la dépression.

Les actions de prévention comprennent le plus souvent des actions d'information au public et de formation des médecins, permettant une meilleure reconnaissance de la maladie par la population et un diagnostic de la dépression dans la pratique générale. Il est également nécessaire de pouvoir assurer une prise en charge thérapeutique accessible aux personnes déprimées afin d'éviter dans la mesure du possible les complications et les conséquences comme le suicide.

10.4 Actions menées en Belgique

Le constat général que l'on peut faire des actions menées en Belgique est qu'elles abordent plutôt la santé mentale en général et ne sont pas toujours ciblées sur la dépression.

Contrairement à d'autres problèmes comme l'alcoolisme ou la toxicomanie, pour lesquelles il existe un grand nombre de structures spécifiques de prévention et de prise en charge, la dépression est incluse dans les structures globales de santé mentale. Ceci pourrait se justifier par le fait que dans un projet de santé publique

ayant attrait à la dépression, il est préférable de ne pas prendre en compte uniquement la dépression, mais au contraire une action qui intègre différents aspects du bien-être psychique et donc considérer la santé mentale dans son ensemble. De plus nous avons vu que les déterminants de la dépression sont également les déterminants des autres problèmes de santé mentale et que la comorbidité de la dépression avec d'autres maladies mentales est assez fréquente. Cette façon d'aborder la dépression de manière globale est donc nécessaire.

Néanmoins, des actions ciblées sur la dépression sont également utiles pour répondre à un besoin spécifique de la population. En Belgique, certaines actions spécifiques à la dépression sont également menées par différents intervenants dans le domaine de la santé mentale.

Un autre constat est que les activités de prévention existantes naissent dans la plupart des cas d'une initiative locale et il n'est pas toujours évident de connaître de manière exhaustive tout ce qui se fait au niveau du terrain (services de santé mentale, associations...). En effet, il existe une multitude d'intervenants travaillant dans le domaine de la santé mentale ou abordant plus particulièrement la dépression. Cependant on remarque parfois que la coordination entre ces différents acteurs de santé mentale n'apparaît pas toujours très clairement. Ce qui pourrait peut être expliquer l'existence des petites actions de terrain, pas toujours connues en fin de compte, et le manque d'actions de prévention coordonnées, de plus grande envergure.

L'année 2001 a bien tenu son nom d' « Année de la Santé Mentale », car ce thème a été largement abordé en Belgique. De nombreux projets se sont développés, comme par exemple 13 projets sur la dépression chez les enfants et chez les jeunes, financés par la Fondation Roi Baudouin. Plusieurs autres activités ont été organisées grâce à la vaste Campagne de sensibilisation « La santé mentale, j'en parle » (« *Geestelijke gezondheid, spreek erover* »), et déjà des points positifs ont été constatés par les intervenants des actions organisées*. On note une certaine tendance de la population à considérer les troubles mentaux avec moins de méfiance.

On pourrait citer par exemple, un Colloque abordant divers aspects de la Santé Mentale qui a eu lieu en novembre 2001 à Bruxelles au Campus Erasme. Une « Charte des personnes souffrant de troubles mentaux » a été réalisée à l'occasion de ce colloque par l'association Similes Belgium pour « *affirmer le cadre dans lequel les usagers de psychiatrie doivent trouver respect, dignité de vie et soins appropriés* ».

2001 a été également marquée par la Présidence belge de l'Union Européenne. La santé mentale a été abordée lors d'une table ronde ministérielle sur la politique de santé mentale en Europe et d'une conférence sur les liens entre stress et dépression (Coping with stress and depression related problems in Europe) organisée avec le soutien de la Commission Européenne et l'OMS. Lors de cette conférence la nécessité de disposer de données statistiques fiables en santé mentale a été soulignée, ainsi que l'attention que l'on devrait accorder au problème de la dépression en Europe.

En ce qui concerne les actions menées dans la population générale, depuis une dizaine d'années, il existe des actions menées auprès des adolescents, en Flandre

* Paul Artels, communication personnelle.

comme en Wallonie. Des brochures sont alors réalisées sur la dépression en direction du grand public. Des associations organisent des réunions mensuelles, où les personnes sont invitées à parler de leurs expériences, renforçant ainsi le support social. C'est ainsi qu'en Flandre, le VVGG (Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid) a lancé le 11ème projet pour les jeunes "Hoe Anders is Anders". Ce projet vise à promouvoir la conscientisation de la santé mentale auprès des jeunes. Près de 1500 adolescents qui suivent ce programme entrent en contact avec des personnes ayant des problèmes de santé mentale et décrivent leurs expériences par le biais de textes, théâtre, musique... L'objectif principal est de « *familiariser les jeunes de 16 à 19 ans à la santé mentale permettant une contribution pédagogique à un développement équilibré de la jeunesse et la rupture de l'isolement des personnes psychologiquement vulnérables* ».

Un travail a été mené en 1998 par un groupe de médecins généralistes de Namur^{*}. Ils avaient noté les différents symptômes d'appels de dépression au cours de leurs consultations et quantifié le nombre de fois qu'ils constataient ces symptômes. Il est apparu de cela qu'un pourcentage non négligeable de personnes en consultation présentaient des symptômes dépressifs.

Leur objectif était également de discuter de la façon dont le médecin appréhende le problème dans sa pratique. Cette expérience a permis d'attirer l'attention des médecins ayant participé au groupe, sur la prise en charge de la dépression telle qu'elle était faite dans la pratique générale et comment l'améliorer.

Toujours au niveau des médecins, depuis quelques années certaines universités dispensent des sessions de formation sur la dépression aux jeunes médecins généralistes en fin d'études. De ce fait, les nouvelles générations de médecins sortant de ces universités ont une connaissance plus approfondie sur la dépression. Ces formations devraient se généraliser vu la fréquence des problèmes dépressifs rencontrés et vu les besoins de la population pour une meilleure prise en charge de la dépression.

Il existe également une série de groupes d'entraide de patients ayant des dépressions chroniques et bipolaires. Pour les personnes ayant des dépressions graves, nécessitant une hospitalisation, le suivi social est aussi fondamental. Le travail thérapeutique nécessite des relations constantes entre l'équipe soignante, l'entourage du malade, sa famille et les CPAS. A cet effet le rôle du personnel infirmier, paramédical est crucial car ils permettent de faire le relai entre le patient et le médecin dans la prise en charge.

En ce qui concerne la prévention du suicide, il existe quelques projets en Belgique. Tout d'abord dans la partie néerlandophone du pays, l'unité de recherche sur le suicide « Eenheid voor Zelfmoordonderzoek » de Gand existant depuis 1996, est une unité de recherche agréée par l'Université de Gand. Le principal objectif de cette unité de recherche concerne sa participation à la prévention du comportement suicidaire en Belgique.

Depuis un certain nombre d'années, les caractéristiques des personnes ayant fait des tentatives de suicide et prises en charge par les services d'urgence de différents hôpitaux universitaires en Flandre, sont régulièrement enregistrées. Ce système concernant plus de 3700 patients, constitue la seconde base de données sur le

* Marie Claire Seinlet, communication personnelle

comportement suicidaire de l'Europe. L'unité de recherche souhaiterait intégrer d'autres bases de données à u niveau national et européen.

On pourrait citer en exemple un projet récemment achevé, qui concernait le développement d'un programme de prévention du suicide pour les étudiants des écoles supérieures en Flandre Orientale. A un moment où l'on observait u ne augmentation importante du taux de suicide chez les adolescents (principalement masculins) un tel programme était nécessaire. Ce programme avait 3 objectifs principaux : identifier grâce aux enseignants, les adolescents à plus haut risque de comportement suicidaire, développer des stratégies de références de ces adolescents vers des lieux spécialisés de prise en charge ambulatoire, instaurer un système de *feed back* de ces lieux de prise en charge vers les enseignants.

Dans la partie francophone du pays , on peut citer le Centre belge d'étude et de prévention du suicide. Le but de ce centre est de prévenir l'acte suicidaire, sensibiliser le public sur le problème du suicide, l'aide aux suicidaires et avoir une meilleure compréhension des comportements sui cidaires d'un point de vue scientifique.

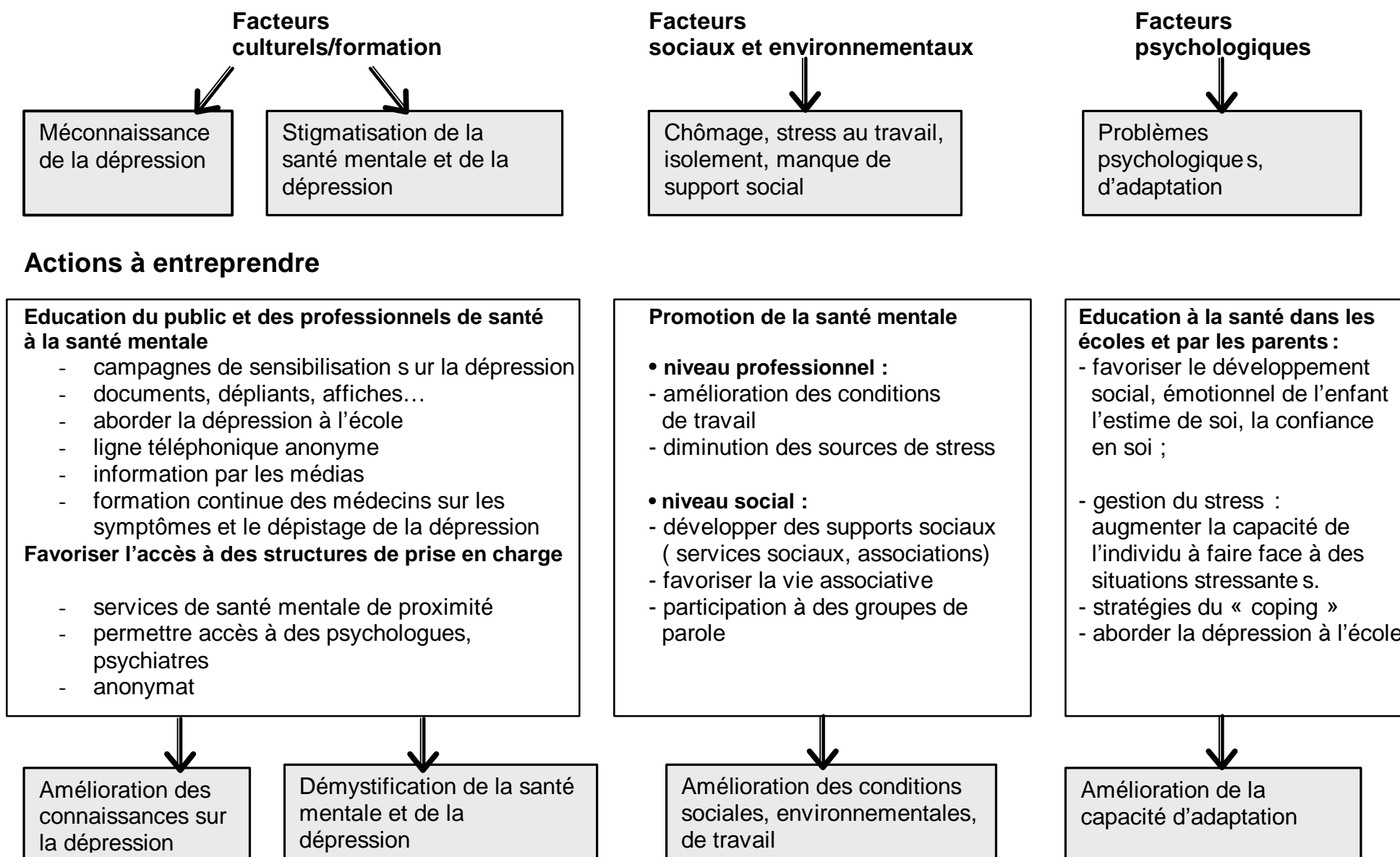
Plusieurs activités du centre y contribuent, comme une permanence téléphonique, l'organisation d'un groupe de parole « L'autre temps » pour les personnes touchées par le suicide d'un proche, la formation de répondants bénévoles, les activités de recherche et de collaboration avec tout projet de prévention.

Il existe encore d'autres structures s'occupant de la prévention du suicide en Belgique (Télé-accueil, centres de prévention du suicide...).

Récemment en Région de Bruxelles-Capitale, dans le cadre d'initiatives prises par les Ministres fédéraux des Affaires Sociales et de la Santé, un projet de recherche - action : « EOLE, urgences et crises psychiatriques et psychologiques » a été initié par des services de santé mentale et le réseau Iris (annexe 1). Cette recherche a pour objectif de pouvoir répondre à la demande des professionnels de santé confrontés à une situation d'urgence ou de crise psychologique/psychiatrique.

Les sources d'informations sur la dépression so nt nombreuses (associations, ligues, fondations...) mais il serait intéressant de savoir si cette information permet de toucher l'ensemble de la population ou si certains groupes, peut -être les personnes à plus haut risque, n'en ont pas toujours connaissance .

Figure 10-1 : Actions à entreprendre pour prévenir et mieux prendre en charge la dépression



11. Conclusion et recommandations

Le problème de la dépression fait intervenir divers domaines : social, économique, psychologique, biologique...

En Belgique, comme dans la plupart des pays occidentaux, même si l'on ne dispose pas d'informations très précises à ce sujet, la dépression est un trouble fréquent et constitue un problème de santé publique qu'il est nécessaire de prendre au sérieux vu ses conséquences.

La dépression est une maladie pour laquelle des traitements existent et sont efficaces, cependant la prise en charge de ce problème n'est pas toujours appropriée et demande donc des efforts particuliers, d'une part pour informer la population sur les possibilités de traitement, d'autre part pour encourager la formation des médecins à la reconnaissance des symptômes de dépression et à la prescription d'un traitement adéquat.

La formation des médecins aux problèmes fréquents de santé mentale est un élément essentiel à la prise en charge efficace de la dépression. Le système de formation des médecins devrait être revu pour prendre en compte cet élément.

Il existe une multitude d'intervenants travaillant dans le domaine de la santé mentale et qui abordent le problème de la dépression, cependant leurs actions ne sont pas toujours coordonnées. Dans le domaine de la santé mentale, aussi bien pour la prise en charge que pour les projets de prévention, un travail en réseau permettrait une meilleure coordination entre différents secteurs : médical, psychiatrique, psychologique, social, associatifs...

Les réseaux existants dans ce domaine devraient être étendus.

La prévention primaire qui permettrait d'éviter la survenue de dépression s'inscrit plutôt dans une attitude de promotion de la santé mentale et d'amélioration de la qualité de vie. Ces notions sont souvent évoquées en Belgique et se traduisent la plupart du temps par des actions ponctuelles, alors qu'elles devraient s'inscrire dans la continuité. Cependant il ne faut pas négliger ces mesures de prévention de la dépression qui bien que ponctuelles ont l'avantage d'être concrètes : par exemple, l'information au public pour destigmatiser et reconnaître les signes de la dépression, ainsi qu'aux médecins afin d'améliorer la prise en charge des patients ayant une dépression, les actions d'amélioration des conditions de travail, la sensibilisation de tout le public à la santé mentale qui reste encore un sujet tabou et peu étudié en Belgique. Ces initiatives devraient se généraliser et être coordonnées.

La prévention de la dépression doit également être considérée à différents niveaux : dans la population générale, dans la population considérée comme étant le plus à risque, chez les médecins, auprès des patients, sur les lieux de travail, dans les écoles..., afin d'adapter les messages de prévention.

Des études complémentaires devraient être faites pour compléter nos connaissances sur la dépression en Belgique, notamment des informations plus précises sur les demandes, les besoins et l'offre de prise en charge existant, ainsi que des études sur l'incidence de la dépression en Belgique.

12. Bibliographie

- (1) American Psychiatric Association. *Troubles de l'humeur. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Traduction française.* Paris: Masson, 1996: -1056 p.
- (2) *Pocket Guide to the ICD-10 Classification of Mental and Behaviour Disorders.* Edinburgh: Churchill Livingstone, 1994.
- (3) Robins LN, Helzer JE, Croughan J, Ratcliff KS. National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. Its history, characteristics, and validity. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38(4):381-389.
- (4) Robins LN, Wing J, Wittchen HU, Helzer JE, Babor TF, Burke J et al. The Composite International Diagnostic Interview. An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45(12):1069-1077.
- (5) Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 Suppl 20:22-33.
- (6) Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M, First MB. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49(8):624-629.
- (7) Beck AT. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4:561-571.
- (8) Radloff L. The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psych Measur* 1977; 1:385-401.
- (9) Goldberg DP. *The detection of psychiatric illness by questionnaire. A technique for the identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness.* New York Toronto: London Oxford University Press, 1972.
- (10) Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960; 23:56.
- (11) Lopez JF, Chalmers DT, Little KY, Watson SJ. A.E. Bennett Research Award. Regulation of serotonin_{1A}, glucocorticoid, and mineralocorticoid receptor in rat and human hippocampus: implications for the neurobiology of depression. *Biol Psychiatry* 1998; 43(8):547-573.
- (12) Finlay-Jones R. Showing that life events are a cause of depression --a review. *Aust N Z J Psychiatry* 1981; 15(3):229-238.
- (13) Klerman GL, Weissman MM. Increasing rates of depression. *JAMA* 1989; 261(15):2229-2235.
- (14) Mirowsky J, Ross CE. Age and depression. *J Health Soc Behav* 1992; 33:187-205; discussion 206-12:187-205.
- (15) *Textbook in Psychiatric Epidemiology.* New York: John Wiley and Sons, 1995.
- (16) Oxman TE, Berkman LF, Kasl S, Freeman DH, Barrett J. Social Support and Depressive Symptoms in the Elderly. *Am J Epidemiol* 1992; 135:356-368.
- (17) Kivela SL, Pakkala K. Clinician-rated symptoms and signs of depression in aged Finns. *Int J Soc Psychiatry* 1988; 34(4):274-284.

- (18) Mulsant BH, Ganguli M. Epidemiology and diagnosis of depression in late life. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 Suppl 20:9-15.
- (19) Livingston G, Watkin V, Milne B, Manela MV, Katona C. Who becomes depressed? The Islington community study of older people. *J Affect Disord* 2000; 58(2):125-133.
- (20) Beekman AT, Copeland JR, Prince MJ. Review of community prevalence of depression in later life. *Br J Psychiatry* 1999; 174:307-311.
- (21) Leclerc A, Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Lang T. Les inégalités sociales de santé. La Découverte/Inserm ed. Paris: 2000.
- (22) Gasquet I. [Epidemiologic approach to the evolution by age and sex of childhood and adolescent depression]. *Psychiatr Enfance* 1994; 37(2):533-566.
- (23) Hankin BL, Abramson LY. Development of gender differences in depression: description and possible explanations. *Ann Med* 1999; 31(6):372-379.
- (24) Tohen M, Goodwin F. Epidemiology of bipolar disorder. In: Tsuang MT, Tohen M, Zahner G, editors. *Textbook in psychiatric epidemiology*. New York: 1995: 301-315.
- (25) Rubinow DR, Schmidt PJ, Roca CA. Estrogen-serotonin interactions: implications for affective regulation. *Biol Psychiatry* 1998; 44(9):839-850.
- (26) Demyttenaere K. Psychopathologie du post-partum. In: Reynaert C, Demyttenaere K, editors. *Dépression et psychosomatique*. Louvain: 1997: 227-237.
- (27) Bracke P. Sex differences in the course of depression: evidence from a longitudinal study of a representative sample of the Belgian population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33(9):420-429.
- (28) Culbertson FM. Depression and gender. An international review. *Am Psychol* 1997; 52(1):25-31.
- (29) Bracke P. The three-year persistence of depressive symptoms in men and women. *Soc Sci Med* 2000; 51(1):51-64.
- (30) Skaff MM, Finney JW, Moos RH. Gender differences in problem drinking and depression: different "vulnerabilities?". *Am J Community Psychol* 1999; 27(1):25-54.
- (31) Bucholz KK, Robins LN. Who talks to a doctor about existing depressive illness? *J Affect Disord* 1987; 12(3):241-250.
- (32) Glass J, Fujimoto T. Housework, paid work, and depression among husbands and wives. *J Health Soc Behav* 1994; 35(2):179-191.
- (33) Le Pape A, Lecomte T. Prevalence de la prise en charge médicale de la dépression en 1996-1997. *Bulletin d'information en économie de la santé* 1999; 21.
- (34) Verhaegen L, Deykin EY, Sand E. Depressive symptoms and employment status among Belgian adolescents. *Revue Epid et Santé Publ* 1994; 42:119-127.
- (35) Holahan CJ, Moos RH, Holahan CK, Cronkite RC. Resource loss, resource gain, and depressive symptoms: a 10-year model. *J Pers Soc Psychol* 1999; 77(3):620-629.
- (36) Paykel ES. Life events, social support and depression. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1994; 377:50-58.
- (37) Darrel A Regier, Charles T Kaelber. The Epidemiologic Catchment Area (ECA) Program: studying the prevalence and incidence of psychopathology. In: Tsuang MT,

- Tohen M, Zahner G, editors. Textbook in psychiatric epidemiology. New York: 1995: 135-155.
- (38) Horwath E, Weissman MM. Epidemiology of depression and anxiety disorders. In: Tsuang MT, Tohen M, Zahner DA, editors. Textbook in psychiatric epidemiology. New York: Wiley-Liss, 1995: 317-344.
- (39) Carta MG, Coppo P, Reda MA, Hardoy MC, Carpiniello B. Depression and social change. From transcultural psychiatry to a constructivist model. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2001; 10(1):46-58.
- (40) Hwu HG, Yeh EK, Chang LY. Prevalence of psychiatric disorders in Taiwan defined by the Chinese Diagnostic Interview Schedule. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 79(2):136-147.
- (41) Kleinman AM. Depression, somatization and the "new cross-cultural psychiatry". *Soc Sci Med* 1977; 11(1):3-10.
- (42) Kleinman A. Neurasthenia and depression: a study of somatization and culture in China. *Cult Med Psychiatry* 1982; 6(2):117-190.
- (43) Parker G, Gladstone G, Chee KT. Depression in the planet's largest ethnic group: the Chinese. *Am J Psychiatry* 2001; 158(6):857-864.
- (44) Maes M, Meltzer HY, Suy E, De Meyer F. Seasonality in severity of depression: relationships to suicide and homicide occurrence. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 88(3):156-161.
- (45) Kupfer DJ. Long-term treatment of depression. *J Clin Psychiatry* 1991; 52 Suppl:28-34.
- (46) Whooley MA. Depression and medical illness. *Ann Epidemiol* 1999; 9:281-282.
- (47) Carney RM, Freedland KE, Veith RC, Cryer PE, Skala JA, Lynch T et al. Major depression, heart rate, and plasma norepinephrine in patients with coronary heart disease. *Biol Psychiatry* 1999; 45(4):458-463.
- (48) Dinan TG. The physical consequences of depressive illness. *BMJ* 1999; 1999(318):826.
- (49) Rozanski A, Blumenthal JA, Kaplan J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation* 1999; 99(16):2192-2217.
- (50) Carney RM, Freedland KE, Eisen SA, Rich MW, Jaffe AS. Major depression and medication adherence in elderly patients with coronary artery disease. *Health Psychol* 1995; 14(1):88-90.
- (51) Spiegel D. Cancer and depression. *Br J Psychiatry Suppl* 1996;(30):109-116.
- (52) Nordin K, Berglund G, Glimelius B, Sjoden PO. Predicting anxiety and depression among cancer patients: a clinical model. *Eur J Cancer* 2001; 37(3):376-384.
- (53) Forsen A. Psychosocial stress as a risk for breast cancer. *Psychother Psychosom* 1991; 55(2-4):176-185.
- (54) Spiegel D, Sands S, Koopman C. Pain and depression in patients with cancer. *Cancer* 1994; 74(9):2570-2578.
- (55) Rousseaux JP. Alcoolisme et dépression. In: Reynaert C, Demyttenaere K, editors. *Dépression et psychosomatique*. Louvain: 1997: 128-134.

- (56) Swendsen JD, Merikangas KR, Canino GJ, Kessler RC, Rubio-Stipec M, Angst J. The comorbidity of alcoholism with anxiety and depressive disorders in four geographic communities. *Compr Psychiatry* 1998; 39(4):176-184.
- (57) Merikangas KR, Mehta RL, Molnar BE, Walters EE, Swendsen JD, Aguilar-Gaziola S et al. Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Addict Behav* 1998; 23(6):893-907.
- (58) Demarest S, Leurquin P, Tellier V, Van der Heyden J, Van Oyen H, Tafforeau J. [The health of the population in Belgium. The Belgian Health Interview Survey, 1997], Unit of Epidemiology, Scientific Institute of Public Health, 1998, Belgium.
- (59) Anda RF, Williamson DF, Escobedo LG, Mast EE, Giovino GA, Remington PL. Depression and the dynamics of smoking. A national perspective. *JAMA* 1990; 264(12):1541-1545.
- (60) Covey LS, Glassman AH, Stetner F. Cigarette smoking and major depression. *J Addict Dis* 1998; 17(1):35-46.
- (61) Breslau N, Peterson EL, Schultz LR, Chilcoat HD, Andreski P. Major depression and stages of smoking. A longitudinal investigation. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55(2):161 - 166.
- (62) Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, Liu J, Swartz M, Blazer DG. Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey. *Br J Psychiatry Suppl* 1996;(30):17-30.
- (63) Emmanuel J, Simmonds S, Tyrer P. Systematic review of the outcome of anxiety and depressive disorders. *Br J Psychiatry Suppl* 1998;(34):35-41.
- (64) Johnson MR, Lydiard RB. Comorbidity of major depression and panic disorder. *J Clin Psychol* 1998; 54(2):201-210.
- (65) Baruffol E, Thilmann MC. Anxiety, depression, somatization and alcohol abuse. Prevalence rates in a general Belgian community sample. *Acta Psychiatr Belg* 1993; 93(3):136-153.
- (66) Cremniter D, Despierre PG, Batista G. [The risk of suicide]. *Presse Med* 1998; 27(40):2151-2156.
- (67) Lejoyeux M, Leon E, Rouillon F. [Prevalence and risk factors of suicide and attempted suicide]. *Encephale* 1994; 20(5):495-503.
- (68) Fawcett J, Scheftner WA, Fogg L, Clark DC, Young MA, Hedeker D et al. Time-related predictors of suicide in major affective disorder. *Am J Psychiatry* 1990; 147(9):1189-1194.
- (69) Angst J, Angst F, Stassen HH. Suicide risk in patients with major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 Suppl 2:57-62.
- (70) Nordstrom P, Asberg M, Aberg-Wistedt A, Nordin C. Attempted suicide predicts suicide risk in mood disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 92(5): 345-350.
- (71) Van Heeringen C, Jannes S, Buylaert W, Henderick H, De Bacquer D, Van Remoortel J. The management of non-compliance with referral to out-patient after-care among attempted suicide patients: a controlled intervention study. *Psychol Med* 1995; 25(5):963-970.

- (72) Van Heeringen C, Meerschaert Th, Berckmoes A. Attempted suicide in Gent : results from the WHO/EURO Multicenter Study on parasuicide in 1996. *Arch Public Health* 1999; 57:171-184.
- (73) Van Heeringen C, Vincke J. Suicidal acts and ideation in homosexual and bisexual young people: a study of prevalence and risk factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000; 35(11):494-499.
- (74) Isacson G, Holmgren P, Druid H, Bergman U. The utilization of antidepressants - a key issue in the prevention of suicide - an analysis of 5281 suicides in Sweden during the period 1992-1994. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1997; 96(2):94-100.
- (75) Bertschy G, Vandel S. [The link between suicide and depression. Epidemiologic aspects]. *Encephale* 1991; 17(1):33-36.
- (76) Stoff DM, Mann JJ. Suicide research. Overview and introduction. *Ann N Y Acad Sci* 1997; 836:1-11.
- (77) Pitchot W, Reggers J, Pinto E, Hansenne M, Fuchs S, Pirard S et al. Reduced dopaminergic activity in depressed suicides. *Psychoneuroendocrinology* 2001; 26(3):331-335.
- (78) Bruce ML, Leaf PJ. Psychiatric disorders and 15-month mortality in a community sample of older adults. *Am J Public Health* 1989; 79(6):727-730.
- (79) Somervell PD, Kaplan BH, Heiss G, Tyroler HA, Kleinbaum DG, Obrist PA. Psychologic distress as a predictor of mortality. *Am J Epidemiol* 1989; 130(5):1013-1023.
- (80) Whooley MA, Browner WS. Association between depressive symptoms and mortality in older women. Study of Osteoporotic Fractures Research Group. *Arch Intern Med* 1998; 158(19):2129-2135.
- (81) Boyer P, Dardennes R, Even C, Gaillac V, Gérard A, Lecrubier Y et al. Dépression et santé publique: Données et réflexions. Acanthe ed. Paris: 1999.
- (82) Mintz J, Mintz LI, Arruda MJ, Hwang SS. Treatments of depression and the functional capacity to work. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49(10):761-768.
- (83) Vos T, Mathers CD. The burden of mental disorders: a comparison of methods between the Australian burden of disease studies and the Global Burden of Disease study. *Bull World Health Organ* 2000; 78(4):427-438.
- (84) Tylee A, Gastpar M, Lepine JP, Mendlewicz J. Identification of depressed patient types in the community and their treatment needs: findings from the DEPRES II (Depression Research in European Society II) survey. DEPRES Steering Committee. *Int Clin Psychopharmacol* 1999; 14(3):153-165.
- (85) Pyne JM, Patterson TL, Kaplan RM, Gillin JC, Koch WL, Grant I. Assessment of the quality of life of patients with major depression. *Psychiatr Serv* 1997; 48(2):224-230.
- (86) Whalley D, McKenna SP. Measuring quality of life in patients with depression or anxiety. *Pharmacoeconomics* 1995; 8(4):305-315.
- (87) Gurland B. The impact of depression on quality of life of the elderly. *Clin Geriatr Med* 1992; 8(2):377-386.
- (88) Lovell A. Les troubles mentaux. In: Leclerc A, Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Lang T, editors. *Les inégalités sociales de santé*. Paris: Inserm, 2000: 251-266.

- (89) De Clercq M, Vranckx A, Navarro F, Piette D. Enquête santé mentale des jeunes de l'enseignement secondaire en Région de Bruxelles-Capitale. 1-25. 1996. ULB, Ecole de Santé Publique, Unité Promotion Education santé (PROMES).
- (90) Lepine JP, Gastpar M, Mendlewicz J, Tylee A. Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *Int Clin Psychopharmacol* 1997; 12(1):19-29.
- (91) Anseau M, Reggers J, Nickels J. Epidémiologie des troubles psychiatriques dans la Province de Luxembourg. Plate-forme de concertation psychiatrique dans la Province de Luxembourg, editor. 1999.
- (92) Prince MJ, Beekman AT, Deeg DJ, Fuhrer R, Kivela SL, Lawlor BA et al. Depression symptoms in late life assessed using the EURO-D scale. Effect of age, gender and marital status in 14 European centres. *British Journal of Psychiatry* 1999; 174:339-345.
- (93) Prince MJ, Reischies F, Beekman AT, Fuhrer R, Jonker C, Kivela SL et al. Development of the EURO-D scale--a European, Union initiative to compare symptoms of depression in 14 European centres. *British Journal of Psychiatry* 1999; 174:330-338.
- (94) Verhaegen L. Profils socio-démographiques et type de prise en charge des patients psychiatriques dans la Région Bruxelloise. *Revue Epid et Santé Publ* 1993; 41:298 - 305.
- (95) Buekens P, van Heeringen K, Boutsen M, Smekens P, Mattellaer P. Depressive symptoms are often unrecognized in gynaecological practice. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1998; 81(1):43-45.
- (96) Perez-Stable EJ, Miranda J, Munoz RF, Ying YW. Depression in medical outpatients. Underrecognition and misdiagnosis. *Arch Intern Med* 1990; 150(5):1083-1088.
- (97) McQuaid JR, Stein MB, Laffaye C, McCahill ME. Depression in a primary care clinic: the prevalence and impact of an unrecognized disorder. *J Affect Disord* 1999; 55(1):1-10.
- (98) Bartholomeeusen S, Buntinx F, De Cock L, Heyrman J. Het voorkomen van ziekten in de huisartspraktijk. Resultaten van de morbiditeitsregistratie van het Intego-netwerk. 1-18. 2001. Leuven, Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde.
- (99) Drieskens S, Tafforeau J, Van Oyen H, Quataert P. Modèles age-période-cohorte: Evolution de la mortalité en Belgique pour la période 1971-1990. 1-107. 1998. Brussels, Centre de Recherche Opérationnelle en Santé Publique, Institut Scientifique de la Santé Publique.
- (100) Blazer DG, Kessler RC, McGonagle KA, Swartz MS. The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The national comorbidity survey. *American Journal of Psychiatry* 1994; 151:979-986.
- (101) Bijl RV, Van Zessen G, Ravelli A, de Rijk C, Langendoen Y. [Psychiatric morbidity among adults in The Netherlands: the NEMESIS - Study. I. Objectives, design and methods. *Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study*]. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997; 141(50):2248-2252.
- (102) Bijl RV, Van Zessen G, Ravelli A. [Psychiatric morbidity among adults in The Netherlands: the NEMESIS - Study. II. Prevalence of psychiatric disorders. *Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study*]. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997; 141(50):2453-2460.

- (103) The Global Burden of Disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Boston: Harvard School of Public Health, 1996.
- (104) OMS. Rapport sur la Santé dans le Monde 2001. La Santé Mentale: Nouvelle conception, nouveaux espoirs. Genève: 2001.
- (105) Rothschild AJ. Sexual side effects of antidepressants. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 Suppl 11:28-36.
- (106) Pharmacotherapy of depressive disorders. A consensus statement. WHO Mental Health Collaborating Centres. *J Affect Disord* 1989; 17(2):197-198.
- (107) Igodt P. Approche psychothérapeutique de la dépression. In: Reynaert C, Demyttenaere K, editors. *Dépression et psychosomatique*. Louvain: 1997: 255 -266.
- (108) Traitements. In: Programme de Recherche et d'Information sur la Dépression, editor. *Dépression et santé publique, données et réflexions*. Paris: 1999: 45-69.
- (109) Stoudemire A, Frank R, Hedemark N, Kamlet M, Blazer D. The economic burden of depression. *Gen Hosp Psychiatry* 1986; 8:387 -394.
- (110) Greenberg PE, Stiglin LE, Finkelstein SN, Berndt ER. The economic burden of depression in 1990. *J Clin Psychiatry* 1993; 54(11):405 -418.
- (111) Broadhead WE, Blazer DG, George LK, Tse CK. Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. *JAMA* 1990; 264(19):2524 -2528.
- (112) Conti DJ, Burton WN. The economic impact of depression in a workplace. *J Occup Med* 1994; 36(9):983 -988.
- (113) Anseau M. [The socio-economics of depression]. *Rev Med Liege* 1998; 53(5):30 8-310.
- (114) Illustrative preventive intervention research programs. In: Mrazek PJ, Haggerty RJ, editors. *Reducing risk for mental disorders. Frontiers for preventive intervention research*. Washington, D.C: 1994: 215 -313.
- (115) De Troyer W. Dépistage de la dépression en médecine générale. *Patient care* 2000; 23(1).
- (116) Ormel J, Tiemens BG, van Os TW, van der MK, Jenner JA, van den Brink RH. [Improved recognition and treatment of depression with occasional faster recovery through postgraduate training of family practitioners]. *Ned Tijdschr Geneesk* 1998; 142(47):2572 -2577.
- (117) Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67(6):361 -370.
- (118) Van Marwijk HW, Grundmeijer HG, et al. NHG-Standaard Depressie. *Huisarts Wet* 1994; 37:482 -490.
- (119) Rutz W, Walinder J, Eberhard G, Holmberg G, von Knorring AL, von Knorring L et al. An educational program on depressive disorders for general practitioners on Gotland: background and evaluation. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 79(1):19 -26.
- (120) Rutz W, von Knorring L, Walinder J, Wistedt B. Effect of an educational program for general practitioners on Gotland on the pattern of prescription of psychotropic drugs. *Acta Psychiatr Scand* 1990; 82(6):399 -403.

- (121) Rutz W, von Knorring L, Walinder J. Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 85(1):83-88.
- (122) Rutz W, Carlsson P, von Knorring L, Walinder J. Cost-benefit analysis of an educational program for general practitioners by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 85(6):457-464.
- (123) Paykel ES, Tylee A, Wright A, Priest RG, Rix S, Hart D. The Defeat Depression Campaign: psychiatry in the public arena. *Am J Psychiatry* 1997; 154(6 Suppl):59-65.
- (124) Paykel ES, Hart D, Priest RG. Changes in public attitudes to depression during the Defeat Depression Campaign. *Br J Psychiatry* 1998; 173:519-522.
- (125) Jacobs DG. National Depression Screening Day: educating the public, reaching those in need of treatment, and broadening professional understanding. *Harv Rev Psychiatry* 1995; 3(3):156-159.
- (126) Greenfield SF, Reizes JM, Magruder KM, Muenz LR, Kopans B, Jacobs DG. Effectiveness of community-based screening for depression. *Am J Psychiatry* 1997; 154(10):1391-1397.

ANNEXES

Annexe 1 : Intervenants dans le domaine de la dépression en Belgique

La Ligue belge de la Dépression/Belgische Liga van de Depressie est une ASBL qui travaille spécifiquement sur la dépression en Belgique dans le but d'informer le grand public sur base de données scientifiques récentes, de destigmatiser la dépression, de rétablir certaines fausses croyances et faciliter les échanges entre les malades et les professionnels de santé qui sont impliqués dans la prévention et le traitement de la dépression. Des brochures d'informations sur la dépression y sont régulièrement publiées.

Adresse : **Ligue Belge de la Dépression a.s.b.l**

Rue de la Vinaudrée, 30
1370 Jodoigne

Tél. : 070/23 33 24 de 10h à 13h30

Vendredi et lundi matin

Email : lig.depr@yucom.be

www.health.fgov.be/AGP/fr/articles/messages/maladies/depression/depression.htm

www.health.fgov.be/AGP/nl/artikels_notas/mededelingen_volksgezondheid/ziekten/depressie/depressie.htm

Coordinatrice : Muriel Vanderveken

Présidente : Myriam Van Moffaert

La Fondation Roi Baudouin a pour mission essentielle de contribuer à l'amélioration des conditions de vie de la population. Un des projets de la Fondation concerne la dépression chez les enfants et les adolescents. Ce projet vise à donner à l'entourage des enfants et des jeunes des instruments pour agir de manière préventive, détecter un problème à temps et réagir sans tarder. C'est en fonction de cet objectif qu'un projet en trois temps a été lancé :

- Un premier état de la question a été dressé lors d'un colloque en mai 2000
- Un appel à projets a permis de soutenir 13 initiatives intéressantes (2000 - 2001)
- Un site Internet et un forum interactif ont été lancés (2000-2001). Le site comprend également des informations générales sur cette problématique et offre un forum de discussion favorisant l'échange d'expérience et la valorisation des bonnes pratiques.

Adresse : **La Fondation Roi Baudouin**

Rue Brederode 21
1000 Bruxelles

Tél. : 02/511.18.40

Fax : 02/511.52.21

www.kbs-frb.be

La Fondation Julie Renson a pour objectif de contribuer à l'amélioration de la santé mentale en Belgique, par la sensibilisation, l'information au large public, l'organisation de groupes de travail, participations à divers projets. Cette fondation a initié une banque de données sur diverses structures de santé mentale qui s'adresse aux professionnels ou aux particuliers : Info Santé Mentale. Un système d'information en santé mentale (THESEAS) permettant aux utilisateurs d'accéder à la banque de

données, de connaître diverses structures préventives et curatives de santé mentale grâce à une connexion externe.

Adresse : **Fondation Julie Renson**
Rue de Lombardie 35
1060 Bruxelles

Tél. : 02/538.94.76
Fax : 02/534.38.64
Email : info@julierenon.be
Coordinatrice : Martine Baudin

Fédération des associations SIMILES francophones asbl / Federatie van Vlaamse SIMILESkringen vzw

SIMILES est une association de bénévoles qui s'attache à : promouvoir la qualité de vie des malades mentaux et de leurs familles ; aider ces familles dans la défense de leurs propres intérêts, matériels ou moraux, ainsi que de ceux de leur malade. Elle donne des conseils et des informations d'ordre juridique et social, organise des soirées d'information et des formations pour les malades et leur famille. Des bulletins d'informations, un trimestriel, des guides pratiques ainsi que des rapports de conférence sont publiés par l'association.

Adresses :

Fédération des associations SIMILES francophones

Rue Ducale 81
1000 Bruxelles

Tél. : 02/511.19.08
Fax : 02/503.47.15
Email: federation@similes.org

Federatie van Vlaamse Simileskringen vzw

Groeneweg 151
3001 Heverlee

Tél.: 016/23.23.82
Fax: 016/23.88.18
Email: similes@planetinternet.be

La Fondation Nationale Reine Fabiola pour la Santé Mentale participe à la coordination et à la collaboration entre les institutions actives dans le domaine de la santé mentale par l'organisation de journées d'études et de rencontres -débat, fournit de l'information au grand public, soutient financièrement des projets de terrain.

Adresse : **Fondation Nationale Reine Fabiola pour la Santé Mentale**
Rue Ducale 81
1000 Bruxelles

Tél. : 02/502.29.93
Fax : 02/502.11.11
Email : kfs.frf@skynet.be
Présidence : S.M. la Reine Fabiola

Les Ligues de la Santé Mentale sont des organismes de promotion et de coordination de la santé mentale à un niveau régional. Elles ont un rôle d'organisation, d'information en matière de santé mentale, développent des activités de promotion et de formations en santé mentale. Leur travail n'est pas porté spécifiquement sur la dépression.

Les Ligues collaborent avec les plates-formes de concertation de la santé mentale, les associations de santé mentale et autres intervenants en santé mentale.

Adresses :

Ligue Wallonne pour la Santé Mentale

Rue Muzet, 32
5000 Namur

Tél. : 081/23.50.10

Fax : 081/22.52.64

Heures d'ouverture : du lundi au vendredi de 8h à 16h30

Email : lwsmskynet.be

Direction : Christiane Bontemps

Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale

Rue du Président, 53
1050 Bruxelles

Tél. : 02/511.55.43

Fax : 02/511.52.76

Email : lbfsm.skynet.be

Direction : Eric Messens

Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg

Tenderstraa 14
9000 Gent

Tél. : 09/221.44.34

Fax : 09/221.77.25

Email : vvvgxs4all.be

Direction : Paul Arteel

Les Plates-formes de concertation de la Santé Mentale

Il existe 15 Plate-formes de concertation en Belgique (5 en Flandre, 9 en Wallonie (8 francophones et 1 germanophone et 1 à Bruxelles (qui a la particularité d'être bilingue). Elles se proposent de mener une étude et une concertation sur :

- Les besoins en matière d'équipements psychiatriques dans la région où sont situés les institutions et services membres de l'association,
- La répartition des tâches et la complémentarité en ce qui concerne l'offre des services, les activités et les groupes cibles visés, afin de mieux répondre aux besoins de la population et d'améliorer le niveau qualitatif des soins de santé,
- La collaboration possible et la répartition des tâches en ce qui concerne, entre autres, l'intervention en cas de crise et les activités de jour pour patients psychiatriques, à l'exception de la création et la gestion d'Habitations Protégées

Chaque Plate-forme de concertation a en plus des objectifs secondaires tenant compte des spécificités de la compétence territoriale attribuée à la Plate-forme. Les Plates-formes de santé mentale peuvent mener ou mandater des études sur la dépression.

Adresses :

REGION BRUXELLES-CAPITALE

Plate-forme de concertation pour la santé mentale en Région de Bruxelles-Capitale Overlegplatform Geestelijke Gezondheid Gebied Brussel-Hoofdstad

Quai du Commerce, 7
1000 Bruxelles.
Tél : 02/289.09.60, Fax : 02/512.38.18
Présidente : Mme Michèle Van den Eynde
Coordinatrices : Michèle Ribourdouille, An Platteeuw
E-mail : PFSM.OPGG@beon.be

REGION WALLONNE

Plate-forme de concertation en santé mentale du Brabant wallon

Maison de l'Abaque
Boucle des Métiers, 21
1348 Louvain-la-Neuve
Tél/fax : 010/45.49.09
Président : Mr Alain Sansterre
Coordinatrice : Françoise Duesberg
E-mail : plateformesmbw@tiscalinet.be

Plate-forme régionale de concertation de Charleroi

Boulevard Zoé Drion, 1 (4^{ème} étage)
6000 Charleroi
Tél : 071/28.44.95-96, Fax : 071/28.44.97
Président : Dr Jean Schoenaers
Coordinatrice : Marie-Christine Drion
E-mail : info@pfrcc.com

Plate-forme de concertation de la région du Centre pour la santé mentale

c/o Hôpital de Jolimont
Rue Ferrer, 159
7100 Haine St Paul
Tél : 064/23.38.80, Fax : 064/23.31.96
Président : Dr Robert Sterck
Coordinateur : Jean-François Lavis (tél. 084/22.18.08)

Plate-forme de concertation pour la santé mentale en Hainaut occidental

c/o Centre provincial de guidance
Rue de l'Athénée, 21
7500 Tournai
Présidente : Mme Nicole Ottevaere-Lafleur
Coordinateur : Christian Lestienne (tél : 0478 /56.39.20)

Plate-forme psychiatrique liégeoise

Rue Capitaine, 4
4020 Liège
Tél : 04/344.43.86, Fax : 04/344.18.96
Président : Dr B. Xhenseval
Coordinateur : Didier Kampfl

Plate-forme de concertation psychiatrique du Luxembourg

c/o Institut La Clairière
Route des Ardoisières
6680 Bertrix
Tél : 061/22.17.11, Fax : 061/22.17.36
Président : Mr André Geeraert
Coordinateur : Christian Brilot

Plate-forme de concertation pour la santé mentale de Mons-Borinage

Place de la Grande Pêcherie, 19
Quartier de Messines
7000 Mons
Président et coordinateur : Mr Jean Homerin
Tél/fax : 065/36.29.27
E-mail : pfesm@freegates.be

Plate-forme namuroise de concertation en santé mentale

c/o Centre psychothérapique provincial
Avenue Reine Astrid, 20a
5000 Namur
Tél : 081/72.97.29, Fax : 081/72.97.37
Président : Mr Robert Goret
Coordinateur : Didier De Vleeschouwer

Psychiatrieverband der Deutschsprachigen Gemeinschaft

c/o Vervierserstrasse, 14
4700 Eupen
Tél : 087/59.80.59, Fax : 087/59.80.60
Président : Dr Roland Lohman
E-mail : spz.eupen@swing.be

REGION FLAMANDE**Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Antwerpen(OGGPA)**

Boomgaardstraat 22 bus 110
2600 Berchem
Tel : 03/240.61.81, Fax : 03/240.61.84
Voorzitter : Dhr Gie Goyvaerts
Coördinator : Dhr Hugo Jacobs
E-mail : hugo.jacobs@oggpa.provant.be

Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Limburg(SPIL)

p/a Provinciehuis 2de Directie Welzijn, Afdeling 4
Universiteitslaan 1
3500 Hasselt
Tel : 011/23.72.99, Fax : 011/23.72.10
Voorzitter : Dhr Jaak Poncelet
Coördinator : Mevr Miet Smeets
E-mail : msmeets@limburg.be

Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Oost-Vlaanderen (PoPovGGZ)

Oude Abdij
Drongenplein 26
9031 Drongen
Tel : 09/216.65.50, Fax : 09/216.65.59
Voorzitter : Dhr Jan Willems
Coördinator : Dhr Patrick Claeys
E-mail : info@popovggz.be

Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Vlaams-Brabant (VLABO)

Groeneweg 151 (7de verd.)
3001 Heverlee
Tel : 016/27.03.10, Fax : 016/27.03.19
Voorzitter : Dhr Paul Igodt
Coördinator : Mevr Ann Vranckx
E-mail : vlabo.vzw@vlabo.be

Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg West-Vlaanderen

Maatschappelijke zetel
Bruggestraat 57 -59
8930 Menen
Contactadres :
Annuntiatenstraat 92
8000 Brugge
Tel : 050/34.11.70, Fax : 050/34.19.41
Voorzitter : Dhr Rik Brysse
Coördinator : Mevr Ingrid Soenen
E-mail : overleggz.wvl@skynet.be
Coordinateur: Patrick Claeys

EOLE

Les objectifs sont d'identifier les personnes et les services ressources en santé mentale de la Région Bruxelloise, offrir un appui téléphonique aux professionnels de santé lors de situations de crise et leur apporter une aide à l'orientation vers les structures existantes, renforcer les liens entre les équipes du secteur de la santé mentale et les professionnels de la santé.

Adresse : **Appui et orientation téléphonique en Santé Mentale**
Quai du Commerce 7
1000 Bruxelles
Tél. : 02/223 75 52
Fax. : 02 /218 32 91
Coordination : Karine Frenkiel

Il existe encore de nombreux intervenants en santé mentale pouvant jouer un rôle essentiel dans la prévention et la prise en charge de la dépression, comme les services et centres de santé mentale, psychiatrie de liaison, les centres psycho - médicaux-sociaux, les plannings familiaux, les maisons médicales, les lignes d'appel téléphonique anonyme (Centre de prévention du suicide et autres)...

Annexe 2 : Description du DSM-IV

Le DSM-IV a été établi pour l'usage clinique, l'enseignement et la recherche. Il fournit des critères utilisés par les psychiatres et les psychologues pour diagnostiquer les troubles mentaux. Il fournit également les codes nécessaires à l'enregistrement des données médicales et aux sociétés d'assurances médicales. Ce manuel est une « *classification catégorielle qui répartit les troubles mentaux en types fondés sur des groupes de critères bien définis* » (DSM-IV). Il utilise des critères, à la fois d'inclusion et d'exclusion.

Une des principales caractéristiques du DSM -IV est de fournir des critères diagnostiques en vue d'accroître la fiabilité du diagnostic. Le système comporte plusieurs axes qui correspondent chacun à l'évaluation d'une dimension spécifique, et permet ainsi d'élaborer un plan de traitement et de prévoir l'évolution de la situation.

La classification du DSM-IV comporte cinq axes :

Axe 1 : l'ensemble des troubles de la classification à l'exception des troubles de la personnalité et les retards mentaux.

Axe 2 : trouble de personnalité et retard mental. Cet axe peut aussi servir à noter les traits de personnalité et les mécanismes de défense inadaptés.

Axe 3 : tout trouble ou toute affection physique susceptible d'avoir une importance pour la compréhension ou le traitement du cas.

Axe 4 : les problèmes psychosociaux et liés à l'environnement susceptibles d'influencer le diagnostic, le traitement et le pronostic des troubles psychiques.

Axe 5 : l'évaluation du niveau général de fonctionnement

Critères d'un épisode dépressif majeur, DSM-IV.

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent être présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; Au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

- (1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet ou observée par les autres. Eventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent ;
- (2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres et décrite comme une apathie presque constante) ;
- (3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (plus de 5% du poids corporel en un mois) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours ; chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendu.
- (4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours ;
- (5) Agitation ou ralentissement psychomoteur, presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur) ;
- (6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours ;
- (7) Sentiments de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours ;
- (8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres) ;
- (9) Pensées récurrentes à la mort, idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte (période pendant laquelle sont présents à la fois les critères d'un épisode maniaque et ceux d'un épisode dépressif majeur)

C. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (substance donnant lieu à un abus, médicament) ou d'une affection médicale générale (l'hypothyroïdie).

E. Les symptômes dépressifs ne sont pas imputables à un deuil, c'est à dire après la mort d'un être cher. Les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

D'autres symptômes sont fréquents, même s'ils ne constituent pas des critères pour reconnaître la dépression : tendance à pleurer, à broyer du noir, irritabilité, ruminations obsessionnelles, anxiété, phobies, préoccupations excessives pour la santé physique, douleurs (céphalées, douleurs dans les articulations, l'abdomen...), des difficultés dans les relations intimes ou sociales, des difficultés sexuelles.

Certaines personnes peuvent présenter des attaques de panique. Dans environ 15% des cas, il y a la présence de symptômes tels que des hallucinations ou du délire. Il arrive que des symptômes d'anxiété envahissants « cachent » la dépression, empêchent de la diagnostiquer et de la traiter.

Critères diagnostiques de trouble dysthymique selon le DSMIV.

- A. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, plus d'un jour sur deux pendant au moins deux ans, signalée par le sujet ou observée par les autres.
- B. Quand le sujet est déprimé il présente au moins deux des symptômes suivants :
 - (1) perte d'appétit ou hyperphagie ;
 - (2) insomnie ou hypersomnie ;
 - (3) baisse d'énergie ou fatigue ;
 - (4) faible estime de soi ;
 - (5) difficultés à se concentrer ou difficultés à prendre des décisions
 - (6) sentiment de perte d'espoir.
- C. Au cours de la période de deux ans de perturbation thymique (un an pour les enfants et les adolescents) le sujet n'a jamais de périodes de plus de deux mois consécutifs sans présenter les symptômes des critères A et B.
- D. Au cours de la période de deux ans de perturbation thymique (un an pour les enfants et les adolescents), aucun épisode dépressif majeur n'a été présent ; c'est à dire que la dépression n'est pas mieux expliquée par un trouble dépressif majeur chronique ou par un trouble dépressif majeur en rémission partielle.
- E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque, mixte ou hypomaniaque et les critères de trouble cyclothymique n'ont jamais été réunis.
- F. La perturbation thymique ne survient pas uniquement au cours de l'évolution d'un trouble psychotique chronique, tel une schizophrénie ou un trouble délirant.
- G. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (par ex. une drogue donnant lieu à un abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (par ex. hypothyroïdie).
- H. Les symptômes entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Critères diagnostiques d'épisodes dépressifs majeur selon la CIM10.

A. Critères généraux (obligatoires)

G1. l'épisode dépressif doit persister au moins deux semaines.

G2. Absence de symptômes hypomaniaques ou maniaques répondant aux critères d'un épisode maniaque ou hypomaniaque (F30. -) à un moment quelconque de la vie du sujet.

G3. Critères d'exclusion les plus couramment utilisés. L'épisode n'est pas imputable à l'utilisation d'une substance psychoactive (F10 -19) ou à un retard mental organique, selon la définition donnée en F00-F09.

B. Présence d'au moins deux des trois symptômes suivants :

- (1) Humeur dépressive à un degré nettement anormal pour le sujet, présente pratiquement toute la journée et presque tous les jours, dans une large mesure influencée par les circonstances, et persistant pendant au moins deux semaines.
- (2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour les activités habituellement agréables ;
- (3) Réduction d'énergie ou augmentation de la fatigabilité.

C. Présence d'au moins un des quatre symptômes suivants pour atteindre un total d'au moins quatre symptômes :

- (1) Perte de confiance en soi ou de l'estime de soi ;
- (2) Sentiments injustifiés de culpabilité excessive et inappropriée ;
- (3) Pensées récurrentes de mort ou d'idées suicidaires récurrentes, ou comportement suicidaire de n'importe quel type ;
- (4) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer (signalée par le sujet ou observée par les autres, se manifestant, par ex. par une indécision ou des hésitations.
- (5) Modification de l'activité psychomotrice, caractérisée par une agitation ou un ralentissement (signalés ou observés) ;
- (6) Perturbation du sommeil de n'importe quel type ;
- (7) Modification de l'appétit (diminution ou augmentation) avec variation pondérale correspondante.

Critères diagnostiques de dysthymie selon la CIM10

- A. Présence d'une période d'au moins deux années de dépression constante ou constamment récurrente. Les périodes intermédiaires d'humeur normale durent rarement plus de deux semaines et il n'y a pas d'épisodes hypomaniaques.
- B. Aucun ou presque des épisodes isolés de dépression survenant au cours d'une telle période de deux années ne sont d'une sévérité ou d'une durée suffisante pour répondre aux critères d'un trouble dépressif récurrent léger (F33.0).
- C. Au cours d'au moins certaines périodes de dépression, au moins trois des symptômes suivants doivent être présents :
 - (1) réduction de l'énergie ou de l'activité ;
 - (2) insomnie ;
 - (3) perte de confiance en soi et sentiments d'insuffisance ;
 - (4) difficultés de concentration ;
 - (5) pleurs fréquents ;
 - (6) perte d'intérêt ou de plaisir pour la sexualité ou d'autres activités ;
 - (7) perte d'espoir ou sentiments de désespoir ;
 - (8) perception d'une incapacité à faire face aux responsabilités habituelles de la vie quotidienne ;
 - (9) pessimisme envers l'avenir ou ruminations sur le passé ;
 - (10) retrait social ;
 - (11) moins loquace.

Annexe 3 : Conséquences de la dépression

Conséquences de la dépression sur la vie familiale

D'après Boyer P et Dardennes R, 1999 (81)

Du côté du patient		Du côté de la famille
Période Début de la dépression	<ul style="list-style-type: none"> - évitement des relations familiales, - autoconsommation de tranquillisants/hypnotiques inadaptés, alcoolisations, - consultations médicales - traitements inadéquats devant un diagnostic encore flou, - perte de plaisir aux rapports familiaux, - troubles inexpliqués du caractère 	<ul style="list-style-type: none"> - inquiétude ou indifférence devant un changement d'état inexpliqué du conjoint.
Pendant la dépression	<ul style="list-style-type: none"> - sentiment d'incompréhension de sa famille, - culpabilité, - mésentente conjugale, - sentiment d'indifférence 	<ul style="list-style-type: none"> - incompréhension de la situation ou culpabilité personnelle inappropriée, remise en cause personnelle devant l'absence de désir du (de la) conjoint(e), - inquiétude si le patient a des antécédents, rôle double pour remplacer le malade, - surprotection excessive ou inappropriée, - sentiment de surcharge de responsabilités et d'isolement, - angoisse et désarroi par rapport à un parent qui ne tient pas son rôle, - ignorance ou recherche d'explication, - difficultés scolaires, troubles de conduite chez les enfants.
Début du traitement	<ul style="list-style-type: none"> - honte de prendre des médicaments, de ne pas travailler, d'être malade sans raison, - dévalorisation, - difficulté d'assumer le rôle de père ou de mère, - lutte inadéquate pour essayer de s'en sortir seul 	<ul style="list-style-type: none"> - inquiétude ou irritation devant le conjoint, - ambivalence éventuelle par rapport à la nécessité du traitement médicamenteux, conseil plus ou moins inadaptés, - angoisse fondamentale de voir l'autre traité pour une maladie mentale - perception anxieuse non verbalisée du comportement du parent - inquiétude des enfants de voir un parent dans un état « bizarre » - possibilité de conséquences psychopathologiques (anxieuse)
Après la dépression	Ambivalence plus ou moins marquée par rapport au projet de reprendre sa place, Gêne persistante devant la persévérance du trouble sexuel, d'une prise de poids Gêne par rapport au enfants d'avoir été malade, de les avoir « abandonnés »	<ul style="list-style-type: none"> - soulagement devant l'amélioration ou au contraire libération de l'agressivité vis-à-vis du patient qui va mieux, - impatience devant la lenteur de la normalisation, - suspicion accusatrice quant aux réalités de l'épisode, difficultés à retrouver au sein du couple l'équilibre prémorbide, - réactions de soulagement ou d'hostilité face à l'autorité parentale récemment retrouvée (adolescent)
Rechute Récidive	Sentiment de honte et autoaccusation, Crainte de transmission à la descendance	<ul style="list-style-type: none"> - modification des perceptions du conjoint, prise de conscience qu'il s'agit d'un sujet à risque, - toutes les attitudes adaptatives se rencontrent (compréhension, soutien, maternage excessif, prise d'autorité, rejet, agressivité) - l'équilibre intrafamilial est remis en cause, les rôles parentaux respectifs modifiés, retentissement sur l'équilibre de l'enfant surtout si aucune explication ne lui est donnée.

Conséquences de la dépression sur la vie professionnelle.

D'après Boyer P et Dardennes R, 1999 (81)

Période	Du côté du malade	Du côté de l'employeur
Début de la dépression	<ul style="list-style-type: none"> - difficultés d'adaptation, - tendance à la démotivation, - absence d'anticipation 	<ul style="list-style-type: none"> - diminution non apparente de la compétitivité ou de la productivité dans le poste, - tendance au report de décision nuisant à la progression de l'entreprise
Pendant la dépression	<ul style="list-style-type: none"> - perte de rendement dans le poste, - erreurs stratégiques ou de commandement, - décisions péjoratives, - manque d'anticipation, - fautes d'inattention, de négligence, - démission intempestive 	<ul style="list-style-type: none"> - augmentation de l'absentéisme ou des arrêts de travail, accidents de travail en fonction du poste, - réduction apparente de la productivité, - conséquences matérielles et psychologiques sur la production, - climat délétère suite aux erreurs
Début du traitement	<ul style="list-style-type: none"> - difficultés à cacher les effets secondaires du traitement ou efforts de maîtrise des effets, - souci de se cacher pour prendre des médicaments, - souci de maintenir le secret de la situation, - sensation d'isolement dans l'entreprise 	<ul style="list-style-type: none"> - augmentation de la fréquence d'accidents de travail liés aux effets latéraux de certains antidépresseurs, - prise de contact avec la médecine du travail, - convocation éventuelle de l'ouvrier ou de l'employé pour lui demander d'arrêter ses activités, - interruption prolongée d'exercice professionnel dans certains métiers (personnel de bord, conducteur de machine etc)
Après la dépression	<ul style="list-style-type: none"> - incertitude quant à la reprise des activités, responsabilités, - dilemme entre révéler la dépression ou fabriquer un alibi, - hantise de la rechute 	<ul style="list-style-type: none"> - difficultés pour la hiérarchie à manifester de nouveau sa confiance, - nécessité de gérer la progressivité et la souplesse adaptative, - niveau suffisant de confiance sans excès d'intimité
Rechute/récidive	<ul style="list-style-type: none"> - la hantise des rechutes modifie considérablement la stratégie professionnelle du patient, - limitation des prises de risques dans la carrière, - éloignement des postes à responsabilités, - réduction de la mobilité professionnelle, - pertes d'opportunités, recul du statut professionnel, - déqualification, risque de licenciement puis de chômage. 	<ul style="list-style-type: none"> - l'employeur est conduit à modifier le profil de carrière de son employé en l'excluant de certains postes, voire en le licenciant.

Annexe 4 : Liste des antidépresseurs disponibles en Belgique en 2001

D'après le Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique

Groupe	Nom générique	Nom de marque
<i>ATC*, substances apparentées et SSRI</i>		
Premier groupe (structure tricyclique)		
Imipramine et dérivés	Clomipramine chlorhydrate Désipramine chlorhydrate Trimipramine Imipramine chlorhydrate	Anafranil (Norvatis) Pertofran (Norvatis) Surmontil (Aventis) Tofranil (Norvatis)
Amitriptyline et dérivés	Nortriptyline Amitriptyline Amitriptyline chlorhydrate	Nortrilen (Lundbeck) Redomex (Lundbeck) Triptizol Tryptizol (MSD) Redomex
Autres	Dosulépine chlorhydrate Doxépine	Prothiaden (Knoll) Sinequan (Pfizer)
Deuxième groupe		
	Mélitracène Réboxétine Venlafaxine Miansérine chlorhydrate Maprotiline Mirtazapine Trazodone chlorhydrate Viloxazine	Dixeran (Lundbeck) Edronax (Pharmacia) Efexor (Wyeth Lederle/AHP) Lérvion (Organon) Ludiomil (Norvatis) Remergon (Organon) Trazolan (Continental Pharma) Vivalan (Menarini)
Troisième groupe (SSRI)		
	Paroxétine Citalopram bromhydrate Fluvoxamine maléate Fluoxétine Sertraline	Aropax (SK Beecham) Seroxat Cipramil (Lundbeck) Dumirox (Menarini) Floxyfral Floxyfral (Solvay) Dumirox Fluoxemed (Ethimed) Fluoxetine (Eurogenerics) Fluoxetine (Merck) Fluoxetop (Topgen) Fontex (Eli Lilly) Prozac (Actuapharma) Prozac (Eli Lilly) Serlain (Roerig/Pfizer)
Association	Flupentixol Mélitracène	Deanxit (Lundbeck)
IMAO		
Non sélectif-irréversible des MAO-A ou B	Phénelzine	Nardelzine (Warner-Lambert)
Sélectif-réversible de la MAO-A	Moclobémide	Aurorix (Roche)
<i>Sels de lithium</i>	Lithium carbonate	Camcolit (Norgine) Maniprex (Wolfs) Priadel (Synthelabo)

* ATC: antidépresseurs tricycliques.

Annexe 5 : Dépression F32#. Conseils pratiques pour la prise en charge de la dépression

(selon ICD-10, Diagnostic and Management Guidelines for Mental Disorders in Primary Care, WHO)

Information pour le patient et sa famille:

- La dépression est un trouble fréquent et il existe des traitements efficaces.
- La dépression n'est pas faiblesse ou paresse ; le patient essaye d'y faire face.

Conseils spécifiques pour le patient et sa famille :

- **Evaluer le risque de suicide** : penser à la mort ou au fait de mourir, plan de suicide précis, tentatives de suicide dans le passé, risque de passage à l'acte, **risque de blesser autrui** ? Une surveillance étroite par la famille ou des amis, voire une hospitalisation peuvent être nécessaires.
- Proposer des **activités qui font plaisir ou donnent confiance**
- **S'opposer au pessimisme et aux auto-accusations.** Ne pas prendre certaines décisions importantes tant qu'on est déprimé (p.ex divorcer, démissionner). Éviter les pensées négatives et les idées de culpabilité.
- **Evaluer l'importance des problèmes de la vie courante ou les stress sociaux** Aider le patient à réduire ou à maîtriser progressivement les problèmes. Éviter les décisions et les changements de vie importants.
- Si le patient présente des symptômes physiques, **discuter des rapports entre les symptômes physiques et humeur.**
- Quand le patient va mieux, discuter avec lui de la possibilité de survenue d'une rechute, et de ce qu'il convient de faire dans ce cas.

Traitement médicamenteux :

- **Envisager un traitement par antidépresseurs si le patient présente une humeur dépressive ou une perte d'intérêt persistant pendant au moins 2 semaines et au moins 4 des autres symptômes de la dépression:** fatigue ou perte d'énergie ; troubles du sommeil ; sentiments de culpabilité ou difficulté de concentration ; idée de mort ou de suicide ; auto-accusations ; agitation ou ralentissement psychomoteur ; troubles de l'appétit.

Dans les cas sévères prévoir un traitement dès la première visite. Dans les cas légers, différer le traitement à une visite ultérieure et vérifier d'abord si le patient a besoin de médicaments et non pas seulement de conseils.

Médicaments :

- Si le patient a répondu favorablement à un médicament dans le passé, utiliser le même médicament ;
- Chez les patients âgés et chez les patients présentant une affection somatique, utiliser des médicaments ayant peu d'effets secondaires anticholinergiques et cardiovasculaires ;
- Chez les patients anxieux et chez les patients insomniaques, utiliser des médicaments présentant un effet sédatif.

Passer progressivement à la dose efficace(p.ex commencer avec 25 à 50 mg d'imipramine tous les soirs et augmenter à 100-150 mg en une dizaine de jours). Utiliser des doses plus faibles chez les personnes âgées et les sujets présentant une affection somatique.

Expliquer au patient que les médicaments doivent être pris tous les jours, que son état va s'améliorer dans les 2-3 semaines suivant le début du traitement, qu'il pourra présenter des effets secondaires, habituellement peu importants ces effets disparaissent normalement en 7-10 jours. Ne pas arrêter le traitement sans en avoir discuté avec le médecin.

Poursuivre le traitement antidépresseur pendant au moins 3 mois après l'amélioration de la symptomatologie.

Consultation de spécialistes:

Demander l'avis d'un spécialiste :

- si le patient risque de se suicider ou de blesser autrui ;
- si le patient présente des symptômes psychotiques ;
- si la dépression persiste après le traitement cité ci-dessus.

Les **psychothérapies** spécifiques peuvent être utiles dans le traitement initial comme dans la prévention des rechutes.