

La dépression dans la population suisse

Données concernant l'épidémiologie, le traitement et l'intégration socioprofessionnelle

Niklas Baer, Daniela Schuler, Sylvie Füglister-Dousse, Florence Moreau-Gruet

Avec un commentaire de Theodor Cahn

L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution mandatée par la Confédération et les cantons. L'Observatoire suisse de la santé analyse les informations existant en Suisse dans le domaine de la santé. Il soutient la Confédération, les cantons et d'autres institutions du secteur de la santé publique dans leur planification, leur prise de décisions et leur action. Pour plus d'informations, consultez www.obsan.ch.

Paraissent dans la **série** «**Obsan Rapport**» des rapports et des analyses consacrés au domaine de la santé. La réalisation des rapports est assurée par l'Obsan ou confiée à des experts externes. Une commission de révision contrôle la qualité des rapports. Le contenu de ces derniers est de la responsabilité de leurs auteurs. Les rapports de l'Obsan sont généralement publiés sous forme imprimée.

Impressum

Editeur

Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Auteurs

- Niklas Baer, Psychiatrie Baselland
- Daniela Schuler, Obsan
- Sylvie Füglister-Dousse, Obsan
- Florence Moreau-Gruet, Obsan

Reviewboard

- Elvira Keller-Guglielmetti et Margreet Duetz Schmucki, OFSP
- Hans Kurt, psychiatre
- Martin Preisig, CHUV
- Daniela Schibli, CDS
- Gabriela Stoppe, Université de Bâle
- Monika Diebold, Obsan
- Paul Camenzind, Obsan

Série et numéro

Obsan Rapport 56

Référence bibliographique

Baer, N., Schuler, D., Füglister-Dousse, S. & Moreau-Gruet, F. (2013). La dépression dans la population suisse. Données concernant l'épidémiologie, le traitement et l'intégration socioprofessionnelle (Obsan Rapport 56). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Renseignements/informations

Observatoire suisse de la santé Espace de l'Europe 10 CH-2010 Neuchâtel Tél. 032 713 60 45 E-mail: obsan@bfs.admin.ch Internet: www.obsan.ch

Langue du texte original

Allemand

Traduction

Services linguistiques de l'OFS

Graphisme et mise en page

DIAM, Prepress / Print, OFS

Page de couverture

Roland Hirter, Berne

Commande

Tél. 032 713 60 60 Fax 032 713 60 61 E-mail: order@bfs.admin.ch

Numéro de commande

874-1301

Prix

22 francs (TVA excl.)

Cette publication est également disponible en allemand (numéro de commande: 873-1301).

Téléchargement du fichier PDF

www.obsan.ch > Publications

ISBN

978-2-940502-07-3

© Obsan 2013

Table des matières

Rési	ımé	3
1	Contexte	9
-	Contonio	
1.1	Fréquence des maladies dépressives	10
1.2	Distribution des maladies dépressives	11
1.3	Degré de gravité des maladies dépressives	12
1.4	Début des maladies dépressives	13
1.5	Comorbidité des maladies dépressives	14
1.6	Durée des maladies dépressives	16
1.7	Traitement des maladies dépressives	17
1.8	Handicaps consécutifs	
	aux maladies dépressives	17
1.9	Identification des groupes à risque	20
2	Buts et méthode	23
2.1	Buts de l'étude	23
2.2	Méthodologie de l'étude	23
2.3	Structure de l'étude	24
2.4	Quelques notions: troubles de l'humeur,	
	dépression, symptômes dépressifs, états dépressifs	24
2.5	Autres remarques concernant les analyses	25

3	Fréquence et répartition	
	des symptômes dépressifs	27
3.1	Fréquence des symptômes dépressifs	27
3.2	Symptômes dépressifs plus fréquents chez les femmes	28
3.3	La dépression est-elle en progression?	29
3.4	L'invalidité chez les personnes dépressives a fortement augmenté	31
3.5	Les symptômes dépressifs faibles sont fréquents chez les personnes âgées	33
3.6	Facteurs d'augmentation de la dépressivité chez les personnes immigrées	34
3.7	Un faible niveau de formation est un facteur de risque de dépression	36
3.8	Symptômes dépressifs fréquents après une séparation ou un divorce	37
3.9	Dépressivité plus fréquente chez les personnes vivant seules ou élevant seules des enfants	38
3.10	Prévalence élevée de la dépression chez les personnes sans emploi	40
3.11	Différences régionales de la prévalence de la dépression	43

4	Comorbidité et comportements en matière de santé	45	7 Les dépressions dans le contexte professionnel	97
4.1	Comorbidité de la dépression avec des maladies ou troubles physiques	45	7.1 Caractéristiques liées au travail des personnes dépressives	97
4.2	Conséquences handicapantes de la comorbidité somatique	51	7.2 Le vécu des personnes dépressives dans le cadre du travail	104
4.3	Comorbidité de la dépression avec des troubles psychiques	58	7.3 Traitement des travailleurs dépressifs	107
4.4	Conséquences handicapantes de la comorbidité psychiatrique	60	8 Commentaire de Theodor Cahn	109
4.5	Dépressivité et hygiène de vie	62	Index des figures et des tableaux	119
5	Partenariat, relations sociales et soutien	65	Bibliographie	123
5.1	Dépression et partenariat	65	Annexe	131
5.2	Dépression et relations avec la parenté	68		
5.3	Dépressions, relations d'amitié et de confiance	69		
5.4	Dépression et solitude	71		
6	Traitement des maladies dépressives	75		
6.1	Personnes dépressives et patients dépressifs	75		
6.2	Traitement des patients dépressifs par les médecins généralistes	80		
6.3	Traitement des patients dépressifs en cabinet psychiatrique	85		
6.4	Traitement des troubles de l'humeur en milieu hospitalier	92		

Résumé

Les dépressions sont des troubles psychiques très fréquents, associés à des souffrances importantes pour les malades et leur entourage, et générant des handicaps considérables dans la vie quotidienne, dans la vie sociale et dans la vie professionnelle. Les coûts socio-économiques induits en Europe par les troubles de l'humeur sont estimés à quelque 100 milliards d'euros par an, dont un tiers environ sont des coûts directs inhérents aux soins médicaux et sociaux et deux tiers des coûts indirects: baisses de productivité, incapacités de travail, invalidité. En Suisse, les coûts induits par les troubles de l'humeur chez les personnes en âge de travailler ont été chiffrés à plus de 11 milliards de francs, résultant pour la plus grande part d'absences au travail et de baisses de productivité (Tomonaga et al., 2013). L'Organisation mondiale de la santé (OMS) prévoit que la dépression unipolaire s'inscrira dans les années à venir au premier rang des maladies les plus handicapantes. La dépression constitue dès lors une question prioritaire pour la politique de la santé et la politique sociale.

La charge individuelle, sociale et économique des maladies dépressives s'explique d'une part par les caractéristiques propres de ces maladies: les troubles dépressifs touchent, selon les résultats actuels de la recherche, une personne sur cinq au cours de sa vie. Ils débutent en moyenne à l'âge de 30 ans, soit bien avant les maladies physiques, présentent généralement un caractère récidivant ou chronique, sont souvent associés à d'autres maladies et ont des effets handicapants même lorsqu'il s'agit de dépressions de faible gravité ou d'états dépressifs en decà du seuil de morbidité. D'autre part, la stigmatisation de la maladie et la manière dont elle est prise en charge contribuent à en faire une maladie particulièrement handicapante: une personne sur deux seulement recourt à un traitement médical et il s'écoule en moyenne dix ans entre l'apparition de la maladie et le début du traitement. La dépression n'est souvent pas diagnostiquée par les médecins généralistes et n'est pas toujours traitée convenablement. Les traitements semblent inadaptés en particulier chez les patients qui présentent des troubles

comorbides, c'est-à-dire des troubles physiques ou psychiques concomitants, ce qui conduit à des problèmes accrus au travail. Enfin, les problèmes professionnels des patients dépressifs sont insuffisamment pris en compte dans les traitements, ce qui contribue à accroître l'exclusion des malades et les coûts liés au traitement et à l'invalidité.

Le présent rapport donne une vue d'ensemble des résultats de la recherche sur différents aspects des troubles dépressifs en Suisse: épidémiologie, comorbidité, hygiène de vie, relations sociales, traitements, situation professionnelle des personnes concernées. Nous avons exploité une grande partie des sources de données disponibles en Suisse sur les personnes souffrant de symptômes dépressifs et sur les patients traités pour des troubles de l'humeur. Ce rapport pourra servir de base aux débats sur la politique de la santé et la politique sociale. Il met en évidence certaines déficiences dans la conception de la maladie ainsi que des carences au niveau de la prise en charge. Il montre dans quels domaines des études plus approfondies pourraient s'avérer utiles. Nos analyses sont suivies d'un commentaire du Dr Theodor Cahn, ancien médecin chef de la clinique psychiatrique de Bâle-Campagne, aujourd'hui praticien indépendant en psychiatrie et en psychothérapie, qui a accepté de mettre nos résultats en perspective et de les soumettre à un examen critique.

La perspective très large de cette étude et la diversité des sources utilisées nous ont amenés à concentrer notre attention sur les personnes adultes en âge de travailler (les jeunes et les personnes âgées sont également prises en considération, mais de manière moins approfondie) et à manier avec prudence les définitions de la «dépression», qui varient fortement selon les sources et selon les enquêtes. Vu les effets très handicapants de cette maladie au plan individuel, social et économique, nous avons mis l'accent sur la situation professionnelle et sur l'intégration sociale des personnes dépressives. Nous avons étudié également les liens existant entre les personnes touchées et certaines caractéristiques de la maladie et

des traitements. La structure du rapport et sa thématique ne doivent rien au hasard: elles s'appuient sur une analyse antérieure de l'Enquête suisse sur la santé, qui a montré les principales caractéristiques par lesquelles les personnes atteintes de symptômes dépressifs se différencient des personnes sans symptôme, à savoir la concomitance de symptômes somatiques (chap. 4), la solitude (chap. 5), les problèmes professionnels et la chronicité des troubles (chap. 7). Deux chapitres sont consacrés respectivement à l'épidémiologie (chap. 3) et au traitement de la maladie (chap. 6).

Epidémiologie

L'Enquête suisse sur la santé (ESS) montre que, sur une période d'un an, 5,2% de la population suisse souffrent d'une dépression majeure (major depression). Ce chiffre - compte tenu du fait que l'enquête n'inclut pas les personnes séjournant dans un établissement médicosocial – est proche de la prévalence annuelle établie par la recherche épidémiologique (environ 7%). Globalement, un cinquième des personnes interrogées disent avoir eu des symptômes dépressifs au cours des deux semaines précédant l'enquête. Les résultats de l'ESS et du Panel suisse de ménages (PSM) concordent fortement - et rejoignent les résultats de la recherche épidémiologique sur la distribution sociodémographique des symptômes dépressifs: pour les symptômes dépressifs sévères, on n'observe pas de différence claire selon le sexe et selon l'âge, mais les symptômes dépressifs légers sont nettement plus fréquents chez les femmes et chez les personnes ayant atteint l'âge de la retraite. L'écart entre les femmes et les hommes est particulièrement net chez les couples avec enfants, ce qui semble indiquer que les femmes sont soumises à un stress particulier dans le contexte familial. Des liens étroits s'observent entre la dépression et un niveau d'éducation bas, liens qui se renforcent encore avec l'âge. La stabilité du couple – ou la perte d'une relation stable – joue un rôle important: les personnes séparées ou divorcées ainsi que les personnes veuves et les femmes célibataires disent plus fréquemment que les autres souffrir de symptômes dépressifs. Cela apparaît aussi lorsqu'on considère les différents types de ménages: les personnes vivant seules et les femmes élevant seules leurs enfants souffrent plus fréquemment de dépressivité. Enfin, on observe une relation entre dépressivité, chômage et invalidité: les personnes sans emploi présentent beaucoup plus souvent que les autres des symptômes dépressifs et, inversement, les personnes présentant des symptômes dépressifs sont plus souvent sans emploi ou au bénéfice d'une rente d'invalidité.

Les maladies dépressives sont-elles en progression?

L'idée répandue selon laquelle les dépressions ont progressé au cours de ces dernières années n'est pas confirmée par les données statistiques. Les deux enquêtes auprès de la population (ESS et PSM) montrent que la part des personnes présentant de nets symptômes dépressifs ou une forte dépressivité est restée constante. Mais on observe aussi un net recul de la part des personnes disant ne jamais se sentir déprimées et une hausse de la part de celles qui admettent éprouver, quoique très rarement, des sentiments dépressifs. Cela montre qu'un changement s'est produit au cours des quinze dernières années dans la manière dont la population suisse répond au questionnaire d'enquête: une partie de ceux qui, dans les enquêtes précédentes, niaient tout sentiment dépressif déclarent aujourd'hui éprouver très rarement de tels sentiments.

Les réponses aux questions sur les sentiments dépressifs semblent globalement avoir évolué comme les réponses à d'autres questions du même genre (p. ex. la question sur l'état de santé en général). On peut supposer aussi que la dépressivité légère est devenue un sujet moins tabou: il est aujourd'hui «permis» de dire qu'on éprouve occasionnellement de légers sentiments dépressifs ou de légers problèmes de santé – ce qui ne signifie pas pour autant que tous les préjugés relatifs à la maladie dépressive aient disparu.

Comorbidité et hygiène de vie

Les symptômes dépressifs sévères et les maladies dépressives vont très souvent de pair avec des troubles somatiques ou avec d'autres troubles psychiques (comorbidité). Les symptômes dépressifs sévères s'accompagnent pratiquement toujours de troubles somatiques concomitants, au point qu'on peut se demander si dépression et symptômes somatiques peuvent être dissociés. Sont particulièrement fréquents les maux de dos non spécifiques et les troubles du sommeil. Les dépressions font souvent l'objet d'un diagnostic secondaire chez les patients hospitalisés pour des maladies endocriniennes, des maladies du métabolisme ou des maladies du système nerveux, et chez les victimes de lésions traumatiques ou d'intoxication (y compris tentatives de suicide). Souvent, les patients dépressifs présentent encore d'autres troubles psychiques, principalement des problèmes de dépendance, des troubles névrotiques (anxiété, troubles liés au stress, troubles somatoformes) ou des troubles de la personnalité. Les patients hospitalisés en clinique psychiatrique pour des troubles de l'humeur présentent dans la moitié des cas des troubles psychiques comorbides,

contre 40% environ pour les patients ambulatoires des cabinets psychiatriques. La comorbidité chez les personnes atteintes de symptômes dépressifs est un facteur déterminant pour ce qui concerne les handicaps: les personnes dépressives avec troubles anxieux, troubles somatoformes douloureux et troubles de la personnalité, ainsi que les personnes dépressives avec troubles musculo-squelettiques et troubles de la personnalité («douleurs chroniques») ont contribué dans une mesure considérable à faire augmenter, au cours des vingt dernières années, le nombre de rentes AI accordées pour maladie psychique.

Les symptômes dépressifs sont souvent associés à une hygiène de vie défavorable. La part des fumeurs est nettement plus élevée (environ 40%) chez les personnes présentant une symptomatique dépressive sévère que chez les personnes sans symptôme. Les choses sont plus complexes pour ce qui est de la consommation d'alcool: on observe chez les personnes présentant une symptomatique dépressive sévère une part plus élevée de personnes ayant une consommation d'alcool à risque, mais aussi une proportion sensiblement plus élevée d'abstinents. Enfin, la part des personnes sans activité physique et des personnes en forte surcharge pondérale (ou en insuffisance pondérale) est plus élevée chez les personnes présentant une symptomatique dépressive sévère. Le manque d'activité physique et une consommation d'alcool à risque peuvent à leur tour renforcer la dépressivité. Le cumul de plusieurs comportements à risques, tel qu'on l'observe dans la dépressivité sévère, peut accroître le risque d'évolution défavorable ou d'aggravation des maladies somatiques.

Environnement social

On observe souvent un lien – surtout chez les femmes – entre dépressivité et absence de partenaire. Ce lien augmente avec l'âge et vaut alors aussi pour les hommes. Toutefois, la présence d'un partenaire ne se traduit pas automatiquement, chez les personnes dépressives, par le sentiment d'être soutenu émotionnellement par le partenaire. On observe même souvent le contraire, mais ici encore les données transversales dont nous disposons ne permettent pas de dire si ce sentiment résulte d'une perception altérée par l'humeur dépressive ou s'il reflète plutôt une situation réelle (et une trop grande sollicitation du partenaire). Des corrélations s'observent aussi dans les contacts avec les proches: les symptômes dépressifs sévères s'accompagnent d'une raréfaction des contacts avec les membres de la parenté et - encore plus nettement - d'une raréfaction des relations d'amitié et

de confiance. Un tiers des personnes avec symptômes dépressifs sévères sont dépourvues de tout réseau social et un tiers souffrent de ne pas avoir de confident.

Il est à noter que relativement peu de personnes dépressives disent ne pas avoir de confident, mais que néanmoins beaucoup d'entre elles disent regretter de n'avoir personne à qui se confier. Ce fait montre l'importance fondamentale du sentiment de solitude chez les personnes dépressives. Le sentiment de solitude, qui ne doit pas être sous-estimé (y compris dans ses rapports avec la mortalité), constitue, selon les résultats actuels de la recherche, un facteur de risque indépendant pour l'apparition et l'évolution négative des maladies dépressives. Chez les personnes atteintes de symptômes dépressifs — contrairement aux personnes sans symptôme —, le sentiment de solitude n'est que partiellement lié à l'absence réelle d'ami intime: même lorsqu'elles ont un ami intime, les personnes dépressives se sentent très souvent seules.

Traitements

Si l'on compare les résultats des enquêtes auprès de la population et des enquêtes auprès des patients traités, on constate que les jeunes, et en partie aussi les hommes, sont sous-représentés parmi les personnes traitées. En revanche, les personnes vivant seules, les célibataires, les personnes séparées et les personnes sans emploi y sont surreprésentées. La clientèle des psychiatres privés se compose surtout de personnes dont le niveau de formation est particulièrement élevé, mais aussi de personnes dont la dépression présente souvent une évolution sévère, chronique et désintégrante.

Les médecins généralistes observent très souvent des symptômes dépressifs chez leurs patients (dans environ 30% des cas), mais ne les traitent que très rarement (dans environ 3% des cas). Les dépressions traitées par les généralistes sont une fois sur deux des dépressions sévères et récidivantes, généralement comorbides. Les traitements administrés par les généralistes diffèrent fortement de ceux administrés par les psychiatres: pour les dépressions légères, les médecins généralistes recourent la plupart du temps exclusivement à un traitement médicamenteux alors que les psychiatres appliquent principalement des traitements psychothérapeutiques. Les médecins généralistes – c'est là un point problématique – ne dirigent que très peu de leurs patients dépressifs vers un traitement psychiatrique spécialisé.

Les patients des cabinets psychiatriques privés qui exercent une activité professionnelle au moins à temps partiel voient la durée de leur traitement raccourcie de plusieurs mois, voire de plusieurs années par rapport aux patients sans emploi, quelle que soit la gravité de leurs troubles affectifs, et ils répondent mieux aux traitements. L'exercice d'une activité professionnelle revêt donc chez les patients dépressifs – comme dans d'autres groupes diagnostics – une importance décisive en ce qui concerne le pronostic et le coût du traitement. Cela vaut aussi pour les patients hospitalisés. Ce résultat mérite d'autant plus d'être souligné que les psychiatres n'ont presque jamais de contacts avec l'employeur de leurs patients lorsque ces derniers ont des problèmes professionnels. Des contacts n'existent que pour les patients à l'invalidité travaillant à une place de travail protégée, et non là où ils seraient particulièrement utiles, à savoir pour les patients engagés sur le marché libre du travail.

Les troubles de l'humeur sont le motif le plus fréquent d'hospitalisation pour troubles psychiatriques chez les femmes. Pour les deux sexes confondus, ils occupent le deuxième rang après les problèmes de dépendance. Le taux d'hospitalisation pour dépression récurrente a sensiblement augmenté au cours des dix dernières années. Si la plupart des hospitalisations sont prescrites par le médecin généraliste, ce sont essentiellement les cabinets psychiatriques privés qui assurent le suivi des traitements après l'hospitalisation. La faible proportion de patients adressés à des cliniques par les psychiatres privés montre qu'un traitement psychiatrique spécialisé permet souvent d'éviter l'hospitalisation. On peut se demander si un meilleur soutien aux médecins généralistes (p. ex. par une coopération plus étroite avec les psychiatres établis) ne permettrait pas de traiter les patients dépressifs efficacement et à moindres frais.

Environnement professionnel

Les données statistiques confirment que les symptômes dépressifs sévères sont étroitement liés à une baisse de l'efficacité professionnelle et à une hausse des absences au travail. Les salariés atteints de symptômes dépressifs sévères ont été absents de leur travail un jour sur deux ou un jour sur trois au cours du mois précédant l'enquête. Par ailleurs, les personnes atteintes de symptômes dépressifs sévères travaillent plus fréquemment à temps partiel pour raisons de santé. Les symptômes dépressifs ont aussi pour les hommes (mais non pour les femmes) un effet sur le revenu: en 2007, le revenu moyen était de

6100 francs par mois chez les hommes sans symptôme, de 5400 francs chez les hommes présentant des symptômes légers et d'environ 4900 francs chez les hommes atteints de symptômes moyens à sévères. Ces résultats pourraient être liés aussi à une fréquence plus élevée du travail à temps partiel et à des positions professionnelles plus basses chez les personnes dépressives.

La dépressivité touche particulièrement les travailleurs non qualifiés et les simples employés de bureau. Mais, contrairement aux idées reçues, les personnes actives atteintes de dépressivité ne se plaignent pas particulièrement de stress par «multitasking», de changements incessants dans leurs activités ni du travail à l'écran, mais souvent de fortes contraintes physiques dans leur travail. Cela montre que les personnes dépressives souffrent fréquemment de troubles somatiques et/ou qu'elles exercent souvent des activités physiquement astreignantes. On sait que les personnes atteintes de maladies psychiques sont surreprésentées dans les activités manuelles simples, ce qui contribue à aggraver leur pronostic.

Les personnes atteintes de symptômes dépressifs éprouvent souvent des difficultés dans la vie professionnelle: elles retirent beaucoup moins de satisfaction de leur travail que les personnes non dépressives, et souffrent beaucoup plus de surmenage, d'anxiété et surtout de la peur de perdre leur emploi. Elles ont souvent du mal à récupérer après le travail. A cela s'ajoute une perception négative du travail: les dépressifs perçoivent beaucoup plus fréquemment que les personnes sans symptôme leur travail comme non idéal et souhaiteraient changer d'activité, mais elles craignent qu'un changement ne rende les choses «encore pires». Enfin, elles considèrent très souvent qu'il faut savoir «faire le poing dans sa poche». Ces résultats montrent l'énorme stress psychologique dont souffrent quotidiennement les travailleurs atteints de problèmes psychiques, et qui pourrait être une des causes de la baisse sensible de leur productivité. Ils montrent aussi l'effet favorable que pourrait avoir pour eux un traitement médical qui intègre leur situation professionnelle. Le taux de traitement médical des personnes professionnellement actives souffrant de symptômes dépressifs moyens à sévères est d'environ 25%, ce qui est très faible.

Bilan

L'analyse de toutes les sources de données suisses montre de manière concordante que les personnes qui présentent des symptômes dépressifs sont généralement atteintes d'une maladie de longue durée, qu'elles endurent des souffrances psychiques considérables, qu'elles présentent des troubles somatiques importants et des handicaps non négligeables dans leur vie quotidienne et professionnelle. La plupart du temps, elles ne sont pas traitées ou ne sollicitent une aide médicale que très tardivement, à un moment où le processus de désintégration socioprofessionnel est déjà avancé. La dépressivité va de pair non seulement avec une raréfaction importante des relations sociales, mais avec le sentiment d'une perte de soutien de la part de l'entourage – et surtout avec un sentiment important de solitude et d'exclusion. La situation professionnelle des personnes dépressives mérite une grande attention, non seulement comme facteur susceptible de hâter la guérison, mais aussi parce que ces personnes sont exposées à un stress important au travail, en partie parce qu'elles oeuvrent souvent dans un environnement stressant, en partie parce que leur perception du travail est altérée par l'humeur dépressive. Les personnes dépressives ont d'autant plus besoin de soignants prêts à intervenir en leur faveur sur leur lieu de travail, ce qui est aujourd'hui encore bien trop rarement le cas en Suisse.

1 Contexte

Le chapitre premier présente une vue d'ensemble de l'état de la recherche sur l'épidémiologie des troubles dépressifs. Il ne constitue pas seulement une introduction à notre thématique, mais facilitera l'appréciation et la compréhension des analyses qui suivent. Il présente des indicateurs de la prévalence annuelle et de la prévalence sur la vie des maladies dépressives (1.1) ainsi que des indicateurs de leur distribution selon certains critères sociodémographiques (1.2). Il résume les résultats de la recherche sur certaines caractéristiques cliniques telles que la gravité (1.3), le début de la maladie (1.4), la comorbidité (1.5) et la durée des dépressions (1.6). Suivent quelques données sur le traitement des maladies dépressives (1.7), leurs conséquences sur la capacité fonctionnelle dans la vie quotidienne et professionnelle et sur l'intégration socioprofessionnelle des personnes touchées (1.8). Enfin, nous résumerons ici une analyse antérieure sur la discrimination entre les personnes avec ou sans symptômes dépressifs, analyse réalisée sur la base de l'Enquête suisse sur la santé et dont les résultats ont contribué à structurer la présente étude (1.9).

Les dépressions sont des troubles psychiques fréquents, associés à une souffrance et à des handicaps importants dans la vie quotidienne, dans les relations et dans la vie professionnelle, et qui induisent des coûts socio-économiques considérables. Outre leur fréquence, les dépressions se caractérisent par le fait qu'elles commencent souvent très tôt, conjointement avec d'autres troubles psychiques, maladies somatiques et/ou douleurs chroniques, que leur cours s'étend sur une longue durée et qu'elles ont un caractère récurrent. Même si les troubles dépressifs passent communément pour des états passagers pouvant être facilement traités, ni leurs lourdes conséquences, ni les effets des états dépressifs subcliniques ne doivent être sous-estimés. À cela s'ajoute que les dépressions ne sont souvent pas traitées, le sont trop tard ou de façon peu adéquate.

Vu leur forte prévalence, leur survenance précoce, leur chronicité et les handicaps qui s'ensuivent, les dépressions sont non seulement les maladies neuropsychiatriques les plus coûteuses en Europe (CDBE2010 study group; Gustavsson et al., 2011), mais elles font également partie des maladies les plus coûteuses dans le monde. A noter que seul un tiers environ des coûts consécutifs aux troubles de l'humeur en Europe (UE, Islande, Norvège et Suisse), estimés à plus de 100 milliards d'euros, sont des coûts directs inhérents aux soins médicaux et sociaux. Environ deux tiers des coûts résultent indirectement des suites handicapantes de la maladie: incapacité de travail, baisse de productivité, invalidité.

En 2010, les coûts sociaux des troubles de l'humeur chez les personnes en âge de travailler ont été estimés pour la Suisse à plus de 11 milliards de francs suisses, soit environ 8 millards d'euros (Tomonaga et al., 2013). Selon le degré de sévérité, les coûts directs s'élèvent à environ 4800 francs suisses par patient par an (troubles légers), 13'300 (troubles moyens) et 22'100 (troubles sévères). Les coûts indirects correspondants se montent à 11'900, 17'200 et 22'700 francs suisses par patient par an. Tandis que les hospitalisations pèsent avant tout sur les frais directs, les coûts indirects relèvent principalement des incapacités de travail et, dans une moindre mesure, des coûts d'invalidité. Ces évaluations sont conservatrices et ne reflètent de loin pas tous les coûts consécutifs, par exemple les coûts relatifs aux maladies somatiques comorbides et leurs traitements, aux suicides et tentatives de suicide, les coûts liés au 2e pilier et aux prestations complémentaires cantonales en cas d'invalidité, la charge et ses coûts pour les proches, etc.

Dans son calcul des coûts relatifs aux maladies, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) prévoit que, en 2015, la dépression unipolaire sera devenue la cause principale de handicaps consécutifs à la maladie dans les pays industrialisés (Mathers & Loncar, 2006).

1.1 Fréquence des maladies dépressives

En une année, environ 7% de la population souffrent d'une dépression unipolaire pour la première fois ou d'une récidive de la maladie, tandis que 1 à 2% sont atteints d'une dysthymie ou d'un trouble affectif bipolaire. Le risque d'être atteint d'un trouble de l'humeur au moins une fois au cours de son existence est de l'ordre de 20%. On prétend souvent que les dépressions ont augmenté, mais c'est une affirmation sujette à caution.

Le groupe des troubles de l'humeur comprend, selon la CIM-10, des troubles dont la symptomatique consiste essentiellement en une humeur perturbée pouvant aller jusqu'à la dépression (épisodes dépressifs, troubles dépressifs récurrents ou troubles persistants de l'humeur) ou à l'exaltation euphorique (épisodes maniaques ou trouble affectif bipolaire). Avec les troubles de l'anxiété, les problèmes de dépendance et les troubles somatoformes, les troubles de l'humeur font partie des troubles psychiques les plus fréquents.

Les enquêtes auprès de la population, qui consistent à interroger les gens sur leur propre santé en s'appuyant sur des échelles de symptômes, montrent que jusqu'à 20% de la population adulte ont éprouvé des symptômes dépressifs au cours de la semaine ou des six mois précédant l'enquête (Kessler et al., 2001). Il ne faut pas confondre ces enquêtes auprès de la population avec les enquêtes épidémiologiques, qui sont basées sur des interviews diagnostiques structurées et qui, selon les études et les diagnostics inclus, concluent à une prévalence annuelle des maladies dépressives sensiblement moindre, de l'ordre de 4 à 11% de la population adulte (Baumeister & Härter, 2007; Kessler et al., 2005; Jacobi et al., 2004; Wittchen, Jacobi et al., 2011; Alonso et al., 2007).

Pour ce qui est de la dépression unipolaire selon la CIM-10 (ou *major depressive disorder* selon la classification américaine DSM-IV), on peut tabler sur une prévalence annuelle d'environ 7%. Dans une analyse de 27 études épidémiologiques effectuées depuis les années 1990 en Europe, Wittchen et Jacobi (2005) ont obtenu une valeur médiane de 6,9% pour la dépression unipolaire. Kessler *et al.* (2005), dans l'enquête américaine de référence auprès des ménages, ont obtenu au début des années 2000 une prévalence annuelle de 6,6% pour la dépression majeure. Si l'on considère l'ensemble de la vie jusqu'au moment de l'enquête (prévalence sur la vie), 16,6% de la population remplissent les critères d'un

major depressive disorder. La dépression unipolaire est ainsi le trouble psychique le plus fréquent, suivi de l'alcoolisme et des phobies spécifiques.

Quant à la dysthymie, c'est-à-dire les troubles de l'humeur chroniques à caractère dépressif moins sévères qu'une dépression majeure, sa prévalence annuelle se situe entre 1 et 2% de la population et la prévalence sur la vie à 2,5%. La prévalence annuelle des troubles bipolaires est de l'ordre de 1 à 2,5%, leur prévalence sur la vie de 3,9%. Une étude australienne a produit des chiffres similaires (Andrews *et al.*, 2001).

Pour l'ensemble des troubles de l'humeur, la prévalence sur la vie est de 20,8%, et la projection de la prévalence sur la vie compte tenu des risques touchant les personnes qui n'avaient pas encore été malades au moment de l'enquête, est de l'ordre de 23% (Kessler, Berglund et al., 2005). Cela signifie que les personnes souffrant au moins une fois dans leur vie d'une dépression nécessitant un traitement représentent environ un cinquième à un quart de la population.

Que les maladies dépressives aient augmenté au cours des dernières décennies est une question non élucidée et à laquelle on ne peut guère répondre vu l'hétérogénéité des méthodes de relevé, qui ont évolué au cours du temps. Il est probable que leur fréquence ait été sous-estimée dans les études antérieures; quoi qu'il en soit, les rares études basées sur une méthodologie comparable ne révèlent aucune différence au fil du temps (Kessler et al., 2005; Wittchen, Jacobi et al., 2011). Il en est ainsi pour les maladies psychiques en général, aussi bien pour les troubles de l'âge adulte que pour ceux de l'enfance et de la vieillesse: aucun signe n'indique clairement une tendance à l'augmentation des troubles psychiques (Richter et al., 2008). Il semble plutôt qu'une certaine sensibilisation ait eu lieu, de manière générale, et que les maladies psychiques – en particulier les dépressions – ne soient plus désormais un sujet tabou, ce qui, en suscitant une prise de conscience générale de l'ampleur du problème, aurait contribué à faire apparaître ces troubles comme un phénomène en augmentation. Cette sensibilisation - et le développement de la prise en charge professionnelle des malades psychiques – était souhaitable et doit être considérée sur la toile de fond d'un système de prise en charge insuffisamment développé des personnes atteintes de troubles psychiques très sévères (Cahn & Baer, 2003). Plutôt qu'à une augmentation réelle des cas de dépression, nous avons donc affaire à une perception plus réaliste des dépressions dans notre société.

1.2 Distribution des maladies dépressives

Comme beaucoup d'autres troubles psychiques, les dépressions se répartissent très inégalement entre les différentes catégories sociodémographiques de la population. L'élément constant est que les femmes, avant le début de l'adolescence et jusqu'à un âge avancé, sont touchées nettement plus souvent que les hommes. On observe en outre de nettes différences, prévisibles dans leur tendance, en fonction de l'état civil, de la formation et du statut socio-économique.

Les troubles dépressifs varient selon divers critères sociodémographiques. Il est particulièrement frappant de constater les différences selon le sexe, la prévalence des maladies dépressives étant près de deux fois plus importante chez les femmes que chez les hommes. La prévalence sur la vie de la dépression majeure est pour les femmes de l'ordre de 21%, contre 13% seulement pour les hommes. Les études réalisées sur la question mettent en évidence cette différence dans presque tous les groupes démographiques et dans différentes cultures (voir synthèse dans Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009). Si, dans l'enfance, on ne constate guère de différences entre les sexes, la fréquence des dépressions commence vers l'âge de 12 ans à augmenter plus fortement chez les filles que chez les garçons. Les causes de cette différence entre les sexes ne sont pas complètement élucidées. Ce qui toutefois paraît clair est que l'on a affaire à une interaction de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux, et non à une cause unique.

Les différences ne semblent pas non plus tenir essentiellement à des artefacts, p. ex. au fait que les femmes attacheraient une autre importance que les hommes aux problèmes émotionnels, qu'elles se feraient soigner plus précocement ou que le taux d'identification de la dépression serait chez elles plus élevé que chez les hommes (Kühner, 2006). Un élément important, entre autres facteurs, est l'inégalité sociale (statut plus bas, moins de pouvoir et de reconnaissance, surcharge due au rôle traditionnel, etc.), à laquelle viennent s'ajouter des charges spécifiques assumées par les femmes (Kühner, 2006).

La fréquence supérieure chez les femmes tient apparemment à ce qu'elles tombent en effet plus souvent malades, et non pas au fait que l'évolution des troubles dépressifs ne serait pas la même chez elles que chez les hommes – par exemple des épisodes dépressifs de plus longue durée, ou davantage d'épisodes récurrents et de récidives. Cela signifie que les femmes deviennent plus souvent dépressives que les hommes, mais que le cours

de la dépression est influencé davantage par des facteurs autres que le sexe (Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009). Enfin, on observe également des différences entre hommes et femmes en ce qui concerne la comorbidité de la dépression avec d'autres maladies. Chez les femmes dépressives, la comorbidité implique plus souvent des troubles anxieux, et chez les hommes dépressifs des problèmes de dépendance. Chez les femmes, la dépendance comorbide à une substance semble être généralement la conséquence d'une dépression, alors qu'elle est plutôt, chez les hommes, le premier problème par ordre chronologique.

L'état civil est étroitement lié à la santé psychique: les études s'accordent dans une large mesure à montrer que les personnes qui vivent seules, séparées ou divorcées, en comparaison avec les personnes mariées ou vivant en partenariat, éprouvent davantage de stress psychique, qu'elles sont en moins bon état de santé psychique et qu'elle ont une probabilité plus élevée d'être atteintes d'une maladie psychique. L'état civil est un facteur prédictif des maladies dépressives: les personnes mariées présentent les taux de dépression les plus bas, alors que les taux les plus élevés s'observent chez les personnes divorcées. Chez les personnes vivant en concubinage, la prévalence, comparable à celle des personnes séparées et divorcées, est plus de deux fois plus élevée que chez les personnes vivant seules (voir synthèse dans Fasel et al., 2010).

En outre, tous les indicateurs d'un statut socio-économique bas (formation limitée, couche sociale inférieure, chômage, faible statut professionnel ou bas revenu) vont de pair avec un taux plus élevé de maladies dépressives, les liens de cause à effet pouvant aller dans les deux sens. À cela s'ajoutent des interactions dynamiques, par exemple avec le mode de recours aux prestations médicales. Ainsi, les services des médecins généralistes sont parfois sollicités fortement, mais de manière non ciblée, alors que l'offre des spécialistes est insuffisantes (Fasel et al., 2010).

Enfin, certains indices tendent à montrer que le taux de dépressions est moins élevé dans les régions rurales que dans les zones urbaines – même si l'on contrôle les variables susceptibles de biaiser les résultats (Wang, 2004). D'autres études mettent en évidence, pour les dépressions, un écart faible mais néanmoins significatif entre ville et campagne (synthèse dans Kuhl & Herdt, 2007). Les résultats de la recherche ne sont pas tout à fait homogènes.

1.3 Degré de gravité des maladies dépressives

Le degré de gravité des maladies dépressives est un élément important non seulement du point de vue de la souffrance subjective des personnes touchées, mais encore du point de vue de ses effets handicapants. Environ la moitié des dépressions unipolaires doivent être classées comme sévères ou très sévères. Mais le potentiel handicapant des dépressions moyennes ou légères et de la dépressivité subclinique est lui aussi considérable et ne doit pas être sous-estimé. La politique de la santé et le réseau de soins en médecine psychiatrique et de réhabilitation devraient à l'avenir se concentrer davantage sur les personnes souffrant de dépressivité subclinique, compte tenu de leur grand nombre, de leur rôle dans l'économie et de leurs bonnes chances d'intégration.

En ce qui concerne les troubles de l'humeur, les quelques études qui ne se sont pas bornées à considérer le diagnostic, mais qui ont aussi pris en compte le degré de gravité, montrent que les cas bénins ne représentent que 15% de la totalité des cas et que les 85% restants sont de gravité moyenne à sévère (Kessler et al., 2005). Pour la dépression unipolaire, les symptômes cliniques se répartissent comme suit: 10,4% sont des symptômes faibles, 38,6% des symptômes moyens, 38,0% des symptômes sévères et 12,9% des symptômes très sévères. Le degré de gravité est étroitement lié à l'ampleur du handicap subséquent et au niveau de comorbidité (Kessler & Wang, 2009). Le degré de gravité des maladies dépressives est un des facteurs essentiels permettant de prévoir l'évolution de la maladie et les handicaps socioprofessionnels subséquents.

Cela ne signifie pas pour autant qu'une symptomatique dépressive faible n'aboutisse pas à un handicap. En cas de troubles dépressifs, il est essentiel, dans une optique préventive, de prêter attention aux symptômes faibles et aux symptômes subcliniques. Les symptômes faibles peuvent en effet annoncer une importante dépression à venir; de plus, ils vont souvent de pair avec une dégradation de la qualité de vie, de l'aptitude au travail et de la capacité relationnelle (Fichter, 1990; Linden et al., 1998; Angst et al., 1990; Ernst et al., 1992). Comparées à celles qui n'ont pas de symptômes dépressifs, les personnes affectées de troubles dépressifs faibles à moyens et de troubles anxieux sont exposées, pour les dix années suivantes, à un risque 2 à 4 fois plus important de maladie grave, d'hospitalisation, de tentative de suicide ou d'invalidité (Kessler, 2007).

D'autres études montrent que les symptômes dépressifs, même lorsqu'ils se limitent à un niveau subclinique – humeur dépressive ne remplissant pas les critères diagnostiques d'une dépression – exposent à un risque assez important de handicap psychosocial (Broadhead *et al.*,

1990; Judd et al., 2000). La large diffusion dans la population de symptômes dépressifs isolés, ne justifiant pas en eux-mêmes un diagnostic de dépression, montre que ces symptômes font partie de l'expérience humaine courante et qu'ils ne deviennent à proprement parler des troubles que lorsqu'ils se combinent et deviennent persistants. Chaque personne a connu dans sa vie des moments d'abattement, d'atonie, de tristesse, de manque d'appétit ou d'inappétence sexuelle. Il a pourtant été montré de diverses manières que de tels symptômes, qui correspondent à des dépressions subcliniques ou à un état de «démoralisation» (Fichter, 1990), peuvent être significatifs comme indicateurs d'une dépression clinique à venir et de sérieux handicaps dans la vie quotidienne.

Il est en outre essentiel de distinguer entre le fait de présenter quelques symptômes dépressifs légers et celui d'être complètement exempt de symptômes. De manière générale, le handicap social et professionnel est corrélé avec la symptomatique dépressive: tant que celle-ci est présente, le handicap est clairement présent lui aussi; mais il se résorbe nettement lorsque les symptômes disparaissent (Spijker et al., 2004; Ormel et al., 2004; Judd et al., 2000). Toutefois, le handicap psychosocial peut tarder à se résorber après la disparition des symptômes, et la personne ne retrouve souvent pas complètement le niveau qui était le sien avant la maladie (voir synthèse dans Papakostas, 2009).

Vu la relative fréquence des symptômes dépressifs faibles ou subcliniques dans la population, le potentiel handicapant de ces problèmes psychiques bénins l'emporte nettement sur les conséquences des dépressions sévères (Judd et al., 2000; OCDE, 2012). À cela s'ajoute que les personnes affectées de troubles dépressifs faibles ont un meilleur pronostic et sont socialement et professionnellement mieux intégrées que celles qui présentent des symptômes sévères. C'est pourquoi la dépressivité subclinique se prête particulièrement bien aux mesures préventives et aux interventions précoces.

Les symptômes dépressifs subcliniques sont aussi particulièrement fréquents chez les personnes âgées. Des études montrent que chaque année 8 à 10% des personnes âgées présentant des symptômes subcliniques développent une dépression qui nécessite un traitement (voir synthèse dans Meeks et al., 2011). Même si le pronostic est meilleur pour les états subcliniques que pour les dépressions diagnostiquées, leur évolution n'est pas nécessairement indolore. Leurs conséquences sont généralement un recours accru aux services de santé, une limitation des capacités cognitives, une détérioration de la santé physique, un surcroît de situations handicapantes au quotidien et un renforcement des tendances suicidaires.

1.4 Début des maladies dépressives

Contrairement à l'opinion courante, la dépression n'est pas une maladie de l'âge avancé; elle débute en moyenne à l'âge de 30 ans. Un quart des personnes concernées tombent malades avant leur dix-huitième année. Outre sa fréquence et sa gravité, la précocité de la maladie – en comparaison avec les maladies somatiques – est une raison importante de l'énorme charge sociale qu'elle génère. Une maladie précoce empêche de suivre le parcours scolaire, d'acquérir une formation professionnelle et de se faire une place sur le marché du travail. Enfin, il n'est pas rare que les maladies dépressives aillent de pair avec d'autres troubles psychiques (troubles anxieux ou troubles de la personnalité), dont certains débutent encore plus tôt, favorisant ou provoquant la manifestation de la dépression.

L'important potentiel handicapant des troubles dépressifs s'explique dans une large mesure par le fait que ces troubles commencent tôt, en comparaison avec presque toutes les maladies somatiques chroniques. Le début précoce de la maladie est un important facteur de risque de développer une maladie dépressive chronique (dysthymie, dépressions récurrentes sans rémission complète, dépression et dysthymie combinées), qui survient chez quelque 20% des personnes à la suite d'un épisode dépressif aigu (voir synthèse dans Hölzel et al., 2011).

Si l'âge moyen du début des maladies dépressives est de 30 ans (50 percentiles de la distribution par l'âge), il faut noter qu'un quart des personnes touchées – soit une part substantielle – tombent malades une première fois avant leur dix-huitième année. La moitié tombent malades entre leur 18e et leur 43e année, le dernier quart entre la 43e et la 73e année (Kessler et al., 2005). Pour ce qui est du début de la maladie, les études épidémiologiques effectuées dans 17 pays sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé aboutissent à des résultats similaires: la fréquence des maladies dépressives reste minime jusqu'à l'adolescence pour augmenter ensuite rapidement jusqu'à l'âge moyen; l'âge moyen de la première maladie se situe selon le pays entre 25 et 45 ans (OMS, World Mental Health Consortium; Kessler et al., 2007).

Une survenance précoce de la maladie implique un pronostic défavorable pour son évolution et ses effets handicapants. Plusieurs études montrent que les troubles dépressifs ayant commencé dans l'enfance et la jeunesse, si elles présentent souvent une symptomatique modérée, ont une assez forte probabilité d'évoluer vers un trouble récurrent: le pourcentage des personnes concernées qui vivent un nouvel épisode dépressif à l'âge adulte est de l'ordre de 30 à 50% (Angst et al., 1990; Lewinsohn et al., 2000; Costello et al., 2002).

Alors que la fréquence des troubles dépressifs dans l'enfance est aussi faible, chez les filles comme chez les garçons (prévalence annuelle d'environ 1%), la prévalence peut atteindre jusqu'à 8% chez les adolescents, la prévalence-vie des dépressions étant chez eux à peu près aussi élevée que chez les adultes (environ 15%). L'augmentation n'est pas aussi forte chez les garçons que chez les filles (Keenan et al., 2008; voir synthèse dans Kessler et al., 2001). Des études montrent que, chez les filles, même des symptômes dépressifs (faibles) très précoces, à l'âge de 9 à 10 ans, présentent une certaine stabilité durant les années suivantes et peuvent permettre de prédire d'autres épisodes dépressifs. Vu l'importante probabilité de récidive, les épisodes initiaux devraient être traités rapidement et efficacement.

Il est dès lors problématique que la probabilité d'un traitement professionnel n'augmente nettement qu'à un âge plus élevé. Chez les personnes dont le début de la maladie dépressive s'est produit tardivement, entre leur 30° et leur 54° année, la probabilité d'être traité est 14 à 15 fois plus importante que chez les enfants présentant des symptômes dépressifs. La probabilité pour les jeunes de recevoir un traitement a cependant augmenté: pour les personnes dépressives nées entre 1966 et 1975, elle est cinq fois plus élevée que pour celles qui sont nées entre 1936 et 1945 (Olfson et al., 1998).

Les troubles dépressifs qui débutent dans l'enfance, l'adolescence ou les premières années de l'âge adulte accroissent en outre de manière significative le risque d'interruption de la formation (Lee et al., 2009). Concrètement, le risque de quitter prématurément le degré secondaire est de 40% plus élevé. Quitter l'école et la profession de façon prématurée a souvent de fâcheuses conséquences - comme le chômage - car le fait d'avoir achevé une formation professionnelle constitue l'un des principaux atouts favorisant une bonne intégration au marché du travail. L'analyse des nouveaux cas Al pour raisons psychogènes (dans lesquelles sont compris les troubles dépressifs) a montré que, en Suisse, environ la moitié des personnes bénéficiant d'une rente AI ont été malades une première fois avant leur quinzième année, qu'elles présentent souvent des problèmes de comportement et de performance dès le niveau scolaire et que, à l'âge adulte, elles n'ont pratiquement jamais été intégrées dans la vie professionnelle avant de s'annoncer, vers la quarantaine, à l'assurance-invalidité (Baer et al., 2009). Une survenance précoce de la maladie est en outre liée à d'autres problèmes potentiels: handicaps sociaux, faible taux de mariage et risque accru de divorce (Breslau et al., 2011), moindre qualité de vie, comorbidité psychiatrique

et somatique plus élevée, nombre accru d'épisodes dépressifs de plus forte gravité, plus de pensées suicidaires et de tentatives de suicide (voir synthèse dans Richards, 2011).

Lorsqu'un trouble dépressif n'apparaît qu'à l'âge adulte, on ne peut pas considérer a priori que les personnes concernées ont été exemptes de troubles psychiques auparavant. Les dépressions présentent en effet souvent des comorbidités. Les comorbidités psychiatriques les plus fréquentes sont les troubles anxieux, les troubles ou accentuations de certains traits de la personnalité et les problèmes de dépendance. Ce sont là des troubles qui apparaissent encore bien plus tôt que les maladies dépressives. L'âge moyen de la première maladie est de 11 ans pour les troubles liés à l'anxiété et de 20 ans pour les dépendances. Par définition, les troubles de la personnalité se manifestent au plus tard à l'adolescence, raison pour laquelle on peut, là encore, admettre l'hypothèse d'un début très précoce. Ces troubles sont souvent annonciateurs d'une dépression (Kessler & Walters, 1998). Parfois, en cas de dépression dans l'enfance et l'adolescence, ils apparaissent parallèlement à la dépression ou juste après. Les troubles anxieux sont plus fréquents chez les filles, tandis que les troubles de la personnalité et les problèmes de dépendance sont plutôt le fait des garçons. On peut donc supposer que, outre les malades précoces, un pourcentage considérable de personnes atteintes d'une première dépression à l'âge adulte avaient déjà souffert de troubles psychiques dans l'enfance ou l'adolescence.

La survenance précoce des troubles dépressifs – et des troubles psychiques en général – est l'une des caractéristiques essentielles qui les distingue des maladies somatiques chroniques, qui normalement surviennent beaucoup plus tard. Conjuguée à une évolution souvent lente ou de caractère récurrent, cette précocité de la maladie fait que les dépressions peuvent avoir des effets handicapants qui perdurent beaucoup plus longtemps que ceux causés par les maladies somatiques. Ceci explique en partie la charge si importante que les dépressions font peser sur la société et sur l'économie.

Pour comprendre les troubles dépressifs et leur évolution, il faut tenir compte des expériences précoces que les malades ont pu vivre. Les maladies dont on a souffert soi-même et le fait d'avoir connu les problèmes sociaux qui s'ensuivent, mais souvent aussi les maladies dépressives survenues dans la famille, sont autant d'expériences marquantes qui peuvent conduire à une profonde insécurité. Indépendamment de la question des causes des maladies dépressives, qui conjuguent en général des facteurs génétiques, neurobiologiques, psychologiques et

sociaux, ainsi que des facteurs liés à la personnalité, il est significatif que, souvent, des troubles dépressifs se soient déjà produits dans la famille. C'est là également un facteur essentiel de risque de développer des troubles dépressifs de plus longue durée (Hölzel et al., 2011). L'existence d'antécédents familiaux peut constituer une vulnérabilité génétique ayant des effets négatifs sur les comportements relationnels ou éducatifs.

Outre le facteur de risque que constitue une maladie dépressive dans la famille, il est essentiel de considérer les expériences négatives vécues dans les premières années de l'existence. Si les mécanismes ne sont pas toujours clairs, il semble néanmoins incontestable que les expériences négatives précoces, telles que la violence subie, le fait d'avoir été abusé ou abandonné, la perte de l'un des parents et de manière générale les changements de milieu, mais également les maladies psychiques, les problèmes de dépendance ou la délinquance des parents, accroissent le risque de développer plus tard des troubles psychiques. Ont été étudiés certains indicateurs jugés importants quant à la survenance de troubles dépressifs, tels que le manque de résonance interactive des parents face aux sentiments et comportements de leur enfant, le comportement inconsistant, invasif, autoritaire, peu confirmatif ou carrément hostile des parents, l'expérience précoce du deuil suite au décès de l'un des parents, ou encore des conflits permanents entre les parents, etc. (voir synthèse dans Goodman & Brand, 2009). Il n'est toutefois pas possible de déterminer clairement les effets spécifiques de ces expériences. Leurs conséquences ne s'observent pas seulement chez les personnes souffrant de dépression, mais elles rendent d'une manière générale la personne plus vulnérable, l'exposant à des troubles psychiques.

1.5 Comorbidité des maladies dépressives

Les maladies dépressives vont très souvent de pair avec des maladies somatiques ou d'autres maladies psychiques. Une dépression associée à des problèmes somatiques conduit fréquemment à un handicap, à un recours accru aux services médicaux et à une mortalité nettement plus élevée. Sont particulièrement invalidantes aussi les comorbidités psychiatriques de la dépression, les troubles somatoformes et les troubles de la personnalité.

Les symptômes dépressifs, les maladies somatiques et la douleur physique sont étroitement liés: environ deux tiers des personnes dépressives font état de troubles physiques et vice-versa (voir synthèse dans Bair et al., 2003, Romano & Turner, 1985; Chapman et al., 2005). La probabilité d'être atteint d'un trouble dépressif double

pratiquement avec chaque symptôme somatique supplémentaire (Kroenke et al., 1994). Des analyses de l'enquête néerlandaise sur la santé ont par exemple montré que le risque d'être atteint de troubles de l'humeur augmente de façon significative en cas de problèmes dorsalgiques, de rhumatisme, d'hypertension, d'asthme, de migraine et de troubles du système digestif. La concomitance de troubles psychiques et physiques peut au moins faire augurer quelques handicaps additionnels au niveau du travail (McIntyre et al., 2011) et même, selon certaines études, des effets exponentiels. Par ailleurs, un pourcentage substantiel de personnes souffrant de douleurs physiques sont atteintes de dépression; ce pourcentage se situe entre 20 et 75% selon le contexte dans lequel les patients ont été examinés. Chez les patients souffrant de troubles douloureux bien définis, le pourcentage de troubles dépressifs est plus faible que chez ceux affectés de douleurs médicalement indéterminées, comme les douleurs dorsales musculo-squelettiques et non spécifigues (Bair et al., 2003).

La comorbidité entre douleur et dépression conduit à des handicaps très sévères sur le plan de la mobilité, de l'activité et de l'aptitude au travail (Stein et al., 2006; García-Campayo et al., 2008). De manière générale, l'étroite corrélation entre dépression et handicap (problèmes au travail, absences pour cause de maladie, invalidité) semble être tout particulièrement imputable aux maladies comorbides (McIntyre et al., 2011). La concomitance de maladies dépressives et somatiques cause par exemple davantage d'absentéisme au travail que les troubles non comorbides (Buist-Bouwman et al., 2005). De plus, les troubles du sommeil, par exemple, qui sont une caractéristique fréquente de la dépression, sont en eux-mêmes un facteur de risque d'invalidité (Overland et al., 2008). La comorbidité est essentielle à la compréhension des handicaps liés à la maladie. Par exemple, les troubles psychiques légers associés à une maladie somatique sont plus souvent liés à l'invalidité que les troubles psychiques sévères sans comorbidité (OCDE, 2012).

La concomitance de douleurs physiques et d'une dépression amène non seulement à recourir davantage aux soins médicaux (Stein *et al.* 2006), mais elle rend nettement plus difficile le pronostic. Près des trois quarts des personnes dépressives parlent à leur médecin de famille exclusivement de leurs troubles physiques, ce qui rend très difficile une appréciation adéquate du problème réel (Bair *et al.*, 2003). Plus le patient présente de symptômes somatiques, moins le médecin a de chances de pouvoir identifier des troubles dépressifs. Cette difficulté est particulièrement prononcée lorsqu'il s'agit de patients

d'un certain âge qui, au lieu de faire état de leur déprime ou de leur tristesse, se plaignent plutôt d'insomnies ou de pensées liées à la mort (Gallo et al., 1994). La dépression rend nettement plus difficile le processus de guérison des maladies somatiques chroniques, par exemple des affections cardiaques. Les effets négatifs sont en principe pluridirectionnels: la dépression aggrave l'évolution des maladies somatiques, et les troubles physiques comorbides aggravent celle des maladies dépressives (Katon, 2011). Enfin, il faut considérer que les personnes souffrant d'une maladie dépressive meurent plus tôt que celles qui ne sont pas atteintes de dépression, notamment suite à des maladies physiques comorbides comme le diabète, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, les maladies cardiovasculaires, l'asthme ou le cancer (Katon, 2011). D'une manière générale, la mortalité des personnes souffrant de maladie dépressive est plus élevée que celle des personnes non dépressives, même lorsqu'il ne s'agit que de formes de dépression subcliniques (Cuijpers & Smit, 2002).

Les dépressions ont en outre une comorbidité très forte avec d'autres troubles psychiques. Environ 50% des personnes souffrant de troubles dépressifs au cours de leur existence répondent également aux critères d'un trouble anxieux. De plus, quelque 30% des patients dépressifs sont dépendants d'une substance, la dépression pouvant souvent être considérée comme une conséquence de leur dépendance. Enfin, les troubles somatoformes comorbides et les troubles de la personnalité sont également fréquents (voir synthèse: «Lignes directrices des soins pour la dépression unipolaire», DGPPN, 2012).

La comorbidité entre dépression et troubles de la personnalité est particulièrement importante quant à ses effets handicapants. Il arrive souvent que les personnes atteintes d'une maladie dépressive souffrent en même temps d'un trouble de la personnalité ou de ce que l'on appelle une accentuation (subclinique) de certains traits de la personnalité (Green et al., 2010). Dans l'analyse des nouveaux cas AI pour cause de troubles psychiques en Suisse (Baer et al., 2009), il s'est avéré que le diagnostic de loin le plus fréquent déterminant la décision de mettre à l'AI des personnes qui, dans la procédure d'expertise, ont fait l'objet en moyenne de cinq diagnostics différents, est la dépression, mais qu'en même temps plus de 70% d'entre elles présentent, selon le rapport médical, au moins une forme d'accentuation de certains traits de la personnalité. Le diagnostic de loin le plus fréquent conduisant à une rente AI est le trouble de la personnalité.

1.6 Durée des maladies dépressives

La dépression conçue comme une crise unique est une idée fausse. La majeure partie des maladies dépressives ont un cours récurrent ou chronique. Les dépressions peuvent certes être traitées, mais le taux de récidive est considérable, même lorsque le patient réagit bien au traitement. Une rémission complète des symptômes dépressifs est décisive pour l'évolution à venir, mais il n'est pas fréquent qu'elle se produise.

Les troubles dépressifs unipolaires sont généralement récurrents (Kapfhammer, 2007). Après les premiers épisodes dépressifs, une part importante des personnes concernées vivent d'autres épisodes dont le nombre est assez variable selon les enquêtes et selon l'époque de l'enquête. Une étude de longue durée réalisée aux États-Unis (Eaton et al., 2008) a montré que 50% des personnes suivies n'ont pas vécu de nouvel épisode dépressif au cours des 23 ans qu'a duré l'étude (personnes traitées et non traitées). Dans d'autres études, 40 à 75% de la population considérée a connu au moins un nouvel épisode dépressif au cours d'une période assez longue. Des données allemandes montrent que 75% des personnes ayant connu un premier épisode dépressif en vivent un autre au cours des cinq années suivantes (Bramesfeld & Stoppe, 2006). Sur tout le cours de la vie, cela concerne entre 75 et 90% des personnes ayant connu une fois un épisode dépressif (Angst, 1992). Les personnes souffrant de troubles dépressifs récurrents vivent en moyenne six épisodes durant leur vie (Wittchen, 2006). De manière générale, tout nouvel épisode accroît de 16% le risque d'en connaître encore un par la suite (Solomon et al., 1997).

Un épisode dépressif dure en moyenne trois mois (Spijker et al., 2002). Une thérapie adéquate permet d'abréger la durée de la maladie (Bramesfeld & Stoppe, 2006). Un épisode dépressif dure d'autant plus longtemps qu'il est plus sévère. Dans certains cas, la symptomatique dépressive ne disparaît pas entièrement: quelque 15% des personnes ayant vécu un premier épisode dépressif (de 7 à 30% suivant les études et selon la définition de la notion de «guérison») développent une affection chronique, les symptômes dépressifs ne disparaissant jamais complètement (Eaton et al., 2008). C'est également ce que reflètent les données de l'étude dite de Zurich (Angst, 1992), selon laquelle 13% des personnes ayant vécu une fois un tel épisode ne connaissent, sur le long terme, aucune rémission de leur symptomatique dépressive.

Le taux de rechute – détérioration de la symptomatique après une réaction apparemment positive au traitement – est relativement élevé: selon la population examinée, il représente entre un cinquième et un tiers des patients (synthèse dans Richards, 2011). Les symptômes résiduels et les handicaps psychosociaux qui subsistent (malgré l'amélioration de la symptomatique) – et qui peuvent être assez légers (Judd et al., 2000; Solomon et al., 2008) – sont à cet égard des facteurs de risque importants. Il n'en est que plus important de concentrer le traitement des patients dépressifs sur leur situation psychosociale et sur leurs limitations fonctionnelles.

La complète rémission des symptômes dépressifs est importante non seulement dans les récidives, mais également dans les épisodes dépressifs récurrents. Les épisodes récurrents sont en général relativement fréquents (voir plus haut) et la durée de l'intervalle entre les épisodes diminue avec le temps. Dans une étude longitudinale effectuée aux États-Unis (Solomon et al., 2000), la durée s'écoulant jusqu'au premier épisode récurrent était en moyenne de 150 semaines, puis de 83 semaines jusqu'au deuxième, de 77 semaines jusqu'au troisième, de 68 semaines jusqu'au quatrième et de 57 semaines jusqu'au cinquième. Chez les personnes dont les symptômes n'avaient pas complètement disparu au terme du premier épisode, le risque de récidive s'avérait nettement plus prononcé que chez celles ne présentant plus aucun symptôme. Ce qui montre une fois encore que la dépression peut bien être traitée et qu'une part importante des traitements aboutit à une rémission, mais qu'il s'agit normalement d'une maladie psychique récurrente ou chronique, et handicapante.

En résumé, il existe des liens étroits entre le degré de gravité de la dépression, la comorbidité psychiatrique et somatique, la précocité de la maladie et ses conséquences (avec ses effets éventuels sur la personnalité), et la chronicité de la maladie. Tous ces facteurs déterminent dans une large mesure l'ampleur des limitations fonctionnelles et psychosociales. La symptomatique clinique et la fonctionnalité psychosociale sont non seulement très dépendantes l'une de l'autre, mais elles s'influencent réciproquement. L'évolution clinique est le principal facteur qui détermine l'ampleur du handicap: si une symptomatique dépressive sévère et durable est très limitative, la capacité fonctionnelle est pratiquement rétablie en cas de rémission des symptômes. Inversement, l'ampleur des handicaps psychosociaux subsistants après rémission des symptômes permet de prédire assez sûrement ce qu'il en sera de l'évolution clinique de la dépression. La symptomatique et la capacité fonctionnelle devraient donc être considérées ensemble et avoir le même poids dans l'analyse, ce qui n'est guère le cas actuellement dans le traitement des patients souffrant de dépression (OCDE, 2012).

1.7 Traitement des maladies dépressives

Si de nombreuses maladies dépressives peuvent en principe être traitées au moyen des antidépresseurs et de la psychothérapie, il n'en reste pas moins que seule environ la moitié des personnes concernées se font traiter et qu'il s'écoule en moyenne une dizaine d'années entre le début de la maladie et le début du traitement. À cela s'ajoute que la moitié seulement des dépressions traitées le sont adéquatement selon les standards psychiatriques actuels.

Les symptômes dépressifs peuvent être traités par la psychothérapie et/ou par des antidépresseurs. Si les personnes souffrant de dépression légère réagissent souvent bien aux interventions psychothérapeutiques, les dépressions moyennes à sévères exigent généralement de recourir en plus à une médication antidépressive. Mais, de manière générale, il est assez rare que les personnes souffrant de maladie psychique engagent un traitement. Les données provenant de 21 pays européens montrent qu'environ 15% seulement des personnes ayant des problèmes psychiques ont suivi au cours de l'année précédente un traitement prescrit par un professionnel (OCDE, 2012). Les analyses épidémiologiques et les études portant sur les patients des médecins de famille (Kessler et al., 2005; Lecrubier, 2007; Alonso et al., 2004) aboutissent à des chiffres similaires. En outre, le taux de traitement est particulièrement bas chez les personnes jeunes et dans les cas de troubles psychiques faibles à moyennement sévères.

Comme les symptômes somatiques sont généralement au premier plan, les troubles dépressifs ne sont souvent pas identifiés et traités ou ne le sont que très tardivement. C'est le cas notamment chez les personnes âgées souffrant de dépression, qui expriment plus facilement un malêtre somatique que psychique et qui, de ce fait, font rarement l'objet d'un traitement psychothérapeutique et médicamenteux adéquat (Hell & Böker, 2005).

Bien que le taux de traitement des troubles psychiques se soit nettement amélioré au cours des dernières décennies – d'un cinquième au début des années 1990 à près d'un tiers en 2001, aux États-Unis (Kessler et al., 2005) – il n'en reste pas moins relativement faible. Il en est de même pour les dépressions: environ la moitié des patients dépressifs (dépression majeure) suivent un traitement prodigué par un professionnel, généralement par le médecin de famille (Wang et al., 2005). Le nombre moyen de consultations de médecins (psychiatres, psychologues, généralistes) par des patients dépressifs est de quatre environ, ce qui est relativement peu. Assez souvent, les malades s'adressent à des soignants non professionnels (p. ex. à des guérisseurs) ou font appel à des groupes d'entraide. Plus la personne est gravement atteinte, plus

il est probable qu'elle suive un traitement. S'il est vrai que le taux de traitement augmente en fonction du degré de gravité, il n'en est pas moins regrettable qu'une petite part seulement des personnes souffrant de dépression bénigne suivent un traitement (Wang et al., 2004).

Une part substantielle des personnes atteintes de troubles de l'humeur décident, à un moment ou à un autre de leur existence, de suivre un traitement: dans plusieurs pays européens, cette part se situe entre environ un tiers et plus des deux tiers (Kovess-Masfety et al., 2007). Cependant, le premier traitement intervient en moyenne une dizaine d'années après la première maladie (Kessler & Wang, 2008). Un problème similaire – en ce qui concerne les handicaps subséquents – réside dans le fait que les maladies psychiques sont prises en charge encore plus tardivement par l'assurance-invalidité (Baer et al., 2009).

Outre que les personnes dépressives ne sont souvent traitées que très tardivement, voire ne le sont pas du tout, un troisième problème est que ces troubles font souvent l'objet de traitements inadéquats. On peut considérer grosso modo que sur le 50% de personnes qui consultent un médecin pour traiter leur dépression, la moitié seulement obtiennent un traitement correspondant aux standards minimaux quant à sa durée, à la médication et au nombre de consultations (Kessler et al., 2005). Là encore, plus le degré de gravité diminue, plus les traitements sont inadéquats, ce qui veut dire que les personnes souffrant de dépression légères reçoivent très souvent un traitement inadapté (Birnbaum et al., 2009).

1.8 Handicaps consécutifs aux maladies dépressives

Le présent rapport aborde la question des handicaps consécutifs aux maladies dépressives, car les troubles dépressifs génèrent une charge énorme sur le plan humain et sur le plan économique. Comme beaucoup de personnes souffrant de troubles dépressifs légers sont intégrées dans la société et sur le marché du travail, on a tendance à sous-estimer les conséquences de ces troubles en termes de perte de productivité, de stress familial et de charges sociales.

Les causes et les manifestations des maladies dépressives sont liées à de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux; les conséquences en sont, elles aussi, multidimensionnelles. Les dépressions provoquent non seulement d'importantes souffrances psychiques, mais conduisent tôt ou tard à des problèmes relationnels et professionnels, à l'absentéisme, voire à l'isolement social, à l'exclusion du marché de l'emploi ou à l'invalidité. La situation en matière de traitement joue à cet égard un rôle capital: les

soignants qui s'occupent de la situation professionnelle de leurs clients plaident pour la conservation de l'emploi et la réinsertion de leurs patients.

Il existe aujourd'hui un large consensus sur les liens multiples qui existent entre les maladies psychiques et divers facteurs sociodémographiques et socio-économigues. Les troubles psychiques sont en rapport avec le statut social (couches défavorisées), le sexe (féminin), l'état civil (célibataire), le fait d'élever seul des enfants, le niveau de formation (niveau bas), le statut d'activité (sans emploi, sans activité professionnelle), le revenu (revenus bas), les problèmes de logement, la migration et d'autres facteurs encore (Fasel et al., 2010). À cela s'ajoutent - spécialement pour les maladies dépressives des liens avec certaines formes de stress familial et conjugal, avec l'entourage, avec les rôles et fonctions qu'on exerce dans la société et dans la vie privée, et avec la qualité de vie (voir les synthèses dans Wells et al., 2002 et Kapfhammer, 2007; Alonso et al., 2004). Selon la manière dont ces liens s'établissent, ils peuvent exercer les uns sur les autres des effets négatifs.

Une part importante des conséquences psychosociales des maladies dépressives concerne le monde du travail. Les dépressions sont liées tantôt à un présentéisme très élevé (présence au poste de travail, mais productivité diminuée), tantôt à un absentéisme durable pour cause de maladie et ou d'invalidité (OCDE, 2012). Globalement, les conséquences des troubles dépressifs dans le monde du travail sont au moins aussi importantes que celles des maladies somatiques chroniques (Collins et al., 2005; OCDE, 2012). Comparée à quinze autres maladies chroniques fréquentes (migraine, asthme, dorsalgies, torticolis, arthrite, problèmes intestinaux, troubles du sommeil, hypertension, etc.), il s'avère que la dépression est celle qui influe le plus sur la productivité, aussi bien comme maladie principale que comme affection comorbide associée à d'autres problèmes de santé (Kessler et al., 2008). Selon un sondage effectué dans la population canadienne, les personnes actives occupées qui souffrent d'une dépression majeure (major depressive disorder, MDD) manifestent non seulement une moindre sécurité au travail que les personnes non dépressives, mais elles ont également davantage de jours d'incapacité de travail et leur revenu est d'environ 10% moins élevé (McIntyre et al., 2011).

Le degré de handicap est déterminé par le degré de gravité de la dépression et par d'autres caractéristiques de la maladie (Judd *et al.*, 2000; Ormel *et al.*, 2004; Spijker *et al.*, 2004; Rytsälä *et al.*, 2005; Lagerveld *et al.*, 2010; Plaisier *et al.*, 2010). Une dépression sévère, mais aussi l'existence d'épisodes dépressifs antérieurs de longue

durée ou d'un trouble concomitant de la personnalité, déterminent un degré de handicap plus marqué (et un absentéisme plus important) (Rytsälä et al., 2005). Une étude (Spijker et al., 2004) a révélé que le degré de gravité de la dépression et les troubles anxieux qui lui sont associés sont les principaux facteurs de handicap et que la maîtrise des activités quotidiennes – mais non la fonctionnalité sociale – s'améliore pendant la période de convalescence. La convalescence n'a donc pas des effets identiques sur tous les plans du fonctionnement social.

Dans une synthèse de la littérature spécialisée, Lager-veld et al. (2010) ont mis en évidence l'existence d'un lien d'une part entre la durée de l'épisode dépressif et l'exclusion, d'autre part entre le degré de gravité de la dépression et la diminution de la capacité de travail. Chez les employés dépressifs ayant été plusieurs fois en absence maladie, la durée entre deux absences est en moyenne de dix mois. Le nombre d'épisodes dépressifs antérieurs et celui des symptômes résiduels subcliniques après le dernier épisode dépressif sont les principaux facteurs prédictifs d'un épisode ultérieur (Koopmans et al., 2011). La durée des symptômes dépressifs survenant pour la première fois semble être également en très étroite corrélation avec le degré de handicap (Rhebergen et al., 2010).

Dans l'ensemble, on observe cependant une corrélation synchrone entre la gravité de la dépression et le handicap psychosocial: pendant un épisode dépressif, le handicap est très flagrant dans tous les domaines de l'existence, mais il disparaît au fur et à mesure de la rémission; autrement dit, le degré de handicap postmorbide se rapproche à nouveau de ce qu'il était au stade prémorbide (Ormel et al. 2004).

Reste que même les personnes souffrant de symptômes dépressifs subcliniques sont nettement plus handicapées que celles qui ne présentent pas de symptômes dépressifs. Cela veut dire que les personnes qui, après une crise dépressive, ne se remettent pas complètement sont plus fortement handicapées que celles qui, après la crise, n'ont plus de symptômes (Judd et al., 2000). Pour cette raison, il est également pertinent et légitime de comparer les personnes souffrant de symptômes dépressifs avec celles qui n'en présentent pas du tout (voir le point 1.9). Selon l'OCDE (2012), les handicaps consécutifs aux dépressions de gravité modérée et ceux résultant de la dépressivité subclinique sont fortement sous-estimés. En raison d'une prévalence nettement plus élevée, le nombre de jours d'absence maladie est d'environ 50% plus élevé chez les personnes atteintes de dépression légère que chez celles qui souffrent de dépression grave (Major Depression; Broadhead et al., 1990).

Dans de nombreux pays industrialisés, les personnes souffrant de troubles psychiques sévères bénéficient de soins particuliers, et même souvent d'un traitement spécialisé en régime privé pour les patients qui peuvent en supporter les frais. Par contre, les besoins de la grande majorité des personnes souffrant de troubles légers et dont l'intégration sociale est critique, quoique souvent encore intacte, ne semblent pas bénéficier de soins suffisants (Cahn & Baer, 2003).

La situation en matière de traitement est essentielle pour la conservation de l'emploi et la réinsertion professionnelle. Une étude norvégienne a montré par exemple qu'environ 32% des personnes touchant une rente Al pour raisons psychiques n'ont jamais été traitées pour leurs problèmes psychiques (Overland *et al.*, 2007). Une étude effectuée en Finlande sur la situation médicale des personnes ayant présenté une demande de rente Al est parvenue à la conclusion que quelque 9% seulement des requérants dépressifs ont reçu un traitement combinant antidépresseurs et psychothérapie – et ce sans évolution notable entre le milieu des années 90 et le milieu des années 2000 (Honkonen *et al.*, 2007).

Une thérapie antidépressive adéquate (conforme aux protocoles de traitement) est une des conditions nécessaires à une évolution favorable du patient dans son environnement professionnel et à sa réinsertion: une thérapie adéquate accroît la probabilité de travailler à nouveau après une dépression et réduit celle d'une mise à la retraite anticipée (Dewa, 2003). Il en va de même de la médication antidépressive, qui doit être adéquate (c'est-à-dire appropriée du point de vue de son dosage et de sa durée): la probabilité de retravailler après une dépression est environ 3,5 fois plus élevée pour les patients traités de manière adéquate (Smith *et al.*, 2009). D'autres études montrent qu'une médication antidépressive prescrite sur une durée suffisamment prolongée va de pair avec un taux d'activité plus élevé des personnes dépressives (Lerner *et al.*, 2004).

Un traitement psychiatrique adéquat n'est cependant pas une condition suffisante pour conserver son emploi ou réussir sa réinsertion: même lorsque le traitement antidépressif est adéquat, il reste une part des patients dont la dépression ne se résorbe pas complètement, et dont la fonctionnalité souvent ne se rétablit pas entièrement. Les soignants devraient par conséquent interroger activement les patients sur leur activité professionnelle et s'assurer, par un suivi, que l'amélioration obtenue au niveau symptomatique a également des effets positifs sur leur situation professionnelle (Adler et al., 2006). Il est enfin évident que les patients dépressifs tireraient profit d'une intervention de leur médecin dans leur travail,

par exemple pour compenser des déficits de prestations, résoudre des problèmes interpersonnels dans le cadre professionnel ou adapter les contraintes physiques liées à leur travail (Adler *et al.*, 2006).

Une information active des employeurs par les médecins traitants est nécessaire pour pouvoir procéder à des adaptations sur le lieu de travail. Un traitement par la thérapie comportementale-cognitive focalisé spécifiquement sur leur situation professionnelle permet aux patients de retourner au travail plus rapidement que s'ils avaient suivi le même type de traitement sans focalisation (Lagerveld et al., 2012). C'est là un résultat essentiel, que confirme l'expérience pratique: les patients et leurs employeurs ressentent le rôle actif qu'ils jouent et l'information qu'ils reçoivent des médecins traitants comme une aide précieuse dans le sens du maintien de l'emploi et d'un retour rapide au travail.

Toutefois, plusieurs obstacles s'opposent à ce rôle actif des médecins traitants, malgré le potentiel qu'il recèle: d'une part, les patients refusent souvent que leur employeur soit informé de leur situation, c'est-àdire des conséquences de leur maladie sur le plan professionnel; d'autre part, les médecins ont souvent une attitude négative à l'égard du milieu professionnel, dans lequel ils voient avant tout une source de stress psychologique pour leur patient (OCDE, 2012). Les patients ne se sentent souvent pas assez sûrs d'euxmêmes pour affronter sereinement les contacts directs avec leur employeur. D'après une étude norvégienne, environ 70% des médecins considèrent qu'il est très difficile de délivrer un pronostic quant à l'aptitude au travail de leurs patients, en termes d'ampleur et de durée d'une éventuelle incapacité, autrement dit de «traduire» la symptomatique observée en termes de déficits fonctionnels (Winde et al., 2012).

En dépit de ces incertitudes, les médecins délivrent très souvent, et notamment en cas de problèmes dépressifs, des certificats d'incapacité de travail. Une récente étude effectuée en Angleterre montre qu'un certificat d'incapacité de travail est délivré à l'issue de plus d'un tiers des consultations du médecin de famille pour cause de troubles psychiques (Mallen et al., 2011). Si des certificats d'incapacité de travail dûment motivés peuvent effectivement aider à résoudre les problèmes, ils peuvent aussi être contre-productifs s'ils servent à renforcer un comportement élusif et des anxiétés liées au travail, ou si l'absence pour cause de maladie est due essentiellement à une situation conflictuelle dans le cadre du travail. De telles formes d'absence pour cause de maladie se terminent souvent par une rupture du contrat de travail (Baer et al., 2011).

1.9 Identification des groupes à risque

Une analyse des résultats de l'Enquête suisse sur la santé montre que, dans le domaine de la dépression, des groupes à risque peuvent être identifiés très clairement sur la base d'un petit nombre de critères. Les troubles physiques, l'âge avancé, le sentiment de solitude et les problèmes liés au travail sont des facteurs qui rendent très probable l'apparition de symptômes dépressifs. Ces résultats soulignent d'une part l'importance des relations sociales et de la capacité à travailler; ils posent d'autre part la question de la démarcation entre symptômes physiques et symptômes dépressifs.

Il importe – pour des raisons économiques et pour des raisons liées à la politique de la santé et à l'organisation pratique des soins – de savoir identifier les signes précoces d'une possible maladie dépressive sévère. Les symptômes dépressifs et les maladies dépressives sont en rapport relativement étroit – de causalité, de conséquence ou de concomitance – avec des problèmes professionnels ou sociaux et avec les événements critiques de la vie: absence de soutien social, divorce, problèmes professionnels, perte de personnes proches, etc. La connaissance de ces liens peut fournir des indications utiles pour planifier des mesures de prévention, notamment au niveau de l'intervention précoce et de la prévention secondaire.

La prévalence dans la population de divers symptômes dépressifs qui en eux-mêmes ne sont pas constitutifs d'un diagnostic de dépression montre que ces symptômes font partie de l'expérience commune et que leur caractère morbide n'apparaît que lorsqu'ils se multiplient et persistent dans le temps. Il n'en est que plus important de pouvoir identifier dans la population les groupes particulièrement exposés au risque de dépressivité. Une telle approche a été mise en œuvre dans une analyse de l'Enquête suisse sur la santé, dont les résultats ont été publiés dans plusieurs rapports cantonaux de l'OBSAN (Baer et al., 2010). Comme ces résultats constituent le point de départ de la présente publication, nous en donnons ici un bref résumé.

Afin d'inclure dans l'analyse le plus de personnes possibles présentant des symptômes dépressifs subcliniques, tous les participants à l'Enquête suisse sur la santé qui avaient manifesté au cours des deux semaines précédant l'enquête au moins un symptôme dépressif sur une liste de dix (20% de 12'656 personnes) ont été prises en considération. Elles ont fait l'objet d'une analyse de classification. Par la procédure dite de l'«arbre décisionnel»

(Du Toit & Du Toit, 2001), diverses variables sociodémographiques et socio-économiques, ainsi que des variables relatives à l'entourage social, à la situation professionnelle, à la santé physique et à l'hygiène de vie ont été examinées en vue de déterminer dans quelle mesure elles permettent de séparer les personnes présentant au moins un symptôme dépressif de celles qui sont exemptes de symptômes.

L'analyse commence avec la variable qui permet le mieux d'opérer cette séparation, et se poursuit avec celles qui permettent le mieux d'opérer la même séparation dans les groupes suivants. On ainsi procède par subdivisions successives, chaque subdivision permettant de mieux discriminer les personnes avec symptômes des personnes sans symptômes dépressifs. À la fin, on obtient des groupes où la part des personnes dépressives est faible et des groupes où leur part est élevée. Bien que le critère distinctif - au moins un symptôme dépressif au cours des deux dernières semaines - puisse paraître un seuil bas, les analyses montrent que l'on est effectivement en présence de groupes à risque. Même si les données proviennent d'une enquête transversale, qui permet de faire apparaître des corrélations mais qui n'autorise aucune interprétation causale, le résultat est révélateur (fig 1.1).

Le résultat est une typologie formée de 13 groupes de population comportant un nombre faible (3 groupes), moyen (5 groupes) ou important (5 groupes) de personnes présentant des symptômes dépressifs. On a défini comme groupes à risque des «clusters» comprenant une proportion d'au moins 40% de personnes avec symptômes dépressifs.

La présence ou l'absence de troubles physiques est le critère qui permet le mieux de différencier entre les personnes avec symptômes et les personnes sans symptômes dépressifs, ce qui souligne l'importance de la comorbidité entre troubles dépressifs et problèmes somatiques. Au niveau suivant, les deux critères les plus discriminants sont – selon la branche considérée, c'est-à-dire selon l'importance des troubles physiques – l'âge et le sentiment de solitude. Au troisième niveau, on retrouve la solitude, mais aussi la peur de perdre son emploi et la présence d'un problème de santé chronique. Au dernier niveau, les critères les plus discriminants sont à nouveau la présence d'un problème de santé chronique, ainsi que l'insatisfaction professionnelle et le stress psychique au travail:

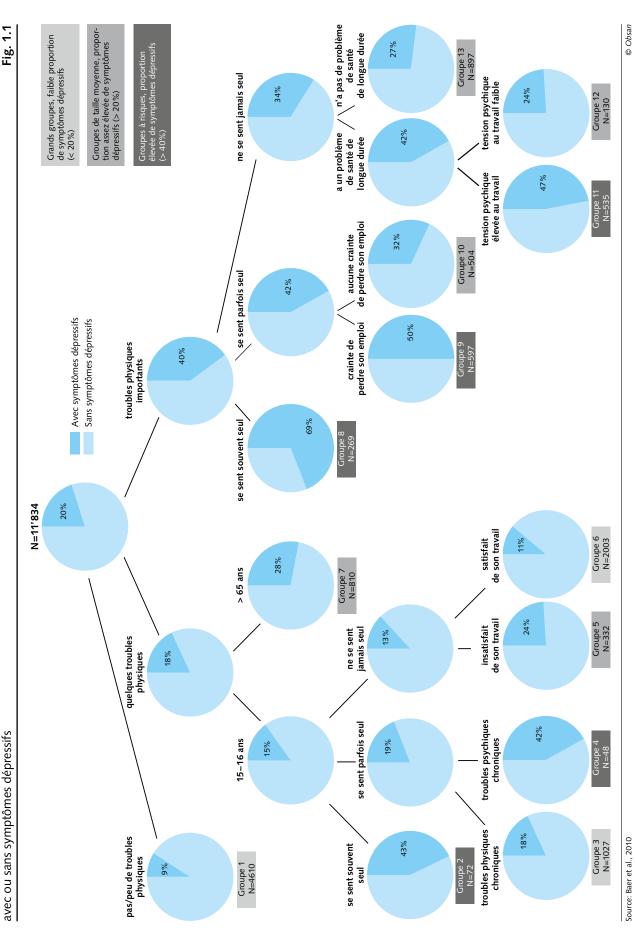
- Les personnes sans troubles physiques sont celles qui présentent le moins de symptômes dépressifs, sans que d'autres facteurs jouent ici un rôle (pas d'autres ramifications). Cela signifie que parmi les personnes qui n'ont pas de troubles physiques on ne peut pas mettre en évidence des groupes avec une proportion élevée de personnes souffrant de symptômes dépressifs, malgré tous les autres facteurs négatifs possibles.
- Les personnes qui ont quelques troubles physiques présentent déjà nettement plus souvent des symptômes dépressifs, surtout chez les personnes âgées (groupe 7), et plus encore chez celles de moins de 65 ans éprouvant souvent un sentiment de solitude (groupe à risque 2, 43% avec symptômes).
- Les personnes qui ont quelques troubles physiques, qui ont moins de 65 ans, qui se sentent parfois seules et qui ont un problème de santé chronique entrent dans le groupe 3 (avec troubles physiques chroniques; 18% avec symptômes) ou dans le groupe à risque 4 (avec troubles psychiques chroniques; 42% avec symptômes).
- Les personnes qui ont des troubles physiques importants et qui se sentent très souvent seules forment le groupe à risque 8, où 69% des personnes présentent des symptômes dépressifs.
- Lorsque le sentiment de solitude est occasionnel, parmi les personnes qui ont des troubles physiques importants, l'élément décisif est la crainte de perdre son emploi. Les personnes qui ont cette crainte font partie du groupe à risque 9, qui comprend 50% de personnes avec symptômes dépressifs. Par contre, le sentiment d'avoir un emploi stable va de pair avec un pourcentage réduit de personnes présentant une symptomatique dépressive (groupe 10, 32% avec symptômes).
- Les personnes qui ont des troubles physiques importants, qui n'éprouvent jamais de sentiments de solitude, mais qui ont un problème de santé chronique, sont également très touchées par les symptômes dépressifs. Dans leur cas, c'est la tension psychique au travail qui est déterminante: les personnes exposées à une tension psychique importante font partie du groupe à risque 11, qui comprend 47% de personnes avec symptômes dépressifs. Par contre, une faible tension psychique au travail va de pair, même lorsqu'il existe un problème de santé chronique, avec une proportion nettement réduite de symptômes dépressifs (groupe 12, 24% avec symptômes).

Ces résultats permettent de tirer notamment les conclusions suivantes:

- En l'absence de troubles physiques, le risque de dépression est faible. En pratique, cela signifie par exemple que parmi des personnes sans troubles physiques un test de dépistage de la dépression ne repérerait que très peu de personnes dépressives.
- 2. Le risque potentiel de dépressivité ne doit pas être sous-estimé chez les personnes qui présentent des troubles physiques.
- 3. Chez les personnes qui ont des troubles physiques (surtout s'ils sont chroniques), un petit nombre d'autres critères par exemple, l'âge avancé, la solitude, l'insécurité de l'emploi, le stress au travail délimitent des groupes de personnes exposées à un risque élevé de symptômes dépressifs.
- 4. Inversement, la jeunesse, les contacts sociaux, la stabilité de l'emploi et l'absence de stress au travail vont de pair – même chez les personnes qui ont des troubles physiques – avec un taux de dépressivité réduit. Ces facteurs peuvent être considérés comme potentiellement protecteurs.

En résumé, l'analyse des résultats de l'Enquête suisse sur la santé montre que les symptômes dépressifs sont étroitement dépendants des troubles physiques, de certaines variables sociodémographiques et de certaines caractéristiques d'adaptation sociale, comme les contacts sociaux et le fonctionnement au lieu de travail. Ces corrélations étant analysées à partir de données transversales, elles peuvent être interprétées de plusieurs manières: comme des facteurs de risque de dépression, comme les conséquences d'une dépression, comme les symptômes d'une dépression (en ce sens que, par exemple, les personnes dépressives jugent leur situation de façon plus négative que les autres) ou comme les effets communs d'une variable plus générale, par exemple l'évolution du monde du travail ou de la cohésion sociale. Mais le fait de connaître ces corrélations est en soi un acquis important pour la politique de la santé et pour l'organisation, entre autres, du système de soins, de l'aide à la vieillesse et de l'assurance-invalidité.

Typologie des personnes avec symptômes dépressifs dans la population, méthode de l'arbre décisionnel pour distinguer les personnes avec ou sans symptômes dépressifs



2 Buts et méthode

Considérant l'importance des troubles dépressifs dans le contexte actuel, l'Obsan a commandé une étude visant à compiler les données relatives à la dépression dans plusieurs bases de données et à les mettre – là où c'est possible – en relation les unes avec les autres.

Le chapitre 2 présente les buts (2.1) et la méthodologie (2.2) de cette étude. La structure du rapport (2.3) reprend celle d'une analyse antérieure de l'Obsan, laquelle avait montré l'importance que revêtent la santé physique, la prise en charge thérapeutique et l'intégration socio-professionnelle des personnes (voir point 1.9). Le chapitre 2.4 définit quelques notions utilisées dans ce rapport et dont le sens ne va pas de soi vu l'hétérogénéité des sources de données utilisées, la pluralité des définitions possibles de la dépression/dépressivité et la complexité de la notion même de «dépression». Le chapitre 2.5 trace les limites de cette étude.

2.1 Buts de l'étude

La présente publication a principalement pour but de compiler et de soumettre à un premier examen les informations disponibles sur la fréquence de la dépression chez les adultes en Suisse, sur leur prise en charge thérapeutique et sur certaines corrélations. Elle met également en évidence des liens avec des symptômes subcliniques ou incertains sur le plan diagnostique. Elle constitue enfin une base sur laquelle pourront s'appuyer d'autres analyses plus poussées.

Au-delà de la présentation pure et simple des données que nous avons pu réunir sur la dépression, nous tâcherons autant que possible de montrer les liens qui existent entre ces données. Le but est de confronter les données provenant de différentes sources pour mettre en évidence certaines corrélations et obtenir des résultats qu'on n'aurait pas pu obtenir en travaillant sur chaque enquête séparément. Il faut souligner que les données utilisées sont très hétérogènes par leur contenu et par la méthodologie qui les sous-tend. Leur mise en relation ne saurait par conséquent revêtir qu'une valeur informative de caractère provisoire.

Nous montrerons par ailleurs comment ont évolué au cours du temps la fréquence de la dépression et de la dépressivité et la prévalence des traitements. Nous utiliserons à cet effet l'Enquête suisse sur la santé (2002, 2007), le Panel suisse de ménages (1999, 2004, 2009), les dossiers d'invalidité pour raisons psychiques (1993–2006) et la statistique médicale des hôpitaux (2000–2010).

2.2 Méthodologie de l'étude

Nos sources de données sont les suivantes (pour plus de détails, voir l'annexe ainsi que Schuler & Burla, 2012):

- Enquête suisse sur la santé ESS (2007)
- Panel suisse de ménages PSM (2009)
- Statistique médicale des hôpitaux (2010)
- Statistique sentinella des médecins-généralistes (2008/2009)
- Index suisse des diagnostics SDI (2010)
- Enquête auprès des cabinets de psychiatres du canton de Berne (Amsler et al., 2010)
- Analyse de dossiers d'invalidité pour raisons psychiques (Baer et al., 2009)

Nous nous sommes appuyés principalement sur les deux enquêtes nationales auprès de la population, à savoir l'Enquête suisse sur la santé et le Panel suisse de ménages, celui-ci comportant notamment des questions sur la santé, dont une question globale sur l'humeur dépressive. Nous avons utilisé à titre complémentaire, pour certaines problématiques spécifiques, des analyses basées sur les autres sources de données. Hormis l'enquête effectuée auprès des cabinets de psychiatres du canton de Berne, toutes les sources de données utilisées sont représentatives pour l'ensemble de la Suisse.

Les résultats qui seront présentés portent, selon la source des données, sur les troubles affectifs diagnostiqués par les médecins (statistique médicale des hôpitaux, analyse de dossiers de rentes AI, index suisse des diagnostics, statistique *sentinella*, cabinets de psychiatres du canton de Berne), sur des symptômes dépressifs cliniquement codifiés à partir des déclarations des personnes interrogées (ESS), et sur un sentiment général de malêtre dont la pertinence clinique reste à préciser (PSM).

Plus précisément, nous avons considéré les items ou indicateurs suivants (voir les détails en annexe):

- Enquête suisse sur la santé ESS: dans l'ESS, nous avons utilisé deux indicateurs de la dépression, l'un recensant les dix symptômes dépressifs les plus importants (Depression Screening Questionnaire; Wittchen et al., 2000) observés au cours des deux semaines précédant l'enquête, l'autre se fondant sur 35 questions d'un instrument d'enquête validé cliniquement (CIDISF), utilisé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et permettant d'identifier une dépression majeure survenue au cours de l'année précédant l'enquête.
- Panel suisse de ménages PSM: dans le PSM, nous avons utilisé un indicateur se rapportant de façon générale aux sentiments négatifs. Il porte sur des sentiments tels que l'abattement, le désespoir, l'anxiété et la dépression. À la question «Eprouvez-vous souvent des sentiments négatifs comme le cafard, le désespoir, l'anxiété, la dépression?», les répondants sont invités à s'auto-évaluer au moyen d'une échelle de 0 (jamais) à 10 (toujours).
- Statistique médicale des hôpitaux: diagnostics basés sur la CIM-10 effectués à chaque sortie de patient.
- Statistique sentinella des médecins-généralistes: évaluation de la présence d'une dépression sur la base de la CIM-10. A noter que les dépressions modérées qui n'entraînent pas d'intervention médicale ne sont pas recensées du fait de leur prévalence élevée.
- Index suisse des diagnostics SDI: diagnostics CIM-10 relevés par sondage dans huit groupes de médecins spécialistes travaillant en cabinet privé.
- Cabinets de psychiatres du canton de Berne: diagnostics CIM-10 des patients à une date de référence.
- Analyse de dossiers: codification conforme à la CIM-10 des diagnostics effectués lors des examens médicaux dans le cadre des procédures d'instruction de l'Al.

2.3 Structure de l'étude

La structure se fonde sur les résultats de l'analyse des données de l'ESS présentée plus haut (chapitre 1.9). Elle tient compte des principales caractéristiques qui différencient les personnes présentant des symptômes dépressifs des personnes sans symptômes:

- Fréquence et répartition de la dépressivité et de la dépression en Suisse
- Comorbidité et comportements en rapport avec la santé
- Famille et rapports sociaux
- Situation en matière de traitements
- Situation professionnelle et milieu de travail

Les analyses relatives à la situation professionnelle et au milieu de travail font l'objet d'un chapitre séparé, mais elles sont reprises – chaque fois que c'est utile – dans les autres chapitres de l'étude. Cette approche permet d'observer dans une certaine mesure la dynamique qui s'établit dans certains groupes de personnes entre maladie dépressive, intégration professionnelle et problèmes de travail.

2.4 Quelques notions: troubles de l'humeur, dépression, symptômes dépressifs, états dépressifs

Les sources de données utilisées appréhendent très diversement la notion de «dépression», soit sur la base d'un diagnostic médical associé à une échelle cliniquement pertinente, soit comme indicateur général d'un état de mal-être psychique. Il convient à cet égard de distinguer entre l'appréciation des médecins et l'appréciation des personnes interrogées sur leurs propres symptômes et états d'âme. Ces facteurs d'hétérogénéité compliquent le travail de compilation des données, raison pour laquelle la prudence est de rigueur en fait d'interprétation. Une approche globale du phénomène de la «dépression» basée sur plusieurs sources de données provenant de toute la Suisse ne peut échapper à certaines imprécisions. Cependant, malgré l'hétérogénéité des définitions - qui impose la prudence - les relations qu'on observe à l'intérieur d'une même source de

données et les analogies qui se dégagent de plusieurs sources différentes, sont révélatrices. Voici quelques indications sur l'acception des termes utilisés dans le présent rapport:

Les termes **«dépression»** et **«symptômes dépressifs»** sont utilisés lorsqu'il s'agit de données collectées sur la base d'une échelle clinique (par exemple le *Depression Screening Questionnaire* utilisé dans le cadre de l'ESS) ou de dépressions diagnostiquées provenant de sources médicales.

Le terme «dépression majeure» est utilisé dans les analyses se rapportant à l'indicateur correspondant dans l'ESS. Celui-ci se base sur le *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui permet de diagnostiquer un épisode dépressif pathologique (voir annexe).

Le terme «dépressivité» est utilisé lorsqu'il s'agit d'indicateurs fondés sur les déclarations fournies par les sujets eux-mêmes, lorsqu'il n'est pas certain que les critères diagnostiques de la dépression sont remplis (par exemple pour l'indicateur correspondant du PSM). Le caractère pathologique de ces symptômes n'est pas établi.

Nous utiliserons par commodité le terme **«symptômes dépressifs»** pour les résultats émanant de plusieurs sources de données, comme l'ESS et le PSM, basées sur une terminologie et sur des échelles d'évaluation différentes. Le caractère pathologique de ces symptômes n'est pas établi.

Quelques exceptions ont été faites à ces règles dans un souci de lisibilité. Mais il faut souligner encore une fois le fait que seuls les diagnostics effectués dans un cadre médical (comme c'est la cas par exemple dans la statistique médicale) peuvent être considérés pleinement comme des troubles dépressifs, toutes les autres sources de données étant basées sur des symptômes rapportés par les personnes intéressées selon des échelles d'évaluation subjectives.

Lorsque la source des données comporte des diagnostics effectués dans un cadre médical, le terme générique **«troubles de l'humeur»** sera utilisé dans les analyses effectuées au niveau des groupes de maladies à deux caractères (F3). Dans les analyses effectuées au niveau des diagnostics à trois caractères (F30, F31 et suiv.), nous suivons la terminologie diagnostique de la CIM-10.

Les analyses fondées sur le groupe «troubles de l'humeur» (F3) recensent la majeure partie, mais non la totalité des troubles dépressifs pouvant être diagnostiqués selon la CIM-10. Des profils dépressifs peuvent apparaître aussi dans des diagnostics n'appartenant pas à la

catégorie F3, par exemple dans les troubles de l'adaptation (F43.2), les troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2) ou les troubles de l'humeur d'origine organique (F06.3).

2.5 Autres remarques concernant les analyses

Sauf indication contraire, les données se rapportent généralement à des personnes adultes. Les analyses fondées sur l'Enquête suisse sur la santé, sur le Panel suisse de ménages, sur la statistique médicale des hôpitaux et sur les données sentinella concernent des personnes de 15 ans ou plus. Pour la statistique médicale, il faut signaler que certains des indicateurs considérés proviennent des données complémentaires psychiatriques. Le relevé de ces données est facultatif pour les hôpitaux, et tous les établissements psychiatriques n'y participent pas. Le nombre d'observations, pour certaines analyses, est de ce fait nettement plus petit. En 2010, environ 60% des établissements psychiatriques ont fourni des données psychiatriques complémentaires. L'enquête auprès des cabinets de psychiatres du canton de Berne prend en considération les patients âgés de 18 ans ou plus. L'analyse des dossiers d'invalidité porte sur les bénéficiaires de rente AI en âge de travailler. Bien que ces deux dernières enquêtes s'appuient sur des échantillons de population relativement importants, quelques-unes de nos analyses détaillées se fondent sur un nombre restreint d'observations. Les données de l'index suisse des diagnostics (SDI) n'ont pas de limite d'âge. Toutes les analyses se rapportant à l'activité professionnelle considèrent les personnes âgées de 18 à 64 ans.

Les deux grandes enquêtes portant sur l'ensemble de la population suisse, l'ESS et le PSM, sont des enquêtes par échantillonnage réalisées auprès des ménages privés. Ces enquêtes sont relativement vastes. Elles conduisent cependant à une sous-estimation de la prévalence des symptômes dépressifs en Suisse car, d'une part, les personnes vivant dans des établissements médico-sociaux (notamment les foyers pour personnes âgées et les homes médicalisés) n'ont pas été interrogées et, d'autre part, certaines personnes présentant des symptômes dépressifs n'ont pas été en mesure ou n'ont pas accepté de participer à l'enquête (Schuler & Burla, 2012). Les ouvrages spécialisés confirment que ce sont justement les personnes souffrant de dépressions sévères qui sont

sous-représentées dans les enquêtes menées auprès de la population. Mais bien que les enquêtes de ce type sous-estiment la prévalence de la maladie, elles permettent de mettre en évidence d'importantes corrélations. Ce sont surtout les sources de données portant sur les patients traités qui permettent de couvrir la question des dépressions sévères.

Le présent rapport met l'accent sur les troubles de l'humeur de nature dépressive. Les troubles affectifs bipolaires, ou troubles maniaco-dépressifs, n'y sont pas analysés de façon détaillée.

Il n'est pas possible, dans le cadre de ce rapport, d'étudier toutes les relations possibles entre les données. Vu l'importance de l'impact économique des dépressions essentiellement par le biais de l'invalidité et de pertes de productivité - le présent rapport examine de façon un peu plus détaillée certains liens entre la dépression, la situation professionnelle et le cadre de travail – autrement dit les aspects handicapants des troubles dépressifs. En même temps, les liens à l'intérieur de certaines classes d'âge (enfants et adolescents, personnes âgées) seront analysés pour autant que l'on dispose de données pertinentes grâce aux enquêtes effectuées auprès de la population. La simple vue d'ensemble que propose la présente publication ne saurait se substituer à une analyse plus approfondie des troubles dépressifs qui touchent les enfants ou les personnes âgées, analyse qui devrait être effectuée ultérieurement, dans le cadre d'études plus poussées et plus ciblées qui pourraient prendre en compte d'autres sources de données plus spécifiques. Les données ici réunies constituent une première approche en vue d'études plus approfondies.

Il convient de noter enfin que le présent rapport ne traite pas de la question, pourtant importante, du suicide lié à des troubles dépressifs. C'est qu'il ne prend pas en compte la statistique des causes de décès, dans laquelle les diagnostics de dépression ne sont pas codés de manière fiable, ce qui amène à sous-estimer le taux de suicide pour cause de dépression.

3 Fréquence et répartition des symptômes dépressifs

Ce chapitre présente des données sur la fréquence des symptômes dépressifs (3.1) et sur leur répartition dans la population suisse selon différentes variables sociodémographiques: sexe (3.2), invalidité (3.4), âge (3.5), nationalité (3.6), formation (3.7), état civil (3.8), type de ménage (3.9), activité professionnelle (3.10) et lieu de résidence (3.11). Les analyses se fondent principalement sur les données pondérées de l'Enquête suisse sur la santé (ESS) et du Panel suisse de ménages (PSM). Le survol des dernières années (3.3) présente, outre des données épidémiologiques, des données sur la question de savoir si les troubles dépressifs ont globalement augmenté et s'ils ont augmenté comme cause d'invalidité.

Comme ce chapitre traite de la prévalence et des relations générales qu'on observe dans la population entre certaines variables sociodémographiques et les symptômes dépressifs, on s'appuiera presque exclusivement sur les résultats des deux enquêtes nationales. Dans les autres chapitres, qui sont davantage centrés sur des catégories particulières de la population (p. ex. patients, rentiers AI) et sur des problématiques spécifiques (p. ex. la comorbidité), on aura recours à des sources de données complémentaires.

Les données de l'ESS concernent d'une part la fréquence des symptômes dépressifs au cours des deux semaines précédant l'enquête, déterminée sur la base du «Depression Screening Questionnaire» (DSQ-10). Ce questionnaire recense dix symptômes dépressifs essentiels et permet une catégorisation cliniquement pertinente du degré de gravité: «pas de symptômes», «symptômes faibles», «symptômes moyens à sévères» (échelle dite «de Wittchen»; Wittchen & Perkonig, 1998, voir annexe).

Le deuxième indicateur de l'ESS que nous avons utilisé concerne la survenue au cours des douze derniers mois d'une dépression majeure établie au moyen d'un instrument diagnostic (CIDI-SF; voir annexe).

Les données du PSM concernent certains sentiments négatifs (abattement, désespoir, anxiété, état dépressif), dont la fréquence a été appréciée par les personnes interrogées sur une échelle de 0 («jamais») à 10 («toujours»). Dans nos analyses, ces valeurs ont été réparties en trois catégories: «rarement», «parfois» et «souvent». Cette catégorisation est arbitraire et a été rapprochée de la répartition fréquentielle des symptômes dépressifs dans l'ESS («échelle de Wittchen»). Par exemple, la part des sentiments négatifs éprouvés «souvent» est à peu près équivalente à celle des symptômes dépressifs «moyens à sévères» relevés dans l'ESS. Pour cette variable, la fréquence ne fournit en elle-même aucune information, mais l'étude de son évolution dans le temps (1999–2009) et sa mise en relation avec d'autres variables produit des données pertinentes.

3.1 Fréquence des symptômes dépressifs

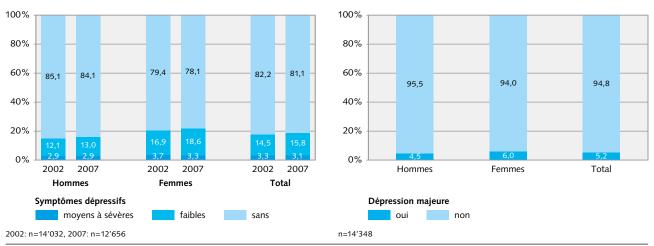
La prévalence ponctuelle des symptômes dépressifs sévères est de 3,1%, la prévalence annuelle des dépressions majeures de 5,2%, ce qui cadre bien avec les résultats des recherches épidémiologiques si l'on considère que les enquêtes nationales n'incluent pas les personnes qui vivent dans un établissement médico-social. Environ 20% de la population déclarent avoir éprouvé des symptômes dépressifs au cours des deux dernières semaines.

En 2007, 18,9% de la population suisse ont indiqué avoir présenté des symptômes dépressifs au cours des deux dernières semaines et 3,1% ont fait état de symptômes dépressifs pouvant être qualifiés de moyens à sévères, correspondant à une dépression d'une certaine gravité et nécessitant un traitement (Schuler & Burla, 2012; fig. 3.1, à gauche). Ces chiffres coïncident relativement bien avec la prévalence¹ des dépressions majeures dans la population adulte, estimée entre 2 et 4% selon la recherche épidémiologique (Kessler & Wang, 2009), et avec le taux général d'environ 20% de la population adulte qui, dans les enquêtes sur la santé, font état de symptômes dépressifs. Les chiffres de l'ESS sont du même ordre que ceux d'autres enquêtes sur la santé et ceux de la recherche épidémiologique.

Proportion de personnes atteintes à un moment donné ou pendant une période brève.

19% de la population présentent des symptômes dépressifs – 5% souffrent de dépression majeure, symptômes dépressifs au cours des 2 dernières semaines, 2002 et 2007 et dépression majeure au cours des 12 derniers mois, 2007

Fig. 3.1



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002/2007

© Obsan

Les chiffres sont à peu près les mêmes en 2007 pour ce qui est de la survenue d'une dépression majeure au cours des 12 mois précédant l'enquête (fig. 3.1, à droite): 5,2% de la population ont rempli temporairement ou durablement, au cours de l'année précédente, les critères diagnostiques d'une dépression majeure.

Ce chiffre est légèrement inférieur à la prévalence annuelle établie par la recherche épidémiologique, qui est de l'ordre de 6,5 à 7%. L'écart s'explique par le fait que les enquêtes ont été réalisées par écrit ou par téléphone auprès des ménages privés (à l'exclusion des personnes vivant dans un établissement médico-social). Compte tenu de ce fait, la prévalence annuelle qui ressort de l'ESS, de l'ordre de 5%, est relativement proche des résultats de la recherche épidémiologique. Ce pourcentage correspond à quelque 325'000 personnes de 15 ans ou plus ayant souffert en 2007, au moins de façon passagère, de symptômes dépressifs moyens à sévères.

3.2 Symptômes dépressifs plus fréquents chez les femmes

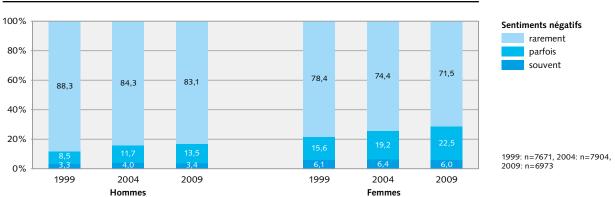
Les chiffres sont nettement plus élevés chez les femmes que chez les hommes, mais la différence tient essentiellement aux états dépressifs légers. Il n'y a presque pas de différence entre les sexes pour les symptômes dépressifs moyens à sévères

Les analyses montrent que les symptômes dépressifs touchent de manière générale plus fréquemment les femmes que les hommes. Dans l'ESS, les femmes font état de symptômes dépressifs plus fréquemment que les hommes, aussi bien en 2002 qu'en 2007 (resp. 20,6 et 21,9% chez les femmes contre 15,0 et 15,9 chez les hommes). Mais cette différence tient surtout aux symptômes dépressifs légers, dont la fréquence est plus élevée chez les femmes, et un peu moins aux symptômes

La dépressivité légère est particulièrement fréquente chez les femmes,

fréquence de la dépressivité selon le sexe, 1999, 2004 et 2009

Fig. 3.2



Source: FORS, Panel suisse de ménages 1999/2004/2009

© Obsan

moyens à sévères (fig. 3.1, à gauche). Ces derniers ne diffèrent que légèrement selon le sexe (2007: 3,3% chez les femmes, 2,9% chez les hommes).

Pour la dépression majeure, on constate une différence considérable entre les hommes et les femmes. La prévalence de la dépression majeure est de 25% plus élevée chez les femmes (6,0%) que chez les hommes (4,5%) (fig. 3, à droite).

Les données du PSM, comme les résultats de l'ESS sur la dépressivité en général – symptômes légers inclus –, font apparaître au fil des années un écart constant entre les hommes et les femmes (fig. 3.2). Les femmes font état près de deux fois plus souvent que les hommes d'une dépressivité forte ou légère. En 2009, environ 30% des femmes ont souffert au moins parfois de dépressivité.

La part des femmes qui éprouvent fréquemment des sentiments négatifs tels que l'abattement, le désespoir, l'anxiété ou la dépression était de 6% au moins en 1999, en 2004 et en 2009. Les chiffres concernant les hommes se situaient entre 3,3 et 4,0%. Cela reflète à peu près les résultats de l'ESS pour la dépression majeure.

La prévalence plus élevée des symptômes dépressifs chez les femmes est corroborée par l'épidémiologie psychiatrique. Les raisons de cette différence observée systématiquement dans diverses études épidémiologiques et dans différentes cultures ne sont pas tout à fait élucidées. Elles ne sont pas explicables par un facteur spécifique; il est généralement reconnu qu'elles tiennent à l'interaction de divers facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Dans l'analyse des différences entre les personnes avec et sans dépressivité (fig. 1.1), le sexe n'apparaît pas comme un critère de distinction significatif, ce qui tend à confirmer que les différences liées au sexe peuvent découler d'interactions dynamiques avec d'autres variables et n'être pas seulement déterminées par le sexe biologique.

3.3 La dépression est-elle en progression?

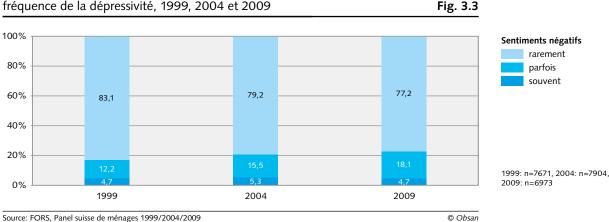
Au cours des dix dernières années, on observe une augmentation de la dépressivité auto-déclarée, mais qui tient sans doute à une évolution générale dans la manière de répondre au questionnaire d'enquête, évolution qui s'observe aussi dans d'autres domaines. De 1999 à 2009, la part des personnes disant ne «jamais» se sentir déprimées a diminué. Une évolution très semblable s'observe au cours des 15 dernières années dans l'appréciation que les gens portent sur leur état de santé général: la part de ceux qui estiment leur état de santé «très bon» a diminué. En moyenne, cependant, on n'observe pas pour la dépressivité et pour l'état de santé général de moins bons résultats aujourd'hui qu'hier.

L'analyse préalable des données du PSM indique, en plus des différences liées au sexe, une augmentation de la dépressivité entre 1999 et 2009. On peut dès lors se demander si les cas de dépression ont augmenté dans la population.

Les données de l'ESS démentent, au moins pour la période de 2002 à 2007, l'hypothèse fréquemment avancée d'une augmentation des cas de dépression ces dernières années (fig. 3.1). Si la part de la population manifestant de faibles symptômes a légèrement augmenté, passant de 14,5 à 15,8% entre 2002 et 2007, la part de celle souffrant de dépressions moyennes à sévères a légèrement diminué, passant de 3,3 à 3,1%. Les données du PSM entre 1999 et 2009 donnent une image similaire (fig. 3.3).

Au cours des dix dernières années, la part de la population éprouvant parfois des sentiments négatifs d'abattement, de désespoir, d'anxiété ou de dépression – ce que nous appelons «dépressivité» – a assez nettement augmenté, passant de 12,2 à 18,1%. Durant la même période, la part des personnes éprouvant souvent de tels sentiments est restée inchangée. Comme c'est

Progression des sentiments dépressifs légers, fréquence de la dépressivité, 1999, 2004 et 2009



LA DÉPRESSION DANS LA POPULATION SUISSE

probablement dans ce groupe plus fortement touché qu'on trouve les cas de dépressions cliniques, ces données ne confortent pas non plus l'hypothèse que les dépressions soient en augmentation.

Il peut être utile de présenter ici en détail les données du PSM. Si l'on considère l'évolution des différents degrés de l'échelle de fréquence de la dépressivité, on constate que la progression des cas de dépressivité légère au cours des dernières décennies est surtout imputable à la partie inférieure de l'échelle (fig. 3.4). La part des personnes qui n'éprouvent «jamais» de sentiments négatifs a diminué d'environ 15% depuis 1999 (passant de 40 à guelque 25%) au profit ce celles qui disent n'en éprouver «presque jamais» (valeurs 2 et 3 de l'échelle), dont la part a légèrement augmenté. La question de savoir s'il s'agit d'un réel changement, en ce sens que les personnes ne souffrant pas de sentiments négatifs seraient aujourd'hui moins nombreuses qu'il y a dix ans, reste ouverte. La figure montre en tout cas que le segment supérieur de l'échelle est demeuré remarquablement stable. On peut supposer que la perception des sentiments dépressifs, leur acceptation sociale et par conséquent les réponses données au questionnaire ont évolué.

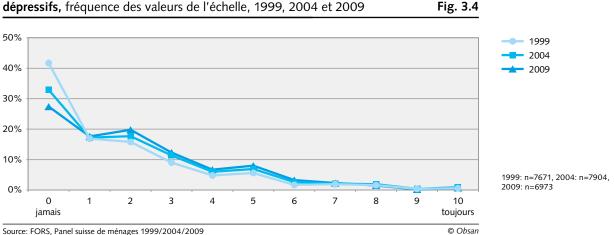
Les analyses selon le sexe et l'âge montrent (mais la chose n'est pas illustrée ici) que l'évolution qui s'est opérée dans l'auto-appréciation des sentiments négatifs (de «jamais» à «presque jamais») est particulièrement prononcée chez les hommes et, pour les deux sexes, chez les personnes de 65 ans et plus. Par exemple, la part des hommes de 65 ans et plus ne faisant état d'aucune dépressivité est passée de 65 à 40%, reculant ainsi d'un tiers.

Chez les adolescentes et adolescents de 15 à 19 ans, l'auto-appréciation n'a que peu changé ces dix dernières années. Par exemple, le pourcentage d'adolescentes ne faisant état d'aucun sentiment négatif, qui était déjà très faible en 1999 (28%), n'a diminué que de 8 points. Mais même parmi les jeunes, la part des personnes affichant une valeur moyenne à élevée sur l'échelle de la dépressivité n'a pas augmenté, ce qui infirme l'idée selon laquelle les jeunes de cette tranche d'âge souffriraient plus fréquemment de dépressivité.

Le glissement d'un état sans troubles vers un état avec troubles légers est un phénomène qui se manifeste non seulement dans les données sur les sentiments dépressifs, mais encore dans d'autres données sur l'état général, par exemple dans la perception subjective de l'état de santé général, telle qu'elle ressort de l'ESS et du PSM (fig. 3.5).

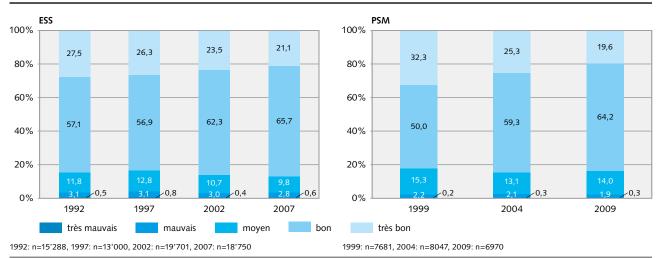
Les deux enquêtes concordent sur le fait que la part des personnes qui estiment être en très bonne santé a nettement diminué depuis 1992 (ESS) ou depuis 1999 (PSM). Non qu'il y ait aujourd'hui davantage de personnes qui jugent leur santé mauvaise, mais le nombre de personnes qui estiment leur santé «bonne» a augmenté aux dépens de celui des personnes qui la jugent «très bonne». La part des personnes estimant jouir d'un bon état de santé a augmenté de près de 10 points de pourcentage au cours des vingt dernières années selon l'ESS, et de près de 15 points de pourcentage au cours des dix dernières années selon le PSM. Une diminution s'observe non seulement dans le nombre de personnes ayant un très bon état de santé, mais également, quoique dans une faible mesure, de celles témoignant d'un mauvais

De moins en moins de personnes disent ne «jamais» avoir de sentiments dépressifs, fréquence des valeurs de l'échelle, 1999, 2004 et 2009



De moins en moins de personnes disent être en «très bonne» santé, état de santé subjectif, ESS 1992, 1997, 2002, 2007 et PSM 1999, 2004 et 2009

Fig. 3.5



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 1992/1997/2002/2007; FORS, Panel suisse de ménages 1999/2004/2009

© Obsan

état de santé. Quant au pourcentage de celles estimant que leur état de santé est très mauvais, il est resté stable dans les deux enquêtes.

À noter que, dans l'ESS par exemple, les troubles physiques déclarés n'ont pas diminué, ce qui veut dire que, subjectivement, l'état de santé général est perçu différemment d'il y a dix ou vingt ans, même si les troubles concrets dont les gens font état n'ont guère changé. Cette observation peut refléter – à l'instar des changements observés pour la dépressivité – des changements dans la façon dont les personnes apprécient leur état de santé: il est plus rare que la santé personnelle, physique ou psychique, soit perçue comme parfaitement bonne, mais il n'est pas pour autant plus fréquent qu'elle soit jugée mauvaise.

Même si une certaine sensibilisation et un changement de perception ont pu jouer un rôle ces dix dernières années, il ne faut pas en conclure que la dépressivité faible ou moyenne ne mérite pas d'être prise au sérieux. Les résultats indiquent bien une forte propagation de l'humeur dépressive dans la population.

3.4 L'invalidité chez les personnes dépressives a fortement augmenté

Contrairement aux symptômes dépressifs sévères, qui restent stables dans la population, les mises à l'invalidité pour cause de troubles affectifs ont nettement augmenté au cours des 25 dernières années. Il s'agit fréquemment de femmes élevant seules leurs enfants, de chômeurs âgés ayant de faibles chances sur le marché du travail et de personnes immigrées.

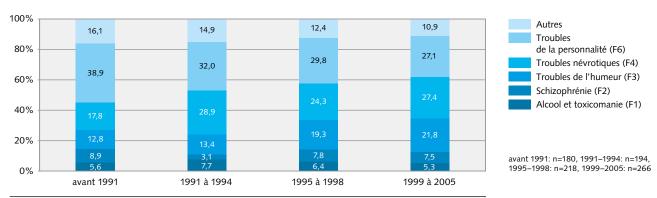
Même si les maladies dépressives n'ont pas progressé, on observe une hausse du nombre de personnes qui quittent le marché du travail parce qu'elles souffrent de troubles affectifs. La figure ci-après (fig. 3.6) montre la composition diagnostique des rentières et des rentiers AI déclarés invalides² entre 1991 et 2006 pour cause de «troubles psychogènes ou en réaction au milieu» (catégorie 646 du code de l'AI, qui comprend la plupart des troubles affectifs).

² Sont compris tous les bénéficiaires de rentes, non pas seulement les nouveaux bénéficiaires

Toujours plus de cas d'invalidité pour cause de troubles de l'humeur, fréquence des diagnostics menant à l'allocation d'une rente

selon l'époque de l'annonce à l'AI, 1993–2006





Source: Analyse de dossiers «Invalidité pour raisons psychiques», 1993-2006

© Obsan

Alors que quelque 5000 personnes ont été mises au bénéfice de l'Al pour ce type de troubles en 1986, elles ont été environ neuf fois plus nombreuses en 2006. Sur quelque 100'000 bénéficiaires de rentes Al pour cause de maladie psychique (sur un total d'environ 250'000 rentiers Al), environ la moitié le sont aujourd'hui au titre de troubles psychogènes, ce qui montre l'importance de cette cause d'invalidité psychiatrique.

La part des troubles affectifs dans les causes de mise à l'Al pour raisons psychiques n'a cessé d'augmenter au cours des deux dernières décennies, passant de moins de 13% avant 1991 à près de 22% durant la période de 1999 à 2005. À côté des troubles névrotiques (notamment des troubles somatoformes douloureux), les troubles affectifs sont ainsi la seule catégorie d'affections dont les taux ont nettement augmenté. Si l'on ne considérait que les nouvelles rentes allouées durant cette période, l'évolution apparaîtrait encore beaucoup plus marquée. Au cours des vingt dernières années, les troubles affectifs ont donc nettement augmenté non seulement en termes absolus (puisque les cas d'invalidité motivés par des troubles dits «psychogènes et en réaction au milieu» ont été multipliés par neuf entre 1986 et 2006), mais également en termes relatifs. La forte augmentation des nouveaux cas d'invalidité pour cause de troubles affectifs et de troubles névrotiques au cours des deux dernières décennies s'observe également dans d'autres pays industrialisés (OCDE, 2012). Les raisons de cette évolution ne sont pas complètement élucidées. Pour la Suisse, l'analyse des dossiers (Baer et al., 2009) montre que ce sont surtout les catégories de personnes suivantes qui ont vu leur part sensiblement augmenter parmi les bénéficiaires

de rentes AI: chômeurs suisses âgés ayant peu de chances de retrouver un emploi, femmes immigrées et femmes élevant seules leurs enfants. Dans toutes ces catégories de personnes, on observe de fréquentes mises à l'AI pour cause de maladie dépressive. C'est un fait à mettre en rapport avec la problématique de l'exclusion sociale.

Il s'avère que plus de 60% des personnes qui bénéficient d'une rente AI en raison de troubles psychogènes ont fait l'objet, à un moment ou à un autre de la procédure d'évaluation médicale de l'AI, d'un diagnostic de trouble affectif (61,8%). Chez ces bénéficiaires de rente, les troubles affectifs sont donc nettement les troubles le plus souvent diagnostiqués, même s'il ne s'agissait probablement pas de la raison principale de leur entrée à l'AI (presque tous les bénéficiaires d'une rente AI ont été examinés par plusieurs médecins et ont fait l'objet de plusieurs diagnostics). Globalement, 17% des personnes ont été déclarées invalides pour cause de troubles affectifs au cours des 25 dernières années. Pour d'autres caractéristiques diagnostiques des bénéficiaires de rentes AI souffrant de troubles affectifs, voir la fig. 4.14.

Comparées aux bénéficiaires d'une rente AI pour d'autres motifs psychiques, les personnes qui bénéficient d'une rente pour troubles affectifs ont – selon les dossiers médicaux – assez rarement souffert de problèmes importants dans les périodes précédentes de leur vie (par exemple négligence de leur entourage, violences subies ou parents souffrant d'une maladie psychique). D'un autre côté, on constate que les bénéficiaires d'une rente pour troubles affectifs, par rapport aux personnes mises à l'AI pour d'autres troubles, ont été exposées dans leur vie à une accumulation d'événements critiques (décès de

proches, séparations), mais aussi d'événements qui, quoique positifs (comme le mariage), ont exigé d'elles un gros effort d'adaptation. Que les événements critiques de l'existence jouent un rôle important dans la dépression est un fait bien connu. C'est particulièrement vrai pour les nouveaux cas, moins pour les épisodes dépressifs ultérieurs (voir la synthèse dans Hell, 2009).

3.5 Les symptômes dépressifs faibles sont fréquents chez les personnes âgées

Si les symptômes dépressifs moyens à sévères restent relativement stables au cours de la vie, les symptômes faibles et la dépressivité fréquente augmentent nettement à l'âge de la retraite. La répartition des symptômes dépressifs légers suit avec l'âge une courbe évasée en U.

La fréquence des symptômes dépressifs, relativement constante à l'adolescence et à l'âge adulte, augmente à partir de 65 ans (fig. 3.7).

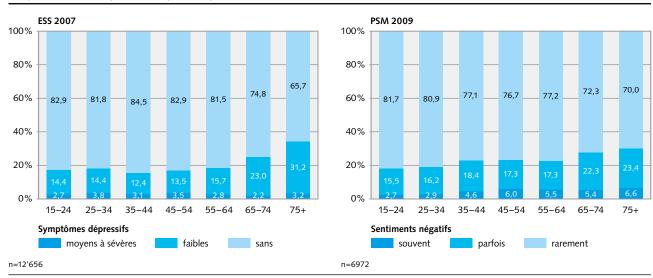
Il convient cependant de distinguer les symptômes faibles des symptômes sévères. L'échelle des symptômes dépressifs de l'ESS (fig. 3.7, à gauche) montre que la prévalence des symptômes faibles augmente sensible-

ment à l'âge de la retraite, tandis que celle des symptômes moyens à sévères est à peu près la même dans toutes les classes d'âge, qu'elle est même un peu plus faible dans la classe des 65–74 ans, et qu'elle n'augmente qu'à partir de 75 ans.

Les données du PSM – qui portent sur des états dépressifs moins précisément caractérisés - font également apparaître une nette progression des symptômes légers chez les personnes âgées, ainsi qu'une progression constante des symptômes dépressifs sévères au cours de la vie. Ces résultats montrent l'importance des dépressions légères et subcliniques, souvent minimisées par l'entourage, chez les personnes âgées. La dépression est, avec la démence, le trouble psychique le plus fréquent chez les personnes âgées, ce qui est dû à plusieurs facteurs: les facteurs purement biologiques, les expériences de perte qui se multiplient avec l'âge, mais aussi les troubles physiques de plus en plus nombreux (comorbidité, cf. 1.9), qui s'associent souvent à des troubles dépressifs (Stoppe, 2006). Quant aux personnes vivant dans des homes, qui ne sont pas prises en compte dans l'ESS ni dans le PSM, il est probable qu'un très grand nombre d'entre elles souffrent de troubles dépressifs entre 15 et 26% selon les estimations (DGPPN, 2012; Schuler & Burla, 2012).

Prévalence accrue de la dépressivité chez les personnes âgées, fréquence des symptômes dépressifs par classe d'âge, ESS 2007 et PSM 2009

Fig. 3.7



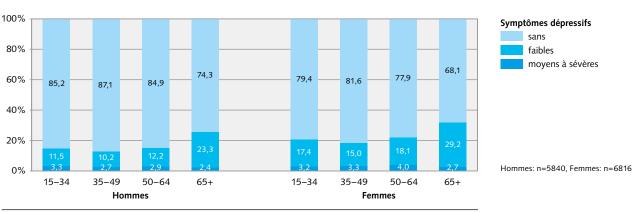
Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007; FORS, Panel suisse de ménages 2009

© Obsan

Symptômes dépressifs selon l'âge spécifiques au sexe,

fréquence des symptômes dépressifs selon l'âge et le sexe, 2007

Fig. 3.8



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

La répartition des symptômes dépressifs selon l'âge est assez semblable chez les deux sexes, mais les femmes sont plus touchées que les hommes à tous les âges (fig. 3.8).

Chez les hommes comme chez les femmes, la répartition des symptômes dépressifs suit avec l'âge une courbe en U. La prévalence des symptômes, y compris les symptômes sévères, est déjà relativement élevée chez les jeunes. Elle diminue ensuite légèrement, puis augmente à nouveau à partir de la cinquantième année. Chez les hommes, la fréquence des symptômes moyens à sévères est plus élevée dans la classe d'âge la plus jeune que dans toutes les autres classes d'âge. On peut considérer qu'environ un tiers des femmes de 65 ans et plus, et environ un quart des hommes, ont souffert au moins temporairement de symptômes dépressifs faibles à sévères au cours des deux semaines précédant l'enquête.

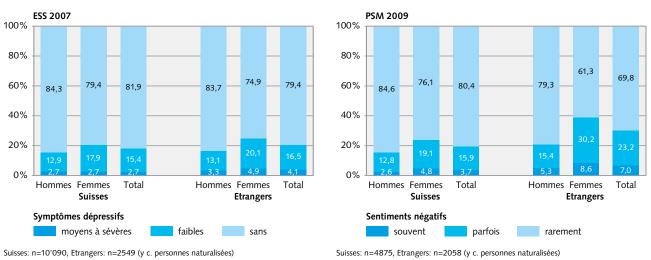
3.6 Facteurs d'augmentation de la dépressivité chez les personnes immigrées

Les étrangers et les personnes naturalisées présentent des taux de dépressivité plus élevés que les Suisses. Des différences s'observent aussi bien pour les symptômes légers que pour les symptômes plus sévères. Ces différences dépendent au moins en partie du niveau d'éducation. En effet, le taux accru de dépressivité chez les immigrés n'est pas lié seulement à l'immigration, mais aussi à l'appartenance sociale.

On observe un taux de dépressivité légèrement ou nettement plus élevé – selon la base de données – chez les étrangers et chez les personnes naturalisées que chez les Suisses (fig. 3.9).

Symptômes dépressifs sévères plus fréquents chez les étrangers, fréquence des symptômes selon la nationalité et le sexe, ESS 2007 et PSM 2009

Fig. 3.9

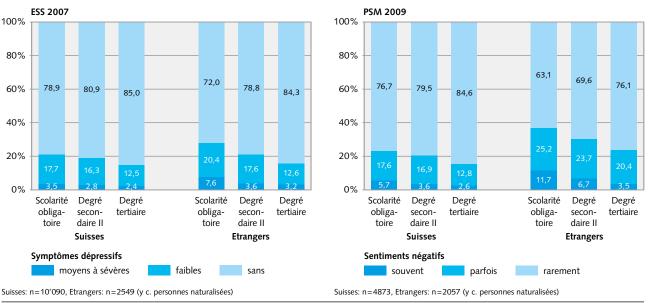


Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007; FORS, Panel suisse de ménages 2009

© Obsan

Dépressivité accrue surtout chez les personnes immigrées dont le niveau de formation est bas, fréquence des symptômes dépressifs selon la nationalité et le niveau de formation, ESS 2007 et PSM 2009

Fig. 3.10



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007; FORS, Panel suisse de ménages 2009

© Obsan

Dans l'ESS, les personnes immigrées font état plus fréquemment que les Suisses de symptômes dépressifs légers, mais surtout une part beaucoup plus importante d'entre elles souffrent de symptômes moyens à sévères. Cela vaut principalement pour les femmes immigrées, qui font état de symptômes dépressifs sévères (4,9%) presque deux fois plus fréquemment que les femmes suisses (2,7%).

Le PSM fait apparaître des différences encore plus marquées: ici, les femmes et les hommes immigrés font état d'une dépressivité sévère près de deux fois plus souvent que les femmes et les hommes suisses. Globalement, les étrangères se révèlent presque deux fois plus souvent touchées par la dépressivité (38,8%) que les étrangers (20,7%). S'il est probable, selon ces données, que les personnes immigrées sont (légèrement) plus touchées que les Suisses, c'est plus particulièrement le cas des femmes.

On peut s'interroger sur la raison de ces différences nettes – au moins selon le PSM – dans la fréquence de la dépressivité chez les Suisses et les étrangers. La figure suivante montre que le facteur déterminant n'est pas seulement le statut d'étranger mais le niveau de formation (fig. 3.10).

Si l'on considère la prévalence de la dépression ou de l'humeur dépressive selon le niveau de formation, on constate que l'écart entre les Suisses et les étrangers se réduit à mesure que le niveau de formation augmente. Parmi les personnes sans formation postobligatoire, les étrangers font état de symptômes dépressifs nettement plus souvent que les Suisses. On observe aussi parmi elles une part importante de personnes présentant une dépression cliniquement significative selon l'ESS (7,6%) ou un état dépressif marqué selon le PSM (11,7%). Parmi les personnes ayant achevé une formation au degré secondaire II, les différences sont déjà plus faibles et apparaissent surtout dans le PSM (dépressivité nette chez 6,7% des étrangers contre 3,6% des Suisses). Enfin, si l'on compare les personnes ayant achevé une formation au degré tertiaire, on ne constate presque aucune différence selon l'ESS et seulement des différences minimes selon le PSM.

Ces analyses montrent qu'il ne faut pas surestimer l'importance du statut d'étranger ou de la citoyenneté dans la propension à présenter des symptômes dépressifs. Globalement, les différences entre les Suisses et les immigrés semblent liées au moins en partie à la catégorie sociale et au niveau de formation. En tout cas, parmi les personnes dont le niveau de formation est élevé, les étrangers ne sont guère plus touchés par la dépressivité que les Suisses.

Reste que la conjonction du statut d'immigré et d'un bas niveau de formation semble déterminer une vulnérabilité accrue à la dépression. Le rapport dynamique entre statut d'immigré et déficit de formation – qui peut conduire à des facteurs de stress supplémentaires au travers notamment des activités professionnelles particulièrement pénibles offrant peu de marge décisionnelle et peu de débouchés professionnels – est en tout cas une

des principales raisons de la forte augmentation au cours des vingt dernières années des rentes d'invalidité allouées pour cause de troubles dits «psychogènes ou en réaction au milieu» (Baer et al., 2009).

3.7 Un faible niveau de formation est un facteur de risque de dépression

Il existe un lien net entre le niveau de formation et la proportion de personnes souffrant de symptômes dépressifs. L'impact d'un faible niveau de formation sur les symptômes dépressifs semble augmenter avec l'âge. Alors que chez les jeunes la dépressivité varie peu selon le niveau de formation, les différences sont considérables chez les personnes âgées.

Une différence marquée s'observe chez les personnes ayant un faible niveau de formation. Un niveau de formation bas est un facteur de risque connu en matière de maladies psychiques en général, mais plus particulièrement de troubles affectifs.

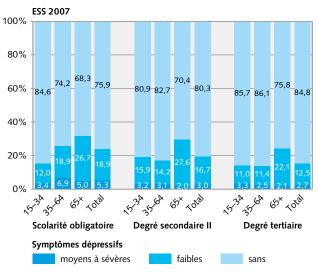
Les symptômes dépressifs liés à un bas niveau de formation sont de plus en plus marqués à mesure que l'âge augmente (fig. 3.11), indépendamment de la nationalité et du sexe. Alors que chez les jeunes adultes, la fréquence des symptômes dépressifs ne diffère que légèrement selon le niveau de formation, des écarts considérables s'observent entre les adultes d'âge moyen et, surtout, entre les personnes de 65 ans et plus. Selon

l'ESS, environ 7% des personnes de 35 à 64 ans sans formation postobligatoire souffrent de dépression clinique, contre 3,1% des personnes de niveau de formation moyen et 2,5% de celles dont le niveau de formation est élevé. Dans la population de 65 ans et plus, la dépression touche 5,3% des personnes dont le niveau de formation est bas, contre seulement 2,0% des personnes dont le niveau de formation est moyen et 2,1% de celles dont le niveau de formation est élevé.

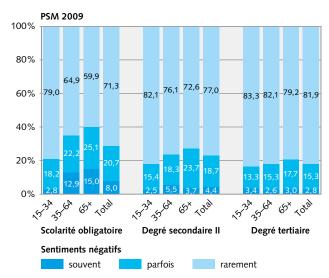
Les données du PSM confirment ces tendances de façon encore plus marquée: près de 13% des personnes d'âge moyen sans formation postobligatoire sont sujettes à une forte dépressivité. C'est environ deux fois plus que chez les personnes dont le niveau de formation est moyen (5,5%) et cinq fois plus que chez celles dont le niveau de formation est élevé (2,6%). Chez les plus de 65 ans, un bas niveau de formation est environ quatre fois plus souvent associé à une forte dépressivité (15,0%) que chez les personnes dont le niveau de formation est moyen (3,7%), et cinq fois plus souvent que chez les personnes dont le niveau de formation est élevé (3,0%). Cela semble indiquer que les facteurs de risque de la dépression ne sont pas les mêmes chez les jeunes et chez les personnes âgées. La dépression précoce (survenant avant l'âge de 35 ans) semble relativement indépendante du niveau de formation, tandis que les maladies dépressives chez les personnes d'âge moyen et chez les personnes âgées sont associées de près au déficit de formation et à ses conséquences.

Le déficit de formation, facteur de risque de dépression chez les personnes âgées, fréquence des symptômes dépressifs selon le niveau de formation et l'âge, ESS 2007 et PSM 2009

Fig. 3.11



Scolarité obligatoire: n=1286, degré secondaire II: n=7679, degré tertiaire: n=3691
Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007; FORS, Panel suisse de ménages 2009



Scolarité obligatoire: n=1354, degré secondaire II: n=3711, degré tertiaire: n=1907

3.8 Symptômes dépressifs fréquents après une séparation ou un divorce

L'analyse des données selon l'état civil fait apparaître les différences attendues: les personnes séparées ou divorcées et les personnes veuves présentent des taux de dépression plus élevés, qui pourraient être en partie un effet de l'âge. Les femmes mariées présentent des taux particulièrement bas. Chez les hommes, les taux sont bas aussi bien chez les personnes mariées que chez les célibataires. D'une manière générale, il semble que l'existence d'une relation stable, ou la perte d'une telle relation, jouent un rôle déterminant.

D'autres liens, bien connus de la recherche épidémiologique, existent entre la dépression et les relations de partenariat ou l'état civil. Ces liens sont mis en évidence par les résultats de l'ESS et du PSM. Par exemple, les données de l'ESS montrent que le fait d'être marié ou de vivre en situation de partenariat enregistré va de pair avec une fréquence des symptômes dépressifs notablement plus faible que chez les personnes séparées, divorcées ou veuves (fig. 3.12).

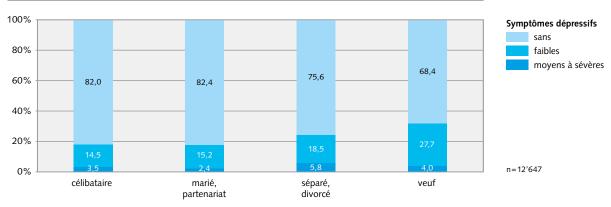
Si les célibataires ne présentent pas plus fréquemment des symptômes dépressifs légers que les personnes mariées, ils manifestent en revanche plus souvent des symptômes moyens à sévères (3,5% contre 2,4%). Les symptômes sévères sont particulièrement fréquents après une séparation ou un divorce (5,8%). Chez les personnes veuves, on remarque une fréquence assez marquée de symptômes dépressifs légers (27,7%), ce qui est lié à l'âge. Les personnes d'un certain âge sont plus souvent veuves et font aussi état plus souvent que les autres d'une dépressivité légère. Le taux élevé de symptômes dépressifs moyens à sévères chez les personnes divorcées ou séparées pourrait

renvoyer au rôle connu des expériences de séparation et de deuil dans le déclenchement des maladies dépressives et/ou au stress d'une relation où l'un des partenaires présente des symptômes dépressifs.

Si l'on considère le rapport entre la dépressivité et l'état civil chez les hommes et les femmes (fig. 3.13), il apparaît que les femmes mariées se distinguent assez peu des hommes mariés en termes de symptomatique dépressive - malgré le fait connu que la prévalence de la dépression est nettement plus prononcée chez les femmes. Dans l'ensemble, le pourcentage le plus élevé de symptômes dépressifs sévères s'observe finalement chez les hommes séparés ou divorcés (6,4%), et le taux le plus faible chez les hommes mariés (2,0%). À noter que la prévalence minime des symptômes dépressifs chez les veufs ne permet de tirer aucune conclusion vu le faible nombre d'observations (n=5). Chez les hommes vivant séparés, le taux des symptômes dépressifs sévères est trois fois plus élevé que chez les hommes vivant en couple. Il semble donc que cette différence de situation soit plus difficile à supporter pour les hommes puisque, chez les femmes, le taux des symptômes dépressifs sévères après séparation ou divorce est «seulement» deux fois plus élevé que chez les femmes vivant en couple.

Bien que le mariage et le partenariat puisse aussi être une source de stress, une liaison stable va de pair avec un taux de dépression relativement faible, surtout chez les femmes, tandis que chez les hommes, d'une manière générale, le célibat est lui aussi associé à une fréquence moins élevée des symptômes dépressifs. Par ailleurs, les personnes célibataires s'avèrent moins sujettes à la dépression que les personnes divorcées ou séparées, ce qui peut tenir au caractère particulièrement pénible des

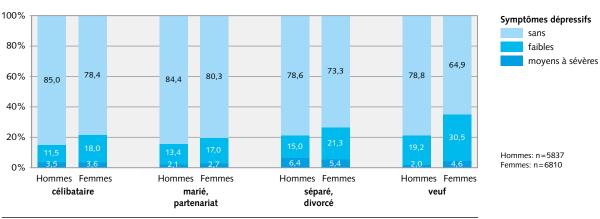
Prévalence des symptômes dépressifs inférieure chez les personnes mariées, fréquence des symptômes dépressifs selon l'état civil, 2007 Fig. 3.12



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

Moins de différences entre les sexes chez les personnes mariées, fréquence des symptômes dépressifs selon l'état civil et le sexe, 2007





Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

expériences de perte. Là encore, plusieurs liens de cause à effet sont plausibles, et parfois avérés: il se peut que les troubles dépressifs pèsent à tel point sur la relation que celle-ci s'en trouve finalement compromise, ou que l'expérience de la séparation induise des troubles dépressifs, ou encore que la séparation et la dépression soient toutes deux déterminées par un autre facteur (par exemple par une maladie physique chronique ou des problèmes sociaux).

3.9 Dépressivité plus fréquente chez les personnes vivant seules ou élevant seules des enfants

Les liens qu'on a observés entre les symptômes dépressifs et l'état civil se retrouvent lorsque l'on considère la taille et la forme des ménages: les personnes vivant seules se plaignent plus souvent de symptômes dépressifs que les autres. Cela vaut également pour les femmes qui élèvent seules leurs enfants. Les différences les plus nettes au détriment des femmes s'observent chez les couples avec enfants, ce qui semble indiquer que les femmes sont soumises à un stress particulier dans le cadre de la famille.

L'état civil ne permet pas de savoir avec certitude si les personnes qui ont un partenaire vivent en couple ni si elles sont liées par un partenariat. Deux autres indicateurs de l'ESS, la taille du ménage et le type de ménage, fournissent à cet égard des informations complémentaires.

L'ESS et le PSM permettent l'une et l'autre de déterminer la fréquence de la dépression et de la dépressivité selon la taille du ménage (fig. 3.14).

La fréquence des symptômes dépressifs diminue globalement quand la taille du ménage augmente, et ce dans les deux enquêtes. Dans l'ESS, les personnes vivant seules présentent les plus forts pourcentages non seulement pour les symptômes dépressifs légers, mais encore pour les symptômes cliniques (4,5%). Selon le PSM, la prévalence des sentiments dépressifs, relativement forte chez les personnes vivant seules (30,0%), diminue quand la taille du ménage augmente. Elle n'est plus que de 19,0% dans les ménages de quatre personnes ou plus. Chez les personnes vivant seules, le taux de dépressivité sévère est environ deux fois plus élevé que chez les personnes vivant à plusieurs dans un même ménage.

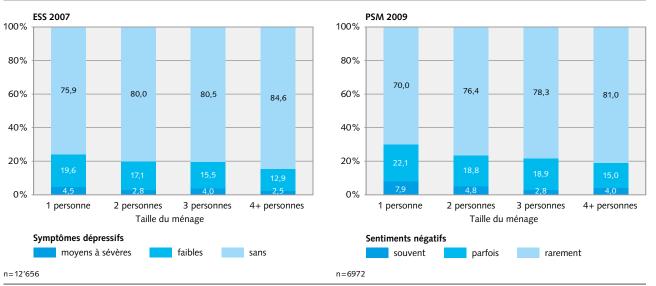
Si l'on considère, pour chaque sexe, le type de ménage des personnes interrogées, on constate que l'absence totale de symptômes est particulièrement rare chez les femmes élevant seules leurs enfants (fig. 3.15), mais aussi chez celles qui vivent seules et sans enfant. Cela traduit le fait que les personnes élevant seules leurs enfants sont exposées à un risque accru de troubles psychiques. Les moins touchés par la dépressivité sont les hommes vivant en couple avec enfants: par rapport aux hommes qui élèvent seuls leurs enfants (21,8%), on observe chez eux une part nettement moins élevée de personnes avec symptômes (env. 13%).

D'une manière générale, la fréquence des symptômes dépressifs est d'environ 50% plus élevée chez les personnes élevant seules leurs enfants que chez celles qui élèvent leurs enfants avec un partenaire. Les hommes sont moins souvent que les femmes en situation d'élever seuls leurs enfants (le nombre d'observations restant toutefois suffisant pour nos analyses), mais une fois dans cette situation, ils sont aussi davantage sujets à la dépressivité.

Les personnes seules font plus souvent état de symptômes dépressifs,

fréquence des symptômes dépressifs selon la taille du ménage, ESS 2007 et PSM 2009

Fig. 3.14



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007; FORS, Panel suisse de ménages 2009

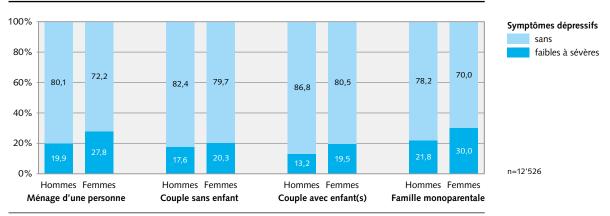
© Obsan

C'est dans les couples sans enfants qu'on observe le moins de différence entre les sexes, même si les femmes présentent un taux de dépressivité plus important que les hommes. Et c'est dans les couples avec enfants que la différence est la plus marquée, les femmes présentant un taux nettement plus élevé de symptômes dépressifs que les hommes. Le passage de la vie de couple à la vie de famille s'accompagne peut-être plus souvent chez les femmes que chez les hommes d'un surcroît de charges et de privations (perte de statut, renonciation à l'activité professionnelle, rétrécissement des contacts sociaux entre adultes), d'où une augmentation de la dépressivité.

Des études ont montré que les femmes souffrent plus souvent que les hommes d'un stress chronique dans les relations interpersonnelles et que ce stress constitue un facteur de risque de maladie dépressive (voir synthèse dans Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009). Enfin, les personnes élevant seules leurs enfants présentent également un risque accru d'invalidité pour troubles dépressifs: au moment de s'annoncer à l'Al, les personnes entrées à l'Al pour cause de troubles affectifs sont, plus souvent que les personnes entrées pour d'autres raisons psychiatriques, des personnes élevant seules leurs enfants (Baer et al., 2009).

Les femmes seules ou élevant seules leurs enfants sont particulièrement touchées par des symptômes dépressifs, fréquence des symptômes dépressifs selon le type de ménage et le sexe, 2007

Fig. 3.15



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

3.10 Prévalence élevée de la dépression chez les personnes sans emploi

Le chômage va de pair avec une dépressivité nettement plus marquée et, inversement, les personnes qui présentent des symptômes dépressifs sont plus fréquemment sans emploi. La part des personnes dépressives est dix fois plus élevée chez les sans-emploi que chez les personnes travaillant à plein temps. Cela montre l'importance considérable du statut professionnel pour la santé psychique.

Des liens nombreux et importants s'observent entre la dépression et l'activité professionnelle (OCDE, 2012; Schuler & Burla, 2012). Les maladies dépressives sont l'une des causes les plus fréquentes de problèmes liés au travail, de perte d'emploi et d'invalidité. Inversement, le chômage, l'insécurité de l'emploi ou des conditions de travail défavorables sont parmi les plus importants facteurs de risque de maladie dépressive. Les coûts professionnels des maladies dépressives font de la dépression une des maladies ayant le plus de répercussions sur le plan économique.

Les enquêtes nationales mettent en évidence ces corrélations. Les données de l'ESS (fig. 3.16) montrent que les personnes sans emploi souffrent de dépression clinique deux fois plus fréquemment (5,9%) que les personnes actives occupées (2,7%) et qu'elles font également plus souvent état de symptômes dépressifs légers (18,4 contre 12,9%).

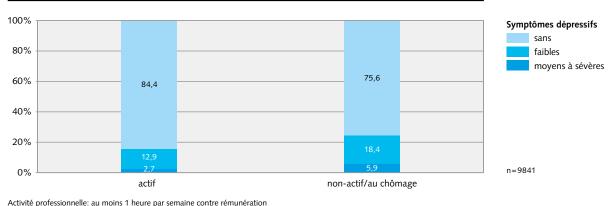
L'analyse par classe d'âge montre que plus l'âge augmente (jusqu'à l'âge de 54 ans), plus le chômage s'accompagne de dépressions (fig. 3.17). Chez les jeunes,

le chômage n'est associé que dans une moindre mesure à une élévation du taux de dépression (symptômes moyens à sévères). Cela s'explique notamment par le fait que chez les jeunes le chômage n'est pas forcément un problème; il peut signifier simplement que la personne est encore en formation. Par contre, dans la classe des 25 à 34 ans, la fréquence de la dépression est plus élevée parmi les personnes sans emploi (5,1%) et continue ensuite d'augmenter avec l'âge. La part des personnes dépressives est de 8,2% chez les sans-emploi de 35 à 44 ans, et 11,1% chez ceux de 45 à 54 ans.

Cela signifie qu'à l'âge où la plus grande partie de la population s'est établie et exerce une activité professionnelle, le chômage expose à un risque très élevé de dépression. Des symptômes dépressifs s'observent chez 35,5% des personnes sans emploi de 45 à 54 ans. La part des personnes souffrant de symptômes dépressifs moyens à sévères est plus de quatre fois supérieure dans cette population (11,1%) que chez les personnes actives occupées (2,6%). Le taux très élevé de troubles dépressifs légers dans cette classe d'âge ne doit pas non plus être négligé, eu égard au risque d'invalidité. Les personnes d'âge moyen souffrant de troubles dépressifs et ne disposant que de chances réduites sur le marché de l'emploi représentent l'une des catégories qui, au cours des 20 dernières années, a le plus contribué à l'augmentation du nombre de rentes d'invalidité allouées pour raisons psychogènes (Baer et al., 2009).

Les données du PSM confirment la corrélation marquée entre activité professionnelle et dépressivité (fig. 3.18). Alors que 2,6% des personnes exerçant une activité

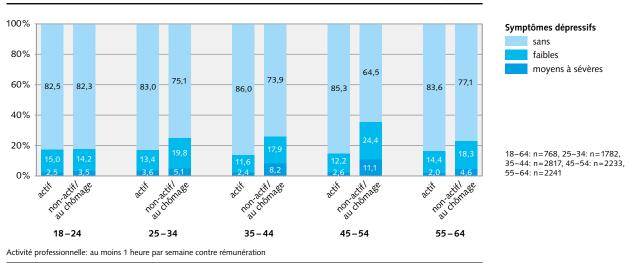
Les sans-emploi présentent plus souvent des symptômes dépressifs que les actifs, fréquence des symptômes dépressifs selon le statut d'activité, 2007 Fig. 3.16



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007 (âge: 18–64 ans)

Prévalence des symptômes dépressifs élevée chez les sans-emploi d'âge moyen, fréquence des symptômes dépressifs selon l'âge et le statut d'activité, 2007





Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007 (âge: 18-64 ans)

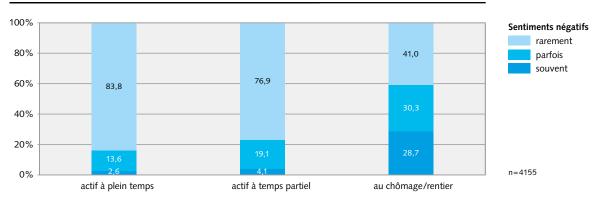
© Obsan

professionnelle à plein temps souffrent de dépressivité sévère, la proportion est plus de dix fois supérieure chez les personnes sans emploi (28,7%). Dans l'ensemble, seule une minorité (41,0%) des personnes sans emploi ou invalides disent ressentir rarement des sentiments négatifs tels que l'abattement, le désespoir, l'anxiété ou la dépression (contre 83,8% chez les personnes actives occupées). Même si les personnes sans emploi et les rentiers AI représentent un groupe de population relativement restreint, on ne saurait ignorer l'importance de ces problèmes psychologiques.

La figure suivante (fig. 3.19) montre, sur la base des mêmes données de l'ESS, le taux d'activité en fonction de la symptomatique dépressive.

Taux de dépressivité sévère dix fois plus élevé chez les sans-emploi, fréquence des symptômes dépressifs selon le statut d'activité, 2009

Fig. 3.18

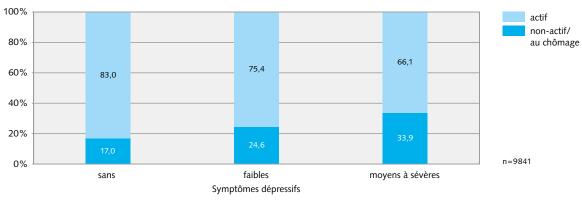


Actif à plein temps: au moins 37 heures de travail hebdomadaire, actif à temps partiel: 5 à 36 heures de travail hebdomadaire

Source: FORS, Panel suisse de ménages 2009 (âge: 18-64 ans)

Les personnes présentant des symptômes dépressifs sont fréquemment sans emploi, statut d'activité selon les symptômes dépressifs, 2007

Fig. 3.19



Activité professionnelle: au moins 1 heure par semaine contre rémunération

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007 (âge: 18-64 ans)

© Ohsan

Après avoir constaté que le chômage va de pair avec des symptômes dépressifs plus fréquents, nous observons ici que le chômage augmente nettement à mesure que la dépressivité augmente. La proportion d'actifs occupés est très élevée chez les personnes sans symptômes. Elle baisse de 8 points chez les personnes souffrant de symptômes dépressifs légers et encore de 9 points chez celles présentant des symptômes dépressifs sévères. Le taux d'activité est donc beaucoup plus faible chez les personnes souffrant de dépressivité sévère.

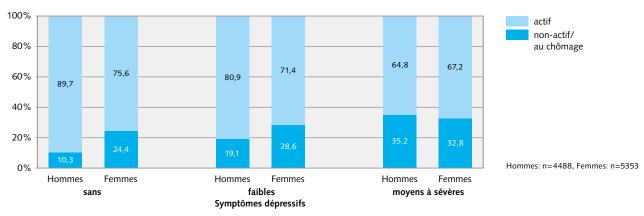
Les rapports entre dépression et emploi diffèrent selon le sexe (fig. 3.20). Chez les femmes, qui ont un taux d'activité généralement plus faible que les hommes, la part des personnes sans emploi augmente de 4 points chaque fois qu'on passe d'une catégorie de personnes moins touchée à une catégorie de personnes plus touchée par la dépression. Chez les hommes, la part des sans-emplois double quasiment à chaque passage d'une catégorie à l'autre: elle est de 10% chez les hommes sans symptômes dépressifs, de près de 20% chez ceux qui présentent des symptômes faibles, et de 35% environ chez ceux qui présentent des symptômes moyens à sévères.

Cela signifie que les symptômes dépressifs cliniques annulent la différence qui s'observe habituellement dans le taux d'activité des hommes et des femmes. Les hommes souffrant de symptômes sévères sont même

La dépressivité augmente le risque de chômage surtout chez les hommes,

statut d'activité selon les symptômes dépressifs et le sexe, 2007





Activité professionnelle: au moins 1 heure par semaine contre rémunération

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007 (âge: 18-64 ans)

plus souvent sans emploi que les femmes souffrant des mêmes symptômes. Il est possible que le sexe joue un rôle moins important quand la gravité de la dépression augmente. On pourrait penser que l'explication réside dans le fait que le chômage est plus souvent une cause de dépressivité chez les hommes que chez les femmes, mais la chose n'a pas été démontrée avec certitude. En tout cas, la relation entre chômage et dépression est particulièrement forte chez les hommes.

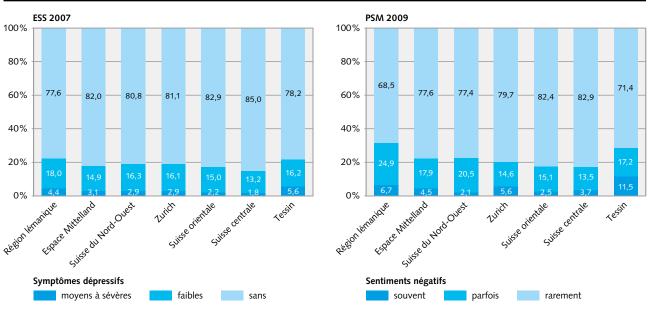
3.11 Différences régionales de la prévalence de la dépression

La fréquence des symptômes dépressifs dans la population varie selon les régions. Le canton du Tessin constitue à cet égard un cas particulier: les Tessinoises et les Tessinois disent beaucoup plus souvent que les habitants des autres régions souffrir de symptômes dépressifs. En même temps, le canton du Tessin présente de loin le taux de suicide le plus bas de Suisse.

L'ESS ne fait apparaître que peu de différences entre les zones rurales et urbaines quant à la fréquence des symptômes dépressifs dans la population (la prévalence des symptômes est de 17,1% dans les zones rurales et de 19,6% dans les zones urbaines). Il existe toutefois des différences entre les grandes régions (fig. 3.21).

Dépressivité plus fréquente en Suisse romande et en Suisse italienne, fréquence des symptômes dépressifs par grande région, ESS 2007 et PSM 2009

Fig. 3.21



Région lémanique: n=2285, Espace Mittelland: n=3340, Suisse du Nord-Ouest: n=1361, Zurich: n=1669, Suisse orientale: n=1395, Suisse centrale: n=650, Tessin: n=956

Région lémanique: n=1278, Espace Mittelland: n=1609, Suisse du Nord-Ouest: n=946, Zurich: n=1223, Suisse orientale: n=973, Suisse centrale: n=683, Tessin: n=262

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007; FORS, Panel suisse de ménages 2009

Les taux les plus élevés de symptômes dépressifs s'observent, selon les deux enquêtes, dans la Région lémanique et au Tessin. Selon l'ESS, 22,4% des personnes domiciliées dans la Région lémanique et 21,8% de celles qui habitent au Tessin font état de symptômes dépressifs, soit environ 45% de plus qu'en Suisse centrale (15,0%).

Le PSM aboutit au même résultat, quoique encore plus marqué: la part des personnes faisant état de sentiments dépressifs est d'environ 75% plus élevée en Région lémanique (31,6%) et au Tessin (28,7%) qu'en Suisse centrale (17,2%).

Des disparités régionales s'observent non seulement pour les symptômes dépressifs dans leur ensemble, mais plus spécialement encore pour les symptômes dépressifs sévères, dont le taux est nettement plus élevé de dans la Région lémanique, et plus encore au Tessin.

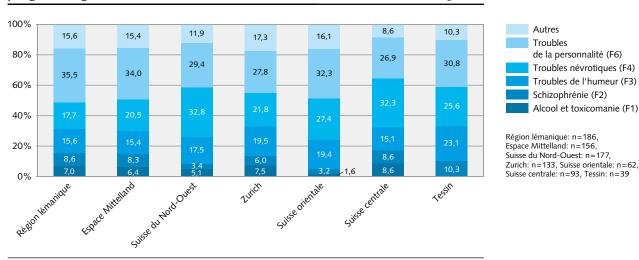
Le pourcentage élevé de personnes souffrant de symptômes dépressifs au Tessin s'observe également dans le pourcentage de rentes AI qui y sont allouées pour cause de troubles psychogènes (fig. 3.22).

Le pourcentage de bénéficiaires de rente Al pour cause de troubles affectifs est nettement plus élevé au Tessin que dans toutes les autres grandes régions. Même si ce résultat est basé sur un échantillon représentatif, il doit être interprété avec prudence, le nombre d'observations étant relativement faible pour le Tessin (n=39). Il est remarquable que le Tessin, qui présente les pourcentages parmi les plus élevés de personnes avec symptômes dépressifs et le pourcentage le plus élevé de personnes invalides pour cause de troubles affectifs, présente par ailleurs le taux de suicide le plus bas de Suisse. Globalement, la répartition des diagnostics ayant abouti à l'allocation d'une rente est un peu inégale entre les grandes régions, ce qui pourrait indiquer que les diagnostics sont sujets à certaines «préférences» régionales. Il est néanmoins pensable que les dépressions jouent un rôle particulier au Tessin, qu'il s'agisse d'une prévalence «réelle» ou d'une prévalence «perçue».

Les troubles de l'humeur sont une cause fréquente d'invalidité au Tessin,

fréquence des diagnostics psychiatriques ouvrant une rente Al par grande région, 1993–2006

Fig. 3.22



Source: Analyse de dossiers «Invalidité pour raisons psychiques», 1993-2006

4 Comorbidité et comportements en matière de santé

Les maladies dépressives et les symptômes dépressifs plus légers sont souvent associés à d'autres troubles et maladies psychiatriques ou somatiques. La concomitance de plusieurs maladies (ou comorbidité) est l'un des principaux facteurs déterminants de l'apparition de troubles dépressifs, de leur évolution défavorable et de leurs suites handicapantes.

À partir des données issues des enquêtes auprès de la population, de la statistique médicale des hôpitaux, de l'enquête auprès des cabinets psychiatriques du canton de Berne et de l'analyse des dossiers d'invalidité AI, nous présenterons ici des résultats sur la comorbidité des symptômes dépressifs avec des troubles/maladies somatiques (4.1) et sur les conséquences handicapantes de ces comorbidités somatiques (4.2). Ensuite, la comorbidité de la dépression avec d'autres troubles psychiques sera abordée (4.3) et les résultats au sujet des conséquences handicapantes de ces comorbidités psychiatriques seront présentées (4.4). Enfin, nous examinerons quelques aspects de l'hygiène de vie des personnes dépressives (4.5).

4.1 Comorbidité de la dépression avec des maladies ou troubles physiques

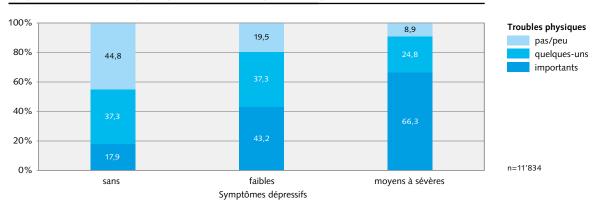
Les symptômes dépressifs sévères vont presque toujours de pair (dans plus de 90% des cas) avec des troubles physiques. Les maux de dos et les troubles du sommeil sont particulièrement fréquents. Seule la moitié environ de la population ne souffre ni de symptômes dépressifs, ni de troubles physiques de ce genre. Des troubles de l'humeur sont diagnostiqués chez environ 3% des personnes hospitalisées pour un diagnostic somatique, et le pourcentage est plus élevé chez les personnes souffrant de maladies endocriniennes, du métabolisme ou du système nerveux et chez les victimes de lésions traumatiques ou d'empoisonnement. Chez ces dernières, les tentatives de suicide jouent également un rôle.

Les symptômes dépressifs marqués se conjuguent généralement avec des troubles physiques (fig. 4.1). Deux tiers des personnes souffrant de symptômes moyens à sévères se plaignent également de troubles physiques importants, tandis qu'un quart d'entre elles font mention de quelques troubles physiques. L'expression «troubles physiques», utilisée ici dans un sens générique, se rapporte

Les personnes présentant des symptômes dépressifs souffrent presque toujours de troubles physiques,

fréquence des troubles physiques selon les symptômes dépressifs, 2007

Fig. 4.1



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

à plusieurs sortes de troubles³ (Schuler & Burla, 2012). Seulement 8,9% des personnes qui souffrent de symptômes dépressifs moyens à sévères sont préservées de tout problème physique. Et même les personnes souffrant de symptômes dépressifs légers ne sont pas moins de 43,2% à souffrir également d'importants troubles physiques. Le taux est bien plus faible chez les personnes ne présentant aucun symptôme dépressif, qui ne sont que 17,9% à souffrir de troubles physiques. Dans quelle mesure ces liens sont-ils «réels» et objectifs? Dans quelle mesure résultent-ils d'une image de soi déformée ou de sensations physiques altérées par la dépression? Autrement dit, y a-t-il un rapport de causalité direct entre les symptômes dépressifs et la santé physique? Cela n'est pas clair. Mais il ne fait aucun doute qu'un rapport existe, que les troubles physiques sont ressentis comme tels, et qu'ils se traduisent par des handicaps bien concrets (chap. 4.2).

Si les femmes sont davantage que les hommes sujettes aux maladies dépressives, il en est de même pour la comorbidité (fig. 4.2). Parmi les femmes souffrant d'au moins un symptôme de dépression, 52,9% sont également touchées par des troubles physiques importants alors que seuls 39,1% des hommes sont dans cette situation. En revanche, les personnes ne présentant pas de symptôme dépressif sont beaucoup moins atteintes (environ la moitié des femmes et deux tiers des hommes). On voit donc que même en appliquant un large critère d'inclusion (au moins un symptôme de dépression, par opposition à aucun), on parvient à identifier des catégories de personnes particulièrement sujettes aux troubles physiques.

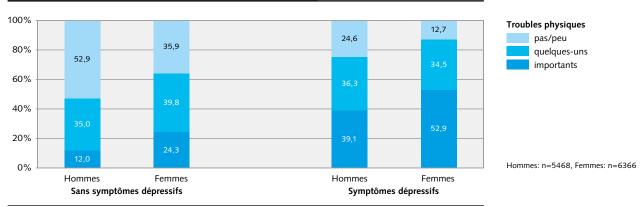
Les maux de dos sont parmi les troubles le plus souvent associés à des symptômes dépressifs (fig. 4.3). Si l'on considère des troubles somatiques spécifiques, les données du PSM montrent que plus de deux tiers des personnes atteintes de dépressivité sévère souffrent également de maux de dos. Pas moins de 60% des personnes atteintes de dépressivité légère souffrent également d'au moins quelques maux de dos.

Ce constat est important dans la mesure où les handicaps provoqués par une combinaison de troubles psychiques légers et de douleurs physiques sont plus importants que ceux provoqués par des troubles psychiques sévères sans comorbidité (OCDE, 2012). La concomitance de symptômes dépressifs subcliniques et de maux de dos est souvent constatée chez les personnes souffrant de troubles somatoformes, catégorie de personnes particulièrement menacée par le risque d'invalidité (Baer et al., 2009).

Les troubles du sommeil sont une autre caractéristique très commune aux maladies dépressives (ainsi qu'aux troubles anxieux) et ils peuvent être le symptôme d'une dépression. La prévalence des troubles sévères du sommeil augmente de façon très claire avec l'augmentation de la dépressivité, jusqu'à plus de 6 fois par rapport aux personnes ne souffrant pas de dépressivité (fig. 4.4). Alors que 5,8% seulement des personnes non dépressives souffrent de troubles sévères du sommeil, le taux est de 37,7% chez celles qui souffrent de dépressivité sévère.

Les femmes plus souvent sujettes à la comorbidité, prévalence des troubles physiques par sexe selon la présence ou non d'au moins un symptôme dépressif, 2007



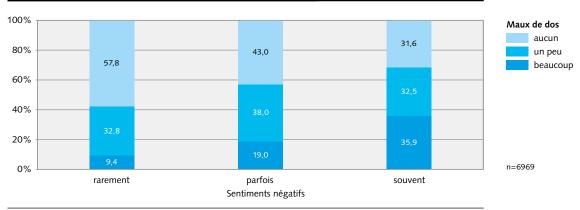


Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

Maux de dos, faiblesse/lassitude, maux de ventre, diarrhée/constipation, troubles du sommeil, maux de tête, troubles cardiaques, douleurs dans la poitrine.

Les maux de dos sont particulièrement fréquents chez les personnes éprouvant des sentiments dépressifs, prévalence des dorsalgies selon la dépressivité, 2009

Fig. 4.3

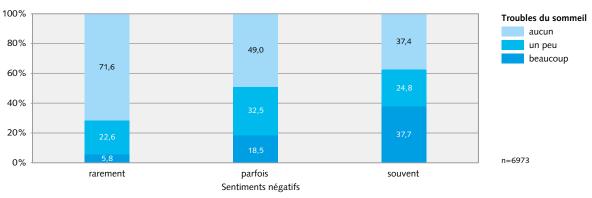


Source: FORS, Panel suisse de ménages 2009

© Obsan

Les troubles sévères du sommeil sont très rares chez les personnes non dépressives, prévalence des troubles du sommeil selon la dépressivité, 2009

Fig. 4.4



Source: FORS, Panel suisse de ménages 2009

© Obsan

Les troubles du sommeil sont non seulement un symptôme significatif de la dépression, mais également un facteur de risque pouvant, en soi, entraîner des handicaps (Sivertsen et al., 2006). Les troubles du sommeil accroissent le risque d'être plus tard à l'invalidité. Dans près de la moitié des cas, l'évolution vers l'invalidité s'explique par une dépression sous-jacente ou par des troubles anxieux; pour l'autre moitié, les troubles du sommeil en sont la cause directe. Dans une perspective de prévention de l'invalidité, la combinaison de la dépression et des troubles du sommeil est à prendre tout particulièrement en considération.

Les données de l'ESS corroborent ces rapports d'interdépendance. Le tableau ci-après montre la prévalence de divers troubles physiques (tous degrés de gravité confondus) en fonction de l'importance des symptômes dépressifs (tab. 4.1).

Retenons sommairement que les maux de dos, les sensations de faiblesse, les troubles du sommeil et les maux de tête touchent à peu près un tiers des personnes non dépressives. Ils touchent environ 50% des personnes se plaignant de dépressivité légère et environ deux tiers de celles souffrant de symptômes dépressifs cliniques. Des sensations de faiblesse sont éprouvées par 80,9% des personnes souffrant de symptômes dépressifs sévères. Il n'est pas surprenant que la prévalence des sensations de faiblesse soit si importante puisque le manque d'énergie est l'un des symptômes principaux de la dépression.

De façon générale, les maux de ventre, la diarrhée et la constipation sont des troubles moins fréquents. Leur prévalence est également fonction du degré de dépressivité: ils touchent 15% des personnes non dépressives, 25% de celles manifestant des symptômes légers et 40% de celles souffrant de symptômes dépressifs sévères. Les troubles plus rares que sont l'irrégularité cardiaque ou les douleurs dans la poitrine, qui touchant 6 à 7% des personnes non dépressives, frappent quatre à cinq fois plus souvent les personnes souffrant de symptômes dépressifs moyens à sévères.

Tab. 4.1 Les symptômes dépressifs s'accompagnent très souvent de troubles physiques, prévalence des troubles physiques selon les symptômes dépressifs, 2007

	maux de dos	faiblesse	douleurs abdominales	diarrhée, constipation	troubles du sommeil	maux de tête	troubles cardiaques	douleurs dans la poitrine
sans symptômes dépressifs	39,5	36,2	15,1	15,5	30,5	36,0	7,2	5,5
symptômes dépressifs faibles	54,6	58,9	24,3	23,9	56,0	40,0	15,4	13,9
symptômes dépressifs moyens à sévères	63,3	80,9	39,7	39,0	65,5	50,3	28,7	25,4

sans symptômes: n=10120±3; symptômes faibles: n=2115±3; symptômes moyens à sévères: n=421±3

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Ohsan

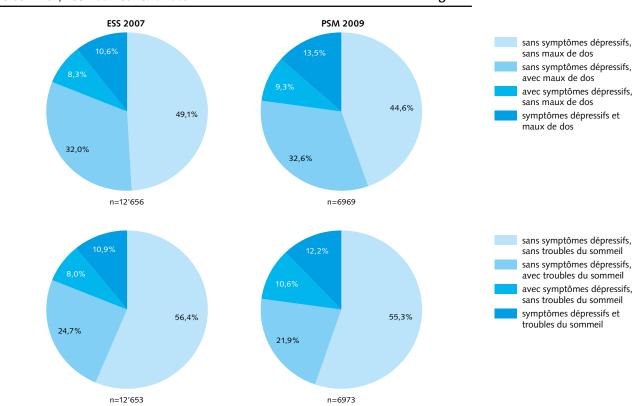
Les graphiques ci-après (fig. 4.5) montrent la répartition de la dépressivité, des maux de dos et des troubles du sommeil dans la population. Il est à noter que les deux grandes enquêtes nationales, l'ESS et le PSM, bien qu'elles recensent la dépressivité de manière totalement différente, fournissent à ce sujet des résultats presque identiques. Ces résultats semblent donc relativement sûrs, et l'on peut supposer que la moitié de la population adulte (de 15 ans et plus) ne souffre ni de dépressivité, ni de maux de dos, qu'environ un tiers souffre de maux

de dos mais non de dépressivité, qu'environ 10% souffrent de dépressivité mais non de maux de dos et qu'une part de 10 à 15% souffre des deux troubles à la fois.

Les troubles du sommeil sont relativement moins fréquents. Ils affectent environ 35% de la population. Une personne sur quatre ou cinq souffre de troubles du sommeil uniquement et plus de 10% souffrent par surcroît de dépression. Les quatre graphiques montrent que les dépressions comorbides sont plus fréquentes que les dépressions sans troubles physiques.

Concordance des résultats des deux enquêtes quant à la comorbidité, prévalence des symptômes dépressifs, des maux de dos et des troubles du sommeil, ESS 2007 et PSM 2009

Fig. 4.5



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007; FORS, Panel suisse de ménages 2009

L'analyse par la méthode de l'arbre décisionnel, qui a été utilisée pour différencier les personnes avec symptômes dépressifs des personnes sans symptômes dépressifs, montre également l'importance de la combinaison de problèmes physiques et de problèmes dépressifs (fig. 1.1). Les troubles physiques sont, selon cette analyse, la caractéristique première (donc la plus importante) permettant de différencier les personnes dépressives de celles que ne le sont pas. Somme toute, les analyses indiquent que les symptômes psychiques et somatiques sont très étroitement liés, tout particulièrement en cas de dépression (mais également dans certains autres troubles psychiques tels que les troubles somatoformes douloureux). Il convient cependant de rappeler que l'on ne saurait tirer de conclusion quant aux liens de cause à effet qui entrent ici en jeu. Outre le fait, fréquent, que les dépressions et leurs conséquences (notamment une hygiène de vie défavorable) induisent une vulnérabilité accrue aux maladies physiques, on constate également, à l'inverse, que les maladies somatiques - et surtout les maladies chroniques – prédisposent très souvent à la dépression.

Un point de vue inverse se dégage des données de la statistique médicale concernant les personnes dont le diagnostic principal est somatique et dont le diagnostic supplémentaire révèle des troubles affectifs (F3) (mais l'antériorité des troubles somatiques, ici non plus, n'est pas certaine). En tant que diagnostic supplémentaire d'une maladie somatique, les troubles affectifs sont un phénomène assez répandu, bien que, selon toute probabilité, ils soient aujourd'hui encore fréquemment négligés ou non recensés dans les hôpitaux de soins généraux. Les chiffres ci-après le confirment.

En 2010, environ 31'250 patients ont fait l'objet d'un diagnostic principal somatique et d'un diagnostic supplémentaire F3. La même année, 82'700 personnes ont été hospitalisées sur la base d'un diagnostic principal psychiatrique, dont quelque 20'900 avec des troubles affectifs (soit environ un quart des hospitalisations psychiatriques). Dans quelque 4100 autres hospitalisations psychiatriques, le premier diagnostic supplémentaire établissait des troubles affectifs. En tout, 25'000 cas d'hospitalisation psychiatrique comportaient donc en 2010 un diagnostic principal ou supplémentaire de la catégorie F3. Ces chiffres montrent que les hôpitaux somatiques prennent en charge bien plus de patients souffrant de troubles affectifs que les cliniques psychiatriques, même si l'on ne peut comparer directement diagnostic principal et diagnostic supplémentaire. Le fait que les troubles affectifs (F3) ont généralement été codifiés comme

diagnostic supplémentaire dans les hôpitaux somatiques indique bien qu'un traitement aurait été nécessaire. Même si l'on peut supposer qu'une part importante des troubles de l'humeur ne sont pas recensés, les chiffres dont on dispose quant à leur répartition sont révélateurs.

Sur l'ensemble des hospitalisations avec diagnostic principal somatique, environ 3% comportent un diagnostic supplémentaire de type F3. Chez les hommes, le pourcentage s'élève à 2,2% des cas et à 4,0% chez les femmes. La proportion varie selon le diagnostic principal somatique et selon le sexe (fig. 4.6).

Ce graphique montre, en pourcentage, les écarts par rapport à la fréquence moyenne des diagnostics supplémentaires F3 selon les maladies somatiques en diagnostic principal (2,2% chez les hommes, 4,0% chez les femmes). Un écart de plus 100% correspond à une fréquence d'environ 4,4% chez les hommes et de 8,0% chez les femmes. Les troubles affectifs comme diagnostic supplémentaire sont relativement fréquents, chez les hommes et les femmes, dans les cas d'infections, de maladies du sang, du métabolisme, du système nerveux et des voies respiratoires. Ils sont particulièrement rares, en revanche, dans les maladies des yeux, les maladies du système génito-urinaire et les malformations congénitales. Une différence apparaît nettement selon le sexe chez les victimes de lésions traumatiques ou d'empoisonnement: on observe chez les femmes un taux supérieur à la moyenne de troubles affectifs comme diagnostic supplémentaire, alors que le taux de dépression chez les hommes correspond à la moyenne. Chez les femmes, on note surtout un nombre important de cas d'empoisonnement par stupéfiants, somnifères, etc., liés en partie à des tentatives de suicide.

Outre la part des troubles affectifs dans l'ensemble des maladies somatiques chez les personnes hospitalisées, il importe de considérer aussi la fréquence absolue des comorbidités, c'est-à-dire la répartition des troubles affectifs selon les diagnostics somatiques.

La figure ci-après présente les onze diagnostics principaux somatiques en complément desquels a été le plus fréquemment diagnostiqué un trouble de l'humeur (fig. 4.7).

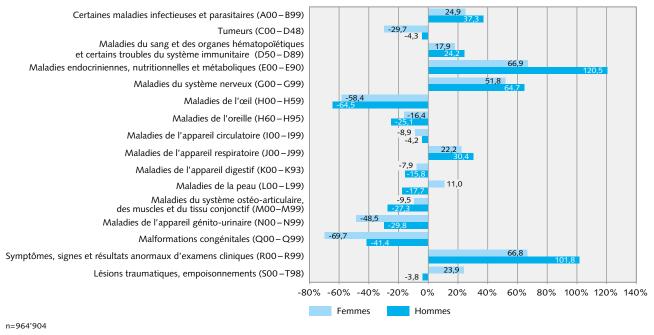
La plupart des diagnostics supplémentaires de troubles affectifs sont associés aux plus grands groupes de maladies somatiques, à savoir les lésions traumatiques et les empoisonnements (souvent une fracture du col du fémur chez les hommes âgés ou une intoxication chez les femmes, y compris les tentatives de suicide), les maladies musculosquelettiques (par ex. arthropathie, maladies de la colonne vertébrale et du dos), les maladies cardiovasculaires

(par ex. hypertension, infarctus du myocarde ou accident vasculaire cérébral), les maladies du système digestif (par ex. troubles gastro-intestinaux ou maladies du foie) et les cancers. En résumé, on constate qu'environ la moitié des troubles affectifs diagnostiqués lors d'hospitalisations sont associés aux lésions traumatiques, empoisonnements, maladies musculosquelettiques et cardio-vasculaires. La répartition des diagnostics somatiques avec ou sans diagnostic supplémentaire F3 est la même dans ces grands groupes de maladies.

Ces proportions sont confirmées par les données de l'ESS 2007, qui montrent que les personnes traitées pour cause de migraine, de diabète, d'hypertension artérielle, d'infarctus du myocarde, d'attaque ou de cancer sont aussi plus fréquemment traitées pour cause de dépression (Schuler & Burla, 2012). En termes purement quantitatifs, on observe une prédominance des dorsalgies comorbides non spécifiques.

Fréquence des diagnostics supplémentaires de type F3, selon le diagnostic principal somatique et le sexe, écart par rapport à la moyenne de tous les diagnostics supplémentaires F3, 2010

Fig. 4.6



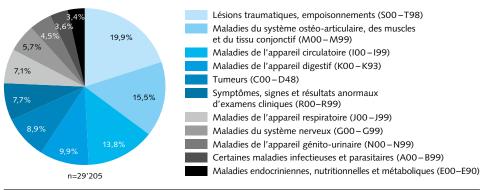
Source: OFS, Statistique médicale des hôpitaux 2010

© Obsan

Trois maladies principales somatiques concentrent 50% des diagnostics supplémentaires F3 chez les patients hospitalisés,

les onze principales catégories de diagnostics principaux somatiques associés à un diagnostic supplémentaire F3, 2010

Fig. 4.7



Source: OFS, Statistique médicale des hôpitaux 2010

4.2 Conséquences handicapantes de la comorbidité somatique

Dans les dépressions, la comorbidité somatique est un facteur important de risque d'invalidité, d'incapacité de travail et de problèmes professionnels. En effet, des troubles musculosquelettiques sont souvent mentionnés dans les diagnostics des personnes à l'Al souffrant de troubles affectifs, ce qui fait que le diagnostic psychiatrique et le traitement correspondant ne sont souvent entrepris que très tardivement, voire jamais. La conjonction de symptômes dépressifs et de troubles physiques est associée à un taux élevé d'incapacité de travail et à des troubles du sommeil combinés à des difficultés professionnelles, par exemple de l'anxiété liée au travail ou des exigences perçues comme trop élevées. Enfin, la comorbidité somatique est associée à des taux accrus de chômage.

Ces comorbidités débouchent sur des handicaps importants. L'analyse des dossiers d'invalidité pour troubles psychogènes montre la fréquence de l'association entre troubles de l'humeur et diverses maladies somatiques dans la procédure de mise à l'Al (fig. 4.8). L'analyse montre les proportions de personnes ayant fait l'objet durant la procédure d'un diagnostic de troubles affectifs (F3) et d'un diagnostic de troubles somatiques. Parmi les personnes à l'Al atteintes de troubles de l'humeur, la part des troubles musculosquelettiques est de plus de 60%, ce qui est comparable à la part des personnes souffrant du dos parmi les personnes atteintes de symptômes dépressifs sévères dans la population (tab. 4.1). Il s'agit généralement de «véritables» comorbidités, c'est-à-dire d'une concomitance de troubles somatiques et de troubles affectifs indépendants. Il arrive parfois que, dans le cadre des examens médicaux liés à

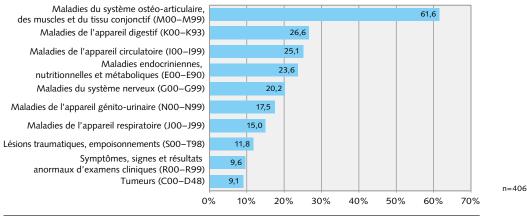
la procédure AI, le diagnostic initialement somatique se trouve ensuite remplacé par un diagnostic psychiatrique, ce qui veut dire que la procédure a été engagée pour une maladie physique et que, à travers de nouveaux examens, il s'est avéré que la personne souffrait principalement de troubles de l'humeur.

Parmi les comorbidités somatiques les plus fréquentes dont souffrent les personnes mises à l'Al pour troubles psychogènes, on compte, loin derrière les troubles musculosquelettiques, les maladies du système digestif, les maladies cardio-vasculaires et les troubles du métabolisme. Cela confirme en grande partie les liens épidémiologiques dans la population et la répartition des diagnostics supplémentaires F3 chez les patients hospitalisés sur la base d'un diagnostic principal somatique (voir ci-dessus). Si les lésions traumatiques et les empoisonnements sont nettement plus rares chez les personnes invalides souffrant de troubles de l'humeur, c'est parce que, selon les données de la statistique médicale des hôpitaux, les lésions traumatiques comorbides touchent surtout des personnes âgées qui ne travaillent plus, et que les empoisonnements sont constitués surtout d'intoxications par des drogues, qui – comme la toxicomanie en général – ne constituent pas un motif d'invalidité, selon la jurisprudence.

Les diagnostics somatiques des personnes à l'Al montrent enfin que ce sont surtout les maux de dos qui, parmi les comorbidités des troubles affectifs, augmentent le risque d'invalidité. Souvent, les personnes touchées par ce type de comorbidité sont déclarées invalides pour cause de troubles somatoformes douloureux, lesquels constituent le groupe de diagnostics dont la part a le plus augmenté parmi les causes d'invalidité au cours des vingt dernières années. Ce qui souligne un autre

Forte prévalence des diagnostics comorbides somatiques chez les rentiers Al dépressifs, fréquence des diagnostics somatiques chez les rentiers Al avec diagnostic F3, 1993–2006

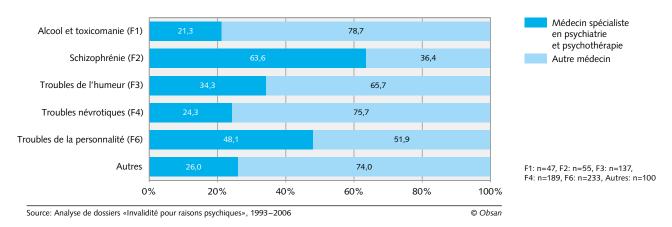




Source: Analyse de dossiers «Invalidité pour raisons psychiques», 1993–2006

Un tiers seulement des personnes mises à l'Al pour un problème de dépression voient un psychiatre précocement, fréquence des examens psychiatriques et des examens généralistes au début de la procédure d'instruction Al selon le diagnostic déterminant pour la rente, 1993–2006





problème lié à la comorbidité des troubles affectifs, à savoir celui des traitements purement somatiques, qui sont fréquents et parfois de longue durée.

L'analyse des dossiers d'invalidité pour raisons psychogènes montre que, souvent, les problèmes psychiatriques n'ont été diagnostiqués (et éventuellement traités) qu'à un moment où la procédure était déjà assez avancée (fig. 4.9). Sur l'ensemble des personnes ayant obtenu une rente AI pour cause de troubles de l'humeur, seul un tiers a été examiné par un médecin spécialiste en psychiatrie ou psychothérapie dès le début des examens médicaux de la procédure d'instruction de l'AI. Les deux autres tiers ont été examinés initialement par des médecins généralistes ou des internistes – et souvent par le médecin de famille.

Contrairement à l'analyse précédente, qui porte sur la comorbidité chez les rentiers AI ayant fait l'objet à un moment ou à un autre d'un diagnostic de dépression, l'analyse qui suit porte sur les personnes mises à l'invalidité expressément pour des troubles affectifs, chez lesquelles la dépression est le problème principal. Le fait que les personnes dépressives, en raison de leurs comorbidités, ne soient souvent traitées que sur la base d'un diagnostic purement somatique, et cela sur de longues périodes avant que leur problème de fond - la dépression – ne soit diagnostiqué, est défavorable pour le pronostic de ces malades. L'analyse montre que ce problème ne se limite pas seulement à la dépression. Les personnes souffrant de troubles névrotiques (en raison surtout de la forte prévalence chez elles de troubles somatoformes douloureux) ou d'un problème de dépendance font encore plus rarement et plus tardivement l'objet d'un diagnostic psychiatrique.

D'un autre côté, les problèmes somatiques comorbides contribuent naturellement, par les traitements médicaux qu'ils induisent, à la détection des dépressions. En ce sens, la concomitance de troubles physiques peut aussi être une circonstance favorable. Toutefois, cela suppose en premier lieu que les médecins somatiques soient en mesure de reconnaître les signes cliniques de la dépression.

Les handicaps considérables consécutifs aux dépressions avec comorbidité ne se limitent pas seulement à l'invalidité; ils affectent tous les aspects de la vie quotidienne et la qualité de vie.

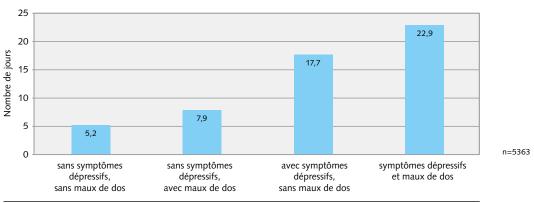
Les données du PSM montrent en effet que la comorbidité de la dépressivité avec les maux de dos conduit, par rapport aux états non comorbides, à un plus grand nombre de jours avec des problèmes de santé (fig. 4.10).

Les personnes ne souffrant ni de dépressivité ni de maux de dos disent avoir eu des problèmes de santé pendant 5 jours au cours de l'année précédant l'enquête. Chez les personnes atteintes de troubles comorbides, le nombre de jours de maladie est quatre à cinq fois plus élevé (près de 23 jours). Les personnes souffrant de dépressivité sans comorbidité mentionnent un nombre de jours plus élevé que celles souffrant de maux de dos sans comorbidité. Cette analyse ne concerne que les personnes en âge de travailler (18 à 64 ans), et l'on peut supposer que ces fréquents problèmes de santé se sont traduits par un certain nombre de jours d'incapacité de travail et de productivité restreinte (OCDE, 2012).

Les données de l'ESS permettent d'estimer l'impact effectif de la comorbidité en matière d'incapacité de travail. A noter toutefois que, dans cette enquête, une question sur le nombre de jours d'incapacité de travail n'est

Les troubles comorbides engendrent des périodes de maladie plus longues que les troubles non comorbides, nombre moyen de jours avec des problèmes de santé au cours des 12 derniers mois, 2009

Fig. 4.10

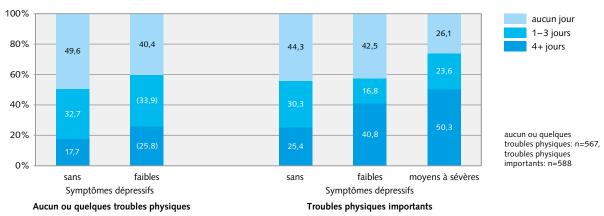


Source: FORS, Panel suisse de ménages 2009 (âge: 18-64 ans)

© Obsan

La comorbidité va de pair avec des incapacités de travail plus fréquentes et plus longues, durée de l'incapacité de travail au cours des 4 dernières semaines selon les troubles physiques et les symptômes dépressifs, 2007

Fig. 4.11



Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29)

La colonne avec des symptômes dépressifs moyens à sévères lors d'absence de troubles physiques ou de quelques troubles n'a pas été représentée en raison d'un nombre de cas trop faible.

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007 (âge: 18-64 ans)

© Obsan

posée qu'aux personnes disant avoir été limitées dans leurs activités quotidiennes au cours des 4 semaines précédentes en raison de problèmes de santé, à savoir environ 16% de la population âgée de 18 à 64 ans. C'est le cas de 14% des personnes sans symptôme dépressif, de 23% des personnes avec symptômes légers et de 33% des personnes avec symptômes moyens à sévères. La part des personnes auxquelles la question relative à l'incapacité de travail a été posée est donc sensiblement plus élevée chez les personnes présentant des symptômes dépressifs.

Si on considère la durée des incapacités de travail au cours des 4 semaines précédant l'enquête chez les personnes professionnellement actives, et si l'on met cette durée en rapport avec les troubles physiques et les symptômes dépressifs, on constate que la présence de symptômes dépressifs conduit à une nette augmentation de l'incapacité de travail (fig. 4.11).

Chez les personnes ne présentant aucun symptôme dépressif, le nombre d'incapacités de travail de longue durée au cours des 4 dernières semaines n'augmente pas beaucoup avec le degré de gravité des troubles physigues: 17,7% des personnes ne souffrant d'aucun ou de quelques troubles physiques ont été absentes durant 4 jours ou plus, contre 25,4% chez celles souffrant de troubles physiques importants. Déjà en présence de symptômes dépressifs faibles, ces pourcentages passent à 25,8%, respectivement 40,8%. Si, à des troubles physiques importants s'ajoutent des symptômes dépressifs moyens à sévères, 50,3% des personnes disent avoir eu des absences prolongées au cours des 4 dernières semaines (le nombre d'observations est trop petit pour ce qui est des personnes présentant peu de troubles physiques associés à des symptômes dépressifs moyens à sévères - ce qui montre par ailleurs qu'il n'y a presque pas de symptômes dépressifs sans troubles physiques).

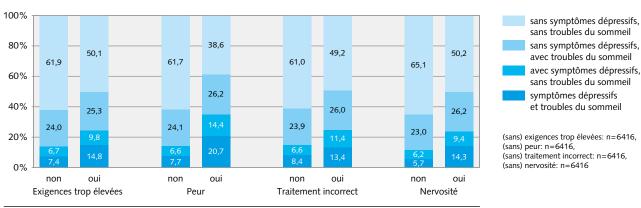
Les symptômes dépressifs et les troubles du sommeil sont assez étroitement corrélés avec des problèmes dans le cadre du travail (fig. 4.12). Cela s'explique peut-être, au moins en partie, par le sentiment d'insécurité accru des personnes souffrant de dépressivité et de troubles du sommeil, par l'existence effective de problèmes professionnels ou par une interaction entre les deux. En tout cas, les personnes interrogées dans le cadre de l'ESS ayant vécu des expériences négatives dans le cadre du travail au cours des 12 derniers mois disent bien plus souvent avoir souffert également d'états dépressifs au cours des 2 semaines précédentes et de troubles du sommeil au cours des 4 semaines précédentes.

Les personnes qui ont été surmenées dans leur travail au cours de l'année précédant l'enquête sont atteintes deux fois plus souvent que les autres de dépressivité associée à des troubles du sommeil (14,8 contre 7,4%); elles souffrent aussi plus souvent de dépression sans troubles du sommeil (9,8 contre 6,7%). Le phénomène est encore plus net chez les personnes qui font état d'anxiété au travail, lesquelles sont atteintes trois fois plus souvent que les autres de dépressivité associée à des troubles du sommeil (20,7 contre 7,7%) et plus de deux fois plus souvent de dépressivité sans troubles du sommeil. Les personnes qui s'estiment traitées injustement ou qui éprouvent de la nervosité au travail sont, elles aussi, atteintes de dépressivité et de troubles du sommeil environ deux fois plus souvent que celles qui n'ont pas vécu de telles situations.

On notera que ces expériences négatives au travail n'impliquent pas d'augmentation des troubles du sommeil lorsqu'il n'y a pas de dépressivité concomitante. Que les personnes aient vécu ou non des expériences négatives au travail, la prévalence des troubles du sommeil est à peu près la même, ou légèrement plus élevée en cas de problèmes de travail. Cela signifie que le pivot autour duquel s'articule l'interaction entre dépressivité, troubles du sommeil et problèmes professionnels est avant tout la dépressivité. Indépendamment des liens de causalité, ces corrélations montrent finalement à quel point la dépressivité et les troubles du sommeil sont étroitement liés à la situation qui prévaut dans le cadre du travail. Même si ces corrélations ne sont dues qu'à un problème de perception subjective de la part des

Les problèmes rencontrés au travail sont étroitement liés aux dépressions et aux troubles du sommeil, fréquence des symptômes dépressifs et des troubles du sommeil par rapport aux expériences vécues au travail au cours des 12 derniers mois, 2007

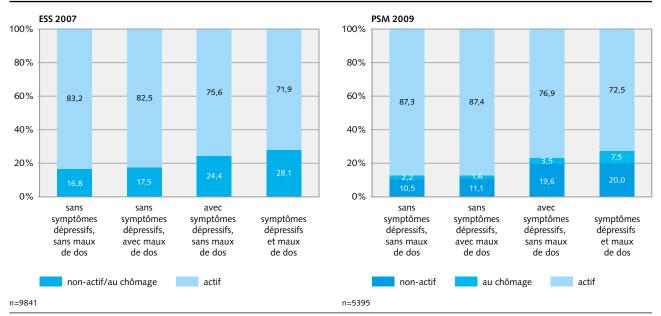




Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007 (âge: 18–64 ans)

La comorbidité est associée à un taux accru de personnes sans emploi, taux de personnes non actives, actives occupées ou au chômage selon la présence de symptômes dépressifs et/ou de maux de dos, ESS 2007 et PSM 2009

Fig. 4.13



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007 (âge: 18-64 ans); FORS, Panel suisse de ménages 2009 (âge: 18-64 ans)

© Obsan

personnes dépressives, les sentiments d'insécurité qui en découlent n'en sont pas moins la cause fréquente de problèmes concrets, comme l'incapacité de travail, la baisse de productivité et les conflits au travail, voire la rupture du contrat de travail et l'invalidité.

Les données de l'ESS et du PSM font apparaître non seulement des liens entre la comorbidité, l'absentéisme et les problèmes professionnels, mais encore des liens évidents entre la comorbidité et le statut d'activité des personnes (fig. 4.13). Les personnes ne souffrant ni de troubles psychiques ni de troubles physiques présentent le taux le plus élevé d'activité professionelle, suivies de celles qui ont des maux de dos sans symptômes dépressifs. Par rapport à ces dernières, les personnes dépressives sans maux de dos sont beaucoup moins souvent professionnellement actives, ce qui semble indiquer que la dépression joue un rôle plus important que les maux de dos. Le taux le plus faible de personnes professionnellement actives s'observe chez les personnes souffrant de troubles comorbides, mais la différence est modeste entre ces derniers et les personnes ne souffrant que d'un seul problème. Selon l'ESS, la part des personnes sans emploi parmi les personnes souffrant de maux de dos comorbides est d'environ 10% plus élevé que chez les personnes sans symptômes.

Selon les données du PSM, le taux de personnes sans emploi est environ deux fois plus élevé chez les personnes souffrant de maux de dos comorbides que chez celles souffrant seulement de maux de dos. Le taux de chômage – personnes en quête d'emploi – est plus de trois fois plus élevé chez les premières que chez les secondes. Notons que les personnes sévèrement dépressives et les personnes traitées en clinique pour dépression sont sous-représentées autant dans l'ESS que dans le PSM.

Les liens nets entre dépression, troubles somatiques, incapacité de travail et chômage doivent être considérés dans le contexte de la fréquente chronicité de ces problèmes de santé; les maladies passagères ou de courte durée ne produiraient pas de tels effets.

Une analyse des personnes mises à l'Al pour cause de troubles «psychogènes ou en réaction au milieu» (Baer et al., 2009) a été effectuée au moyen d'une analyse en variables latentes (Latent-Class-Analyse) portant sur l'ensemble des diagnostics établis dans le cadre des examens médicaux de la procédure d'instruction de l'Al (la plupart des rentiers sont examinés plusieurs fois et reçoivent plusieurs diagnostics somatiques ou psychiatriques). Sur la base des diagnostics, on peut définir cinq types de bénéficiaires de rente Al. Les troubles affectifs sont prédominants dans deux classes de diagnostics (fig. 4.14).

Le graphique donne les pourcentages de plusieurs groupes de diagnostics somatiques et psychiatriques F pour deux types de diagnostics (sur cinq) chez les rentiers AI. Le premier type comprend environ 33% des personnes à l'Al pour cause de troubles psychogènes. Parmi les personnes appartenant à ce type, 80% souffrent de troubles affectifs, 60% d'un trouble névrotique (généralement somatoforme douloureux) et 40% d'un trouble de la personnalité avec plusieurs affections somatiques, à savoir principalement des troubles musculosquelettiques, des maladies cardio-vasculaires, des maladies du système digestif ou du métabolisme. C'est donc un type de dépression présentant une très forte comorbidité psychiatrique et somatique. Aucun autre type de diagnostic ne présente un tel taux de comorbidité somatique parmi les personnes à l'Al pour cause de troubles psychiques. Ce type de dépression est celui qui a le plus augmenté au cours des vingt dernières années en tant que diagnostic d'invalidité. Il s'agit surtout de personnes

admises à l'AI pour cause de troubles somatoformes douloureux. Même si les troubles douloureux en soi ne justifient plus aujourd'hui l'octroi d'une rente AI, ce type de maladie, étroitement lié à la dépression, aux troubles de la personnalité et aux affections somatiques, montre combien il est difficile de distinguer chacune de ces pathologies.

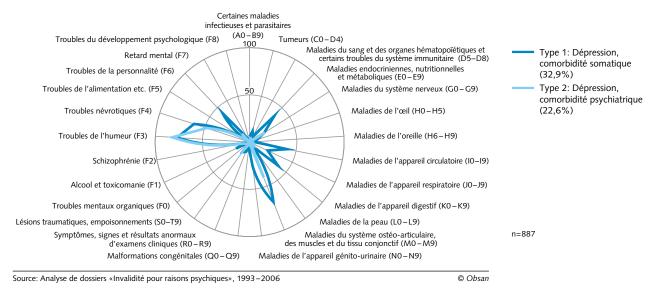
Le deuxième type de dépression comprend 23% des personnes à l'Al pour cause de troubles psychogènes. Les personnes entrées à l'Al sur la base de diagnostics de ce type présentent, en termes de comorbidité psychiatrique, presque exclusivement des troubles anxieux et des troubles obsessionnels compulsifs (pas de troubles de la personnalité et très rarement des troubles somatoformes douloureux). Elles se distinguent aussi du premier type de dépression en ce qu'elles n'ont presque pas de diagnostics somatiques. Il s'agit donc ici d'un type de dépression «purement» psychiatrique. Le nombre des cas d'invalidité motivés par ce type de diagnostic a également augmenté.

Les troubles affectifs constituent le diagnostic le plus fréquent dans les deux types. Ensemble, ces deux types de dépressions concernent plus de la moitié des personnes à l'Al pour cause de troubles psychogènes.

Le rapport relativement étroit entre symptômes dépressifs et troubles physiques apparaît également dans les enquêtes auprès de la population: les graphiques suivants, basés sur les données de l'ESS et du PSM, montrent que la fréquence des problèmes de santé chroniques augmente nettement avec la dépressivité (fig. 4.15).

Deux types de dépression chez les personnes mises à l'invalidité pour troubles psychiques, fréquence de différents diagnostics somatiques et psychiatriques dans deux types de dépression, 1993–2006





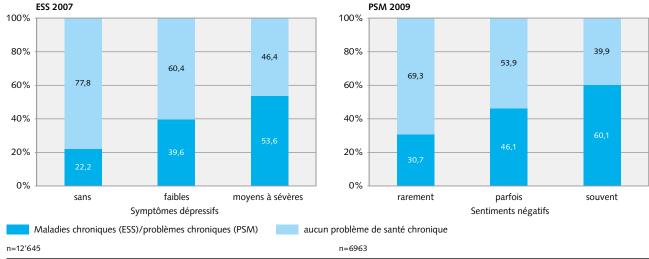
Les deux enquêtes montrent qu'une majorité de personnes souffrant de symptômes dépressifs moyens à sévères (53,6%) ou d'états dépressifs fréquents (60,1%) souffrent également d'affections chroniques, à savoir environ deux fois plus souvent que les personnes ne présentant pas de symptômes dépressifs (respectivement 22,2 et 30,7%).

Les maladies physiques chroniques, même de peu de gravité, peuvent être très handicapantes au quotidien. C'est particulièrement vrai lorsque des symptômes dépressifs sévères sont associés à des maladies chroniques (fig. 4.16).

Les problèmes de santé chroniques sont fréquents en cas des symptômes dépressifs,

fréquence des maladies/troubles chroniques selon les symptômes dépressifs, ESS 2007 et PSM 2009

Fig. 4.15



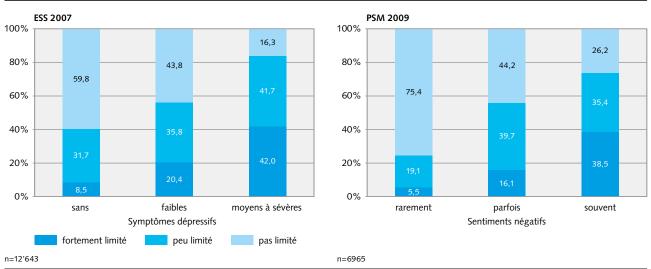
Sources: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007; FORS, Panel suisse de ménages 2009

© Obsan

Les limitations dans les activités quotidiennes augmentent avec la dépressivité,

fréquence des limitations dans les activités quotidiennes dues à un problème de santé chronique selon les symptômes dépressifs, ESS 2007 et PSM 2009

Fig. 4.16



Sources: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007; FORS, Panel suisse de ménages 2009

Si l'on tient compte exclusivement des personnes qui, selon les données de l'ESS, font état d'une maladie de longue durée (30% de la population), on constate que celles n'indiquant pas de symptôme dépressif souffrent relativement rarement (8,5% des cas) de limitations dans les activités quotidiennes suite à des problèmes de santé chroniques. Par contre, elles sont 20,4% à souffrir de telles limitations en cas de symptômes dépressifs légers, et 42,0% en cas de symptômes dépressifs moyens à sévères. Les personnes présentant des symptômes dépressifs moyens à sévères souffrent donc cinq fois plus souvent d'un handicap important lié à une maladie chronique que celles qui n'ont pas de troubles dépressifs. Si l'on prend en compte, en sus, les handicaps légers dans la vie quotidienne, la part des personnes touchées atteint 83,7% des personnes présentant des symptômes dépressifs moyens à sévères.

Ces liens sont confirmés par les données correspondantes du PSM, qui montrent que 38,5% des personnes souffrant de dépressivité sévère sont également fortement limitées dans leur santé au quotidien (contre 5,5% des personnes sans dépressivité et 16,1% des personnes avec dépressivité légère). Ces résultats sont similaires à ceux de l'ESS.

En résumé, on retiendra que la dépression et la dépressivité subclinique s'accompagnent souvent de problèmes de santé chroniques et que cette conjonction est souvent liée à de sérieux handicaps au quotidien. Comme on l'a indiqué, une partie de ces handicaps se traduisent également par des incapacités de travail, par des taux supérieurs de chômage et de personnes sans emploi, et par un risque d'invalidité élevé.

4.3 Comorbidité de la dépression avec des troubles psychiques

Si les personnes traitées pour des troubles affectifs souffrent souvent de troubles physiques comorbides, il est tout aussi fréquent que les troubles affectifs se doublent d'autres troubles psychiques: c'est le cas de 50% des patients hospitalisés et d'environ 40% de ceux traités par des psychiatres privés. Dans ces cas de comorbidité, on observe particulièrement souvent des problèmes de dépendance, des troubles névrotiques ou des troubles de la personnalité.

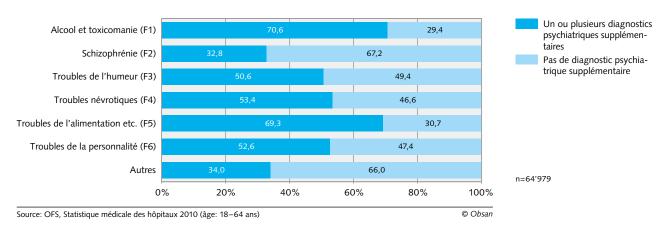
Les dépressions sont fréquemment associées non seulement à des maladies physiques mais encore à d'autres maladies psychiques. La statistique médicale des hôpitaux et l'enquête auprès des cabinets psychiatriques du canton de Berne permettent d'aborder la question de la fréquence des comorbidités psychiatriques chez les personnes en traitement et de l'impact de ces comorbidités en termes de handicaps.

Environ la moitié des personnes hospitalisées en 2010 sur la base d'un diagnostic principal psychiatrique souf-fraient également d'une ou plusieurs comorbidités psychiatriques (fig. 4.17).

Parmi les patients hospitalisés pour des troubles affectifs, 50,6% se sont vus diagnostiquer au moins une maladie psychique supplémentaire. Les troubles affectifs (F3) sont à cet égard comparables aux troubles névrotiques (F4) et aux troubles de la personnalité (F6), qui ont également environ 50% de comorbidité psychiatrique. D'autres maladies psychiatriques, comme la dépendance à une substance (F1) et les syndromes comportementaux (F5) – notamment les troubles de

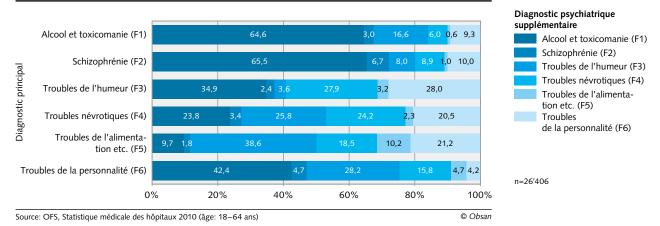
50% des patients hospitalisés pour des troubles affectifs souffrent d'au moins une maladie psychique associée, fréquence des diagnostics psychiatriques supplémentaires selon le diagnostic psychiatrique principal, 2010

Fig. 4.17



Les patients dépressifs ont le taux le plus élevé de troubles comorbides de la personnalité, fréquence des diagnostics psychiatriques supplémentaires selon le diagnostic psychiatrique principal, 2010

Fig. 4.18



l'alimentation – présentent des comorbidités nettement plus fréquentes, ou au contraire nettement moins fréquentes, comme les troubles schizophréniques et schizoïdes (F2), étant entendu que les patients qui en sont atteints sont précisément ceux dont la morbidité somatique est moins bien analysée et assez rarement traitée.

Le graphique suivant représente les comorbidités psychiatriques chez les personnes hospitalisées (fig. 4.18). Les comorbidités les plus fréquentes chez les personnes hospitalisées pour des troubles affectifs sont la dépendance à une substance (34,9%), les troubles névrotiques (27,9%) et les troubles de la personnalité (28,0%). Les troubles névrotiques et les troubles de la personnalité sont les diagnostics supplémentaires les plus fréquents chez les patients hospitalisés.

Inversement, les troubles affectifs constituent souvent un diagnostic comorbide supplémentaire chez les patients souffrant de troubles de la personnalité (28,2%), de troubles de l'alimentation (38,6%) ou de troubles névrotiques (25,8%). Les diagnostics principaux de dépendance à une substance, auxquels s'ajoutent souvent un diagnostic supplémentaire de dépendance à une autre substance, sont associés à des troubles affectifs comorbides dans 16,6% des cas. Cette analyse ne rend pas compte de toutes les comorbidités mentionnées dans les diagnostics, mais seulement du premier diagnostic supplémentaire parmi plusieurs diagnostics supplémentaires possibles (pour ces diagnostics supplémentaires additionnels, les chiffres diminuent relativement vite). La prévalence très élevée des troubles comorbides de la personnalité chez les patients hospitalisés pour cause de troubles affectifs pourrait indiquer que ces comorbidités conduisent à faire davantage appel aux services hospitaliers.

Une prévalence élevée des comorbidités psychiatriques associées aux dépressions ne s'observe pas seulement chez les rentiers AI et chez les patients hospitalisés. On l'observe également dans les données de l'enquête auprès des psychiatres privés du canton de Berne. Les patients traités en ambulatoire sur la base d'un diagnostic principal des troubles affectifs présentent dans 30% des cas un diagnostic supplémentaire psychiatrique et dans 8% des cas deux diagnostics supplémentaires psychiatriques. Seuls 61% des patients traités en ambulatoire ont comme unique diagnostic des troubles affectifs. Dans les cabinets psychiatriques privés, les patients dépressifs sont ceux qui présentent la plus forte prévalence de troubles comorbides de la personnalité (env. 18%).

Ce pourcentage est du même ordre que celui des troubles de la personnalité chez les personnes entrées à l'AI pour cause de troubles affectifs (fig. 4.21). La recherche épidémiologique fait parfois état de taux encore plus élevés de troubles de la personnalité chez les personnes souffrant de dépression majeure, de taux un peu plus bas pour les troubles bipolaires et particulièrement élevés pour la dysthymie, forme de dépression moins sévère mais persistante.

Un trouble comorbide de la personnalité a été diagnostiqué chez environ 28% des patients dépressifs traités par des généralistes (Casey & Tyrer, 1990). Une étude sur la dépression réalisée dans six pays européens rapporte que 22% des personnes dépressives souffrent également de troubles de la personnalité – le pourcentage étant encore plus élevé chez les personnes dépressives traitées par des psychiatres spécialisés (Casey et al., 2004). La majeure partie de ces personnes présentent des troubles de dépendance, des troubles obsessionnels ou des troubles caractérisés par des comportements élusifs (Klein et al., 2009).

4.4 Conséquences handicapantes de la comorbidité psychiatrique

L'association de plusieurs troubles psychiques va de pair avec un risque accru de handicaps. Les patients hospitalisés pour des troubles affectifs et avec comorbidité psychiatrique sont plus souvent sans emploi ou à l'AI que ceux souffrant de dépression non comorbide. C'est particulièrement vrai en cas de comorbidité avec des troubles de la personnalité. L'association de troubles affectifs et de troubles névrotiques, en particulier les troubles somatoformes douloureux, est particulièrement invalidante. Les personnes affectées simultanément de dépression, de troubles de la personnalité et de troubles somatoformes douloureux forment le groupe qui a le plus augmenté parmi les causes de rentes d'invalidité au cours des 15 dernières années.

Les graphiques suivants, qui mettent en relation le statut d'activité, l'invalidité et les quatre groupes de diagnostics les plus fréquents dans les traitements psychiatriques, montrent le lien qui existe entre comorbidité psychiatrique et intégration professionnelle (fig. 4.19).

Les patients hospitalisés chez lesquels un seul trouble psychique a été diagnostiqué sont un peu plus souvent actifs occupés et moins souvent à l'Al que les patients avec comorbidités. Cela est valable pour tous les grands groupes de diagnostics établis en milieu hospitalier chez des patients en âge de travailler. Suivant le groupe de diagnostics, les patients sans comorbidité psychiatrique présentent une part d'actifs occupés plus élevée de 2,5 à 8,4 points de pourcentage. Les patients dépressifs sans comorbidité comptent 40,0% de personnes

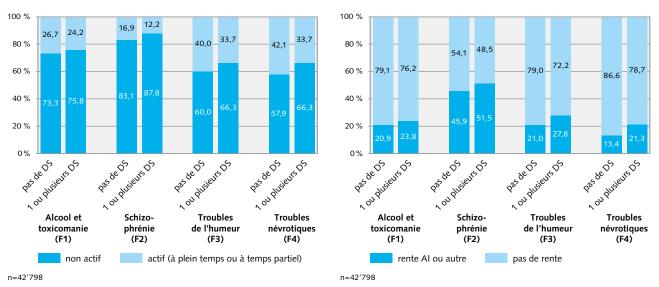
actives occupées, contre 33,7% chez les patients avec comorbidités. Cette dernière différence n'est pas négligeable, au vu du taux d'activité de toute façon très bas des patients traités à l'hôpital. La présence de comorbidités est donc associée à une situation plus défavorable en termes d'activité professionnelle.

C'est particulièrement vrai pour les troubles comorbides de la personnalité. Par définition, les troubles de la personnalité sont associés à des limitations importantes dans différents domaines de la vie quotidienne (travail, famille, relations sociales, etc.) et sont de loin la cause médicale la plus fréquente de mise à l'invalidité pour troubles psychogènes.

Non seulement les troubles de la personnalité sont l'une des comorbidités les plus fréquentes chez les personnes hospitalisées pour cause de dépression, mais ils sont également associés à un taux d'activité notablement réduit et à un taux d'invalidité élevé (fig. 4.20). Dans trois grands groupes de diagnostics sur quatre, les troubles comorbides de la personnalité vont de pair avec une réduction du taux d'activité de 11 à 13 points de pourcentage. Seul le groupe des troubles schizophréniques et schizoïdes fait exception, le taux d'activité y étant tellement faible qu'il ne saurait diminuer encore pour cause de comorbidité. Dans les hospitalisations pour cause de troubles affectifs en diagnostic principal, la présence comorbide d'un trouble de la personnalité réduit de 12,2 points à 26,6% la part des personnes travaillant au moins à temps partiel.

Les patients dépressifs sans troubles psychiques associés sont plus souvent professionnellement actifs et moins souvent à l'invalidité, activité professionnelle et perception d'une rente d'invalidité selon le diagnostic principal, avec ou sans diagnostic supplémentaire (DS), 2010

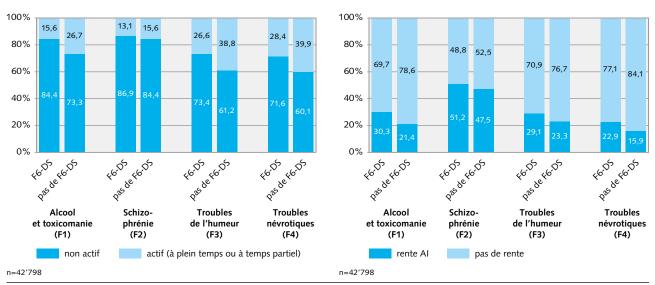
Fig. 4.19



Source: OFS, Statistique médicale des hôpitaux 2010 (âge: 18-64 ans)

Les patients dépressifs sans troubles de la personnalité sont plus souvent professionnellement actifs et moins souvent à l'invalidité, activité professionnelle et perception d'une rente d'invalidité selon le diagnostic et selon la présence ou non d'un diagnostic supplémentaire de troubles de la personalité (F6-DS), 2010

Fig. 4.20

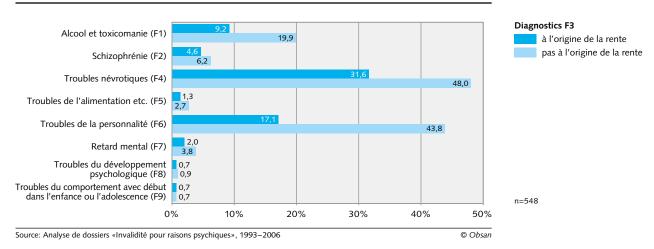


Source: OFS, Statistique médicale des hôpitaux 2010 (âge: 18-64 ans)

© Obsan

Les personnes dépressives à l'AI ont très souvent des troubles névrotiques comorbides ou des troubles comorbides de la personnalité, fréquence de divers troubles psychiques diagnostiqués chez les bénéficiaires d'une rente AI avec diagnostic F3, 1993–2006,





Les chiffres sont assez semblables, avec des écarts moins marqués, en ce qui concerne le taux d'invalidité selon le groupe de diagnostics. Un trouble de la personnalité associé va de pair avec un taux d'invalidité accru de 3,7 à 8,9 points de pourcentage, selon le diagnostic. D'une manière générale, le taux d'invalidité est particulièrement élevé chez ces patients traités en milieu hospitalier. Environ un quart des patients souffrant de troubles affectifs sont à l'AI, et aussi un quart des personnes dépendantes à une substance et un cinquième des patients souffrant de troubles névrotiques, c.-à-d. de troubles anxieux, de troubles obsessionnels compulsifs ou de troubles

somatoformes douloureux. La proportion est d'environ la moitié chez les patients schizophrènes. La présence d'un trouble de la personnalité, surtout associé à la dépression, à un problème de dépendance ou à des troubles névrotiques, fait encore diminuer le taux d'activité de ces personnes qui sont déjà largement exclues du marché du travail.

L'analyse de la comorbidité psychiatrique chez les personnes à l'Al pour cause de troubles psychogènes met en évidence le caractère handicapant des troubles névrotiques et des troubles de la personnalité comorbides (fig. 4.21).

La figure 4.21 montre la fréquence des comorbidités psychiatriques dans deux groupes de rentiers AI souffrant de troubles affectifs: d'une part chez les rentiers qui, dans la procédure d'instruction AI, ont fait l'objet d'un diagnostic de dépression non déterminant pour la rente, soit plus de 60% des cas; d'autre part chez les personnes qui ont fait l'objet d'un diagnostic de dépression et qui ont été expressément mises à l'invalidité pour ce trouble affectif, soit environ 17% des cas. Dans les deux groupes, on observe un taux élevé de comorbidité avec des troubles névrotiques (F4) et avec des troubles de la personnalité (F6).

Parmi les personnes à l'Al ayant reçu un diagnostic de dépression non déterminant pour la rente, quelque 45% ont également reçu dans le cadre de la procédure d'instruction un diagnostic mentionnant des troubles névrotiques et/ou des troubles de la personnalité. Parmi les personnes dont la dépression a été la raison de leur entrée à l'Al, plus de 30% présentent des troubles névrotiques, mais 17,1% seulement souffrent d'un trouble de la personnalité. Cela tient au fait que les troubles comorbides de la personnalité sont généralement plus déterminants pour l'invalidité que la dépression elle-même.

La fréquence des troubles névrotiques (ici surtout des troubles anxieux et des troubles somatoformes douloureux) associés à des troubles affectifs est bien connue; le taux élevé de troubles comorbides de la personnalité l'est moins. La recherche épidémiologique a certes montré à maintes reprises que les troubles de la personnalité sont relativement fréquents en tant que comorbidité de la dépression. Parmi les causes de handicaps, la concomitance de plusieurs troubles de la personnalité est capitale, car elle est associée à un taux de handicaps nettement plus élevé et à des pronostics plus défavorables quant à la conservation de l'emploi, à la réinsertion et à l'évolution de la maladie (voir également fig. 4.20).

4.5 Dépressivité et hygiène de vie

Les symptômes dépressifs sont liés à une hygiène de vie défavorable. Dans la population à forte symptomatique dépressive, le pourcentage de fumeurs, qui avoisine les 40%, est nettement plus important que chez les personnes sans symptôme dépressif. Pour ce qui est de la consommation d'alcool, le tableau se présente différemment: d'une part, dans la population à forte symptomatique dépressive, le pourcentage des abstinents est bien plus élevé; d'autre part, on y trouve davantage de personnes dont la consommation d'alcool présente des risques. Enfin, dans la population à forte symptomatique dépressive, on observe un pourcentage plus élevé de personnes physiquement inactives et dont le poids est excessif (ou au contraire insuffisant). Le manque d'activité physique et la consommation excessive d'alcool peuvent à leur tour accroître la dépressivité. En cas de forte dépressivité, la combinaison de comportements qui, pris isolément, présentent déjà des risques pour la santé peut faire augmenter encore le risque de développer ou d'accentuer des maladies somatiques.

La dépressivité n'est pas seulement liée à des troubles physiques; des liens s'observent également, quoique dans une moindre mesure, avec certains comportements défavorables, comme la consommation de tabac et d'alcool, avec l'inactivité physique et avec les problèmes de poids. C'est d'autant plus important qu'une hygiène de vie défavorable peut entraîner des problèmes de santé et des maladies physiques, donc accroître la comorbidité et, en fin de compte, la mortalité. La morbidité et la mortalité accrues qu'on observe chez les personnes dépressives tiennent pour une part à leurs comportements et à leur hygiène de vie.

Si 51,6% des personnes sans symptômes dépressifs n'ont jamais fumé (non-fumeurs), ce n'est le cas que de 43,2% des personnes souffrant de symptômes dépressifs moyens à sévères (fig. 4.22). Cela va de pair avec un pourcentage sensiblement plus élevé de fumeurs des deux sexes (39,5 contre 26,9% des personnes sans dépressivité). La part des anciens fumeurs dans la population souffrant de symptômes dépressifs est moins importante que dans celle exempte de symptômes. Sachant que la consommation de tabac fait courir le risque de développer des maladies cardiovasculaires,

des affections des voies respiratoires et d'autres troubles, on peut penser que la forte prévalence de la consommation de tabac en cas de symptômes dépressifs puisse expliquer partiellement le lien étroit entre la dépression et, par exemple, les maladies cardiovasculaires, comme l'infarctus du myocarde ou l'apoplexie.

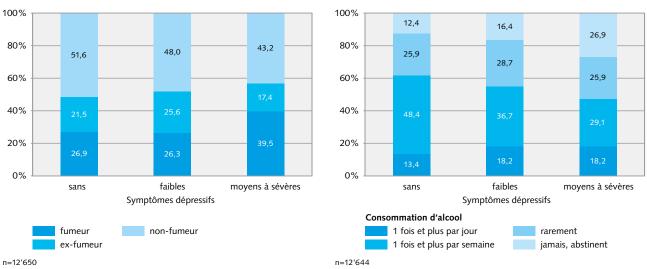
En ce qui concerne la consommation d'alcool, si l'on compare les personnes avec symptômes dépressifs et celles qui en sont exemptes, on constate chez les premières un phénomène de polarisation: d'une part, le pourcentage des personnes abstinentes (ne buvant jamais d'alcool) est plus de deux fois supérieur; de l'autre, la part des buveurs à risque (consommant de l'alcool une à plusieurs fois par jour) est également plus élevée. La part plus élevée d'abstinents parmi les personnes dépressives semble due essentiellement à une baisse de la consommation d'alcool chez les personnes qui buvaient modérément: la part des personnes qui consomment de l'alcool une ou plusieurs fois par semaine est d'environ 20 points de pourcentage moins élevée chez les personnes dépressives que chez les non dépressives. Une dépressivité accrue va de pair avec un changement de comportement

consistant à passer d'une consommation modérée à une stricte abstinence, ce qui peut aussi tenir en partie au fait que la prise d'antidépresseurs implique de ne pas boire d'alcool.

Un lien d'interdépendance avec les symptômes dépressifs est également observable dans l'activité physique. On sait à quel point l'activité physique exerce une influence positive en cas d'état dépressif; et pourtant, c'est justement chez les personnes dépressives qu'elle est souvent réduite en raison même des symptômes qui les affectent (manque d'énergie, apathie etc.). C'est ce que mettent également en évidence les données de l'ESS et du PSM (fig. 4.23).

Consommation de tabac et d'alcool chez les personnes présentant des symptômes dépressifs, fréquence de la consommation de tabac et d'alcool selon les symptômes dépressifs, 2007

Fig. 4.22

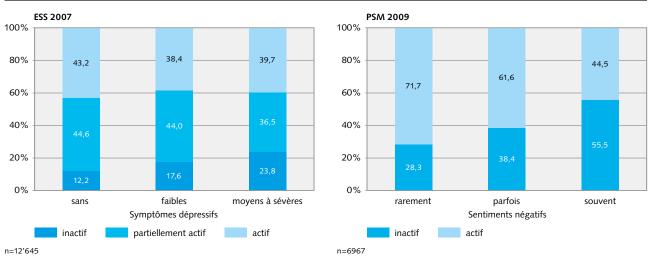


Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Ohsan

Fréquence accrue de l'inactivité physique en cas de symptômes dépressifs, activité physique selon les symptômes dépressifs, ESS 2007 et PSM 2009

Fig. 4.23



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007; FORS, Panel suisse de ménages 2009

Les données de l'ESS montrent que la part des personnes inactives est deux fois plus élevée chez les personnes dépressives que chez les personnes sans symptômes dépressifs (23,8 contre 12,2%). A cette part plus élevée de personnes inactives correspondent des parts moins élevées de personnes actives et de personnes semi-actives.

Les résultats obtenus à travers le PSM sont similaires: plus forte est la fréquence des états dépressifs, plus la part des personnes physiquement actives diminue, passant de 71,7 (dépressivité rare) à 61,6 (dépressivité épisodique) puis à 44,5% (dépressivité fréquente). Il apparait ainsi que la majorité des personnes atteintes de dépressivité sont physiquement inactives, ce qui n'est le cas que d'environ un quart des personnes n'éprouvant pas de sentiments négatifs. Les deux enquêtes amènent donc à conclure que les personnes souffrant de symptômes dépressifs sévères sont deux fois plus souvent inactives physiquement que les personnes non dépressives. Le manque d'activité physique étant associé à la consommation plus fréquente de tabac, il est un facteur de risque supplémentaire en ce qui concerne le développement ou l'aggravation des troubles physiques.

On observe enfin des liens entre la dépressivité et les problèmes de poids (fig. 4.24). D'une part, l'ESS et le PSM révèlent un taux d'adiposité plus élevé chez les personnes souffrant de symptômes dépressifs sévères que chez les personnes non dépressives (11,8 contre 7,0%

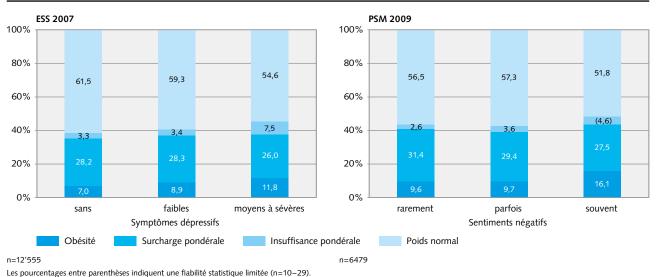
selon l'ESS, 16,1 contre 9,6% selon le PSM). Cette hausse de la part des personnes en fort surpoids se fait au détriment de la part des personnes en léger surpoids et de la part des personnes de corpulence normale.

La part des personnes en sous-poids est également plus élevée parmi les personnes souffrant de dépressivité sévère. L'ESS comme le PSM montrent que les personnes souffrant de symptômes dépressifs moyens à sévères sont deux fois plus souvent en sous-poids que les personnes non dépressives. Cela n'est guère surprenant étant donné que l'anorexie peut être le symptôme d'une dépression (mais le nombre de répondants, qui est ici trop faible, ne permet aucune assertion certaine).

En résumé, les symptômes dépressifs et la dépressivité sont presque toujours liés à une hygiène de vie défavorable, sauf pour l'abstinence d'alcool, qui est plus fréquente chez les personnes dépressives que chez les personnes non dépressives. Les personnes souffrant de dépressivité sont davantage sujettes à la consommation de tabac, à l'excès d'alcool, au manque d'activité physique, à un surpoids important ou à un poids insuffisant. Une telle combinaison de comportements qui, pris isolément, présentent déjà des risques pour la santé peut faire augmenter encore le risque de développer ou d'accentuer des maladies somatiques. Inversement, la dépressivité sévère rend plus difficile un changement de comportement et l'adoption d'une hygiène de vie plus favorable.

Fréquence accrue de la surcharge ou de l'insuffisance pondérale en cas de symptômes dépressifs, fréquence du poids normal, de la surcharge et de l'insuffisance pondérales selon les symptômes dépressifs, ESS 2007 et PSM 2009

Fig. 4.24



Sources: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007; FORS, Panel suisse de ménages 2009

5 Partenariat, relations sociales et soutien

Les maladies dépressives ont, au-delà des personnes qui en sont atteintes, des effets sur leur entourage proche et plus largement sur le cercle de leurs relations sociales. Les rapports avec le partenaire, les enfants, les parents, les amis, les voisins et les connaissances peuvent être fortement perturbés par la dépression.

A cet égard, certaines caractéristiques des troubles dépressifs jouent un rôle particulièrement important, à savoir par exemple le sentiment d'abattement, les pensées négatives, la baisse des capacités cognitives, le manque d'énergie, la perte d'intérêt ou la baisse de la libido. À cela peuvent s'ajouter le manque de compréhension et les réactions inappropriées de la part de l'entourage, qui peuvent être l'effet de l'ignorance ou d'un stress émotionnel. Une rupture avec un proche peut jouer un rôle dans la genèse de la dépression, mais aussi être le résultat du stress relationnel causé par la maladie. On peut supposer en outre que le comportement de retrait des personnes dépressives joue un rôle essentiel. Les troubles dépressifs se traduisent souvent, au moins à long terme, par un certain isolement, attitude qui peut avoir à son tour un impact sur l'état de santé.

À partir des données de l'ESS et du PSM, le présent chapitre traite des interactions entre la dépression, la dépressivité et certains indicateurs de l'intégration sociale tels que le partenariat (5.1), les relations avec la parenté (5.2), les relations d'amitié et de confiance (5.3) et l'expérience de la solitude (5.4).

5.1 Dépression et partenariat

La dépressivité est associée à un taux élevé de personnes vivant sans partenaire, en particulier chez les femmes: plus d'un tiers des femmes souffrant de dépressivité sévère vivent sans partenaire. La corrélation entre dépressivité et absence de partenaire s'accentue avec l'âge. Parmi les personnes de 65 ans ou plus atteintes de dépressivité sévère, plus de la moitié vivent sans partenaire. Mais les personnes dépressives ayant un partenaire n'obtiennent souvent de sa part qu'un soutien émotionnel assez limité.

Les données sociodémographiques ont bien montré que les personnes souffrant d'états dépressifs sont plus souvent des personnes sans partenaire et que, inversement, les personnes vivant seules indiquent une symptomatique dépressive plus importante que celles vivant en couple.

Selon le PSM, les personnes souffrant de dépressivité sévère sont plus souvent sans partenaire que celles qui n'en souffrent pas (fig. 5.1). Dans la population ne souffrant pas de troubles dépressifs, environ une personne

© Obsan

Les personnes éprouvant des sentiments dépressifs sont plus souvent sans partenaire, part des personnes vivant avec un partenaire selon la dépressivité 2009

un partenaire selon la dépressivité, 2009 Fig. 5.1 100% avec partenaire sans partenaire 80% 67,7 70,1 76.2 60% 40% 20% 32.3 n=6964 0% rarement parfois souvent Sentiments négatifs

LA DÉPRESSION DANS LA POPULATION SUISSE

Source: FORS, Panel suisse de ménages 2009

sur quatre vit sans partenaire (23,8%). La proportion est de 29,9% chez les personnes souffrant de dépressivité moyenne et de 32,3% (pratiquement une personne sur trois) chez celles souffrant de dépressivité sévère. Une différence s'observe donc déjà entre les personnes souffrant de dépressivité moyenne et les personnes sans dépression.

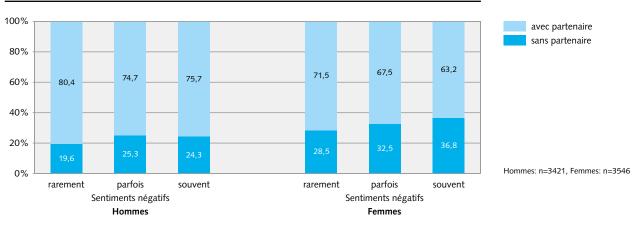
Les deux figures suivantes (fig. 5.2 et fig. 5.3) montrent que les rapports entre dépressivité et partenariat diffèrent en fonction du sexe et de l'âge.

Indépendamment du degré de dépressivité, une part plus importante de femmes que d'hommes vivent sans partenaire. Même dans la population ne souffrant pas de dépressivité notable, les femmes vivent plus rarement en couple que les hommes (71,5 contre 80,4%). La différence entre les sexes est légèrement plus marquée (de 12,5 points de pourcentage) chez les personnes souffrant de dépressivité sévère. Environ 37% des femmes souffrant de dépressivité sévère vivent sans partenaire.

On observe des différences assez marquées en fonction de l'âge. Chez les jeunes, la proportion de personnes sans partenaire n'augmente pas avec le degré de dépressivité. De manière générale, la part des personnes vivant sans partenaire est plus élevée chez les personnes de 15 à 34 ans que chez les personnes de 35 à 64 ans, l'âge pouvant être un des facteurs de cette différence. Chez les personnes de 35 à 64 ans, la proportion de personnes

Les femmes éprouvant des sentiments dépressifs sont plus souvent sans partenaire, part des personnes vivant avec un partenaire selon le sexe et la dépressivité, 2009

Fig. 5.2

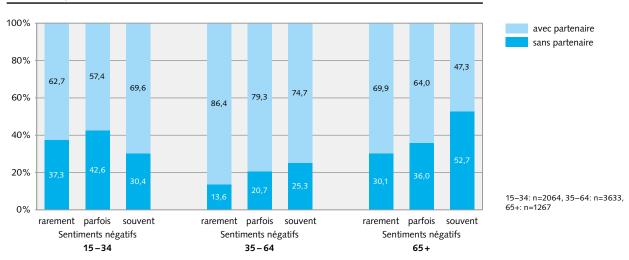


Source: FORS, Panel suisse de ménages 2009

© Obsan

Les personnes âgées éprouvant des sentiments dépressifs sont plus souvent sans partenaire, part des personnes vivant avec un partenaire par classe d'âge selon la dépressivité, 2009

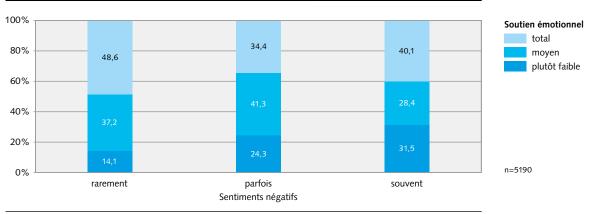
Fig. 5.3



Source: FORS, Panel suisse de ménages 2009

Plus la dépressivité est forte, plus le soutien émotionnel diminue, soutien émotionnel selon la dépressivité, 2009





Source: FORS, Panel suisse de ménages 2009

© Obsan

sans partenaire augmente nettement avec le degré de dépressivité. Elle passe du simple au double entre les personnes non dépressives et celles souffrant de dépressivité sévère. Dans la population de 65 ans et plus, les personnes souffrant de dépressivité sévère sont, pour plus de la moitié, sans partenaire, alors que la proportion n'est que de 30,1% chez les personnes non dépressives.

Sauf chez les jeunes, la relation entre dépressivité et absence de partenaire – comme beaucoup d'autres corrélations dans le domaine de la dépression – a le caractère d'une relation «dose-effet». Autrement dit, le degré de gravité des problèmes dépressifs a une influence sur la souffrance subjective et sur le fonctionnement et l'intégration sociale des personnes.

Outre le fait de vivre ou non avec un partenaire, la qualité de la relation joue un rôle important. Dans le PSM, il a été demandé aux personnes interrogées dans quelle mesure elles se sentent comprises et soutenues par leur partenaire dans les situations difficiles. Plus une personne est dépressive, plus elle a tendance à percevoir ce soutien émotionnel comme faible. Si 14,1% seulement des personnes non dépressives se disent relativement peu soutenues par leur partenaire, la proportion est de 31,5% chez les personnes souffrant de dépressivité sévère (fig. 5.4).

La proportion accrue de personnes qui se sentent peu soutenues parmi les personnes souffrant d'une forte dépressivité va de pair avec une part plus faible de personnes se sentant moyennement soutenues, mais pas avec une part plus faible de personnes se sentant pleinement soutenues. Il apparaît ici encore que le degré de la dépressivité induit une différence significative, soit qu'une forte dépressivité se traduise par une perception négative des choses, soit que le partenaire soit très fortement sollicité, soit à cause de ces deux facteurs conjugués.

Les analyses selon l'âge montrent que 65,7% des personnes âgées souffrant de dépressivité sévère se disent peu soutenues sur le plan émotionnel par leur partenaire. Le soutien émotionnel, tel qu'il est perçu, est beaucoup plus faible chez les personnes âgées que chez les jeunes. On observe aussi des différences entre les hommes et les femmes. Une forte dépressivité est liée surtout chez les hommes avec le sentiment d'être peu soutenu sur le plan émotionnel, alors que les femmes se disent plus souvent moyennement soutenues et moins souvent pleinement soutenues. Quant à savoir dans quelle mesure ce sont ici des différences liées au sexe, ou s'il est effectivement plus fréquent que les hommes n'obtiennent aucun soutien émotionnel de leur compagne, c'est une question qui, à ce stade, demeure ouverte.

D'une manière générale, on constate d'une part que plus les personnes souffrent de dépressivité, plus rarement elles vivent en couple, et d'autre part que les personnes qui vivent avec un partenaire se sentent d'autant moins soutenues émotionnellement que leur dépressivité est sévère. Autrement dit, plus les personnes ont besoin de compréhension et de dialogue, moins elles en reçoivent ou moins elles ont l'impression d'en recevoir, tandis que les personnes qui se portant mieux du point de vue psychologique sont aussi celles qui ont le plus souvent l'impression d'être soutenues sur le plan émotionnel.

Le problème fondamental qui apparaît ici est que les maladies psychiques conduisent fréquemment – plus fréquemment que les maladies physiques – à une perte ressentie ou réelle du soutien émotionnel de l'entourage, alors même que ce soutien leur serait particulièrement nécessaire. Même si la réaction de l'entourage est compréhensible à cause du stress et des irritations que peuvent susciter les relations avec une personne dépressive, les personnes malades perdent ainsi une ressource essentielle à leur guérison.

5.2 Dépression et relations avec la parenté

Les relations avec la parenté semblent moins influencées par la dépressivité que les relations avec le partenaire. Les symptômes dépressifs sévères sont associés à une part légèrement plus élevée de personnes n'entretenant aucune relation avec leur parenté et à une part plus faible de personnes entretenant une relation étroite avec leur parenté.

Au-delà du partenariat, les rapports avec la famille et avec la parenté peuvent jouer un rôle essentiel dans l'intégration sociale, la qualité de vie et le bien-être des personnes dépressives.

L'analyse des données de l'ESS (questions sur la fréquence des relations avec la famille et la parenté) et des données du PSM (où les gens sont interrogés entre autres sur la fréquence mensuelle moyenne de leurs contacts avec leur parenté) donnent des résultats contrastés (fig. 5.5).

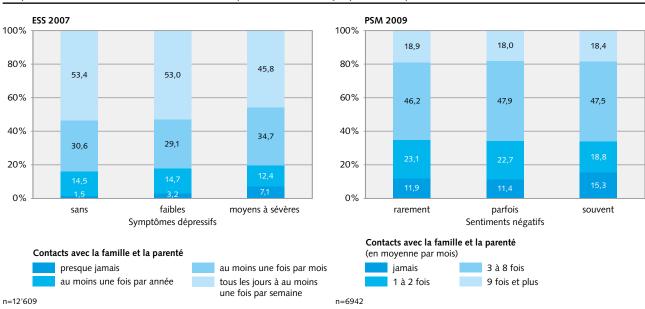
D'un côté, on ne constate pas de grandes différences dans la fréquence des relations avec la parenté selon que les personnes interrogées souffrent ou non de dépressivité. D'après les données du PSM (fig. 5.5, à droite), la part des personnes n'entretenant jamais de contacts avec leur parenté est plus élevée – mais très légèrement – chez les personnes fortement dépressives que chez

celles qui ne font état d'aucun symptôme (15,3 contre 11,9%). Selon les données de l'ESS, la part des personnes n'entretenant aucun contact avec leur parenté va de 1,5 à 7,1% selon la gravité des symptômes, soit globalement des valeurs relativement faibles.

D'un autre côté, les données de l'ESS (fig. 5.5, à gauche) montrent tout de même une certaine raréfaction des rapports avec la parenté: la part des personnes entretenant des contacts étroits avec leur parenté, qui est de 53,4% chez celles ne souffrant d'aucun trouble, est un peu plus faible (45,8%) chez celles atteintes de dépressivité sévère – où l'on observe une part plus élevée de personnes entretenant des contacts une fois par mois ou sans aucun contact. Globalement on constate que, quand les symptômes augmentent, la part des personnes qui n'entretiennent aucun contact ou qui en réduisent la fréquence tend à augmenter.

De manière générale, toutefois, les contacts avec la parenté semblent se maintenir et demeurer relativement stables, même en cas de dépression sévère. Un certain amenuisement des relations dans un cadre où les contacts se maintiennent semble pouvoir s'expliquer soit par les symptômes dépressifs eux-mêmes (moins d'initiative dans la prise de contacts), soit par une sollicitation excessive ou une surcharge des membres de la parenté.

Les personnes présentant des symptômes dépressifs ont moins de contacts avec leur famille et leur parenté, fréquence des contacts avec la famille et les parents selon les symptômes dépressifs, ESS 2007 et PSM 2009 Fig. 5.5



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007; FORS, Panel suisse de ménages 2009

5.3 Dépressions, relations d'amitié et de confiance

Les relations d'amitié sont davantage touchées que celles avec la parenté: environ 17% des personnes présentant une symptomatique dépressive sévère n'ont jamais de contacts, ou au plus quelques contacts par année, avec un ami ou une amie, et plus de 30% disent n'avoir aucun réseau social. Parmi les personnes souffrant d'une symptomatique dépressive sévère, environ un tiers des hommes et près de la moitié des femmes disent n'avoir pas de confident, ces proportions étant très élevées par rapport aux personnes en bonne santé. En même temps, la grande majorité des personnes concernées disent avoir un confident dans leur entourage, ce qui semble indiquer que le problème ne tient pas ici seulement à l'absence effective de confident, mais aussi au vécu de la personne dépressive.

Si les contacts avec la parenté en général semblent majoritairement se maintenir, fût-ce à un niveau moindre, chez les personnes dépressives, les rapports amicaux tendent davantage à s'amenuiser (fig. 5.6).

Les relations amicales se réduisent chez les personnes présentant des symptômes dépressifs moyens à sévères: la part des contacts quotidiens ou hebdomadaires passe de 60,1% chez les personnes sans symptômes à 53,9% chez les personnes avec symptômes moyens à sévères.

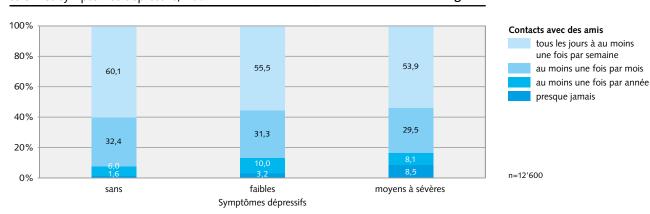
Contrairement à ce qu'on observe pour les relations avec la parenté, la part des personnes ayant un contact une fois par mois est également réduite. Cette réduction est compensée par une proportion plus élevée de personnes ayant des contacts seulement une fois par année ou n'entretenant aucun contact. Cela signifie non seulement que la fréquence des contacts avec le cercle d'amis diminue en fonction de la dépressivité, mais que la part des personnes n'entretenant plus de contacts amicaux augmente.

La figure ci-après (fig. 5.7) montre le rapport entre les symptômes dépressifs et le réseau social dont dispose la personne concernée. Comme dans les précédentes analyses, il apparaît, là également, que les personnes indiquant des symptômes dépressifs moyens à sévères sont plus souvent (30,6%) sans réseau social que celles ne souffrant d'aucun trouble (17,8%). Par ailleurs, la part des personnes présentant une symptomatique dépressive moyenne à sévère, mais disposant d'un large réseau social, est deux fois moins importante que chez les personnes exemptes de symptômes (7,8 contre 14,6%).

Si le nombre «brut» de contacts amicaux ne reflète qu'approximativement la problématique relationnelle des personnes dépressives, les données relatives à la présence ou non d'un confident dans l'entourage fournissent

Moins de relations amicales chez les personnes présentant des symptômes dépressifs, fréquence des contacts avec des amis selon les symptômes dépressifs, 2007





Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

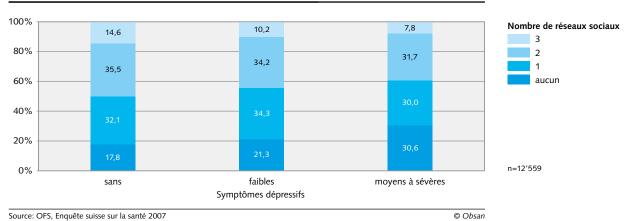
des indications d'ordre qualitatif (fig. 5.8). Les personnes souffrant de symptômes dépressifs moyens à sévères sont environ 13% à déclarer n'avoir pas de confident, ce qui représente un pourcentage quatre fois plus important que chez celles n'indiquant pas de symptôme.

Si l'on considère les réponses données par les personnes interrogées à la question de savoir si elles «regrettent» de ne pas avoir une personne de confiance (indépendamment de leur réponse à la question de savoir si elles ont ou non une personne à qui se confier), on constate qu'une bonne partie des personnes présentant des symptômes dépressifs moyens à sévères disent le regretter (plus d'un tiers des hommes et près de la moitié des femmes). Alors que 12,7% seulement des personnes

dépressives disent ne pas avoir de confident, 41,1% disent regretter l'absence d'une telle personne. Apparemment, la présence d'un confident ne suffit pas nécessairement à satisfaire les besoins de rapports de confiance chez les personnes dépressives.

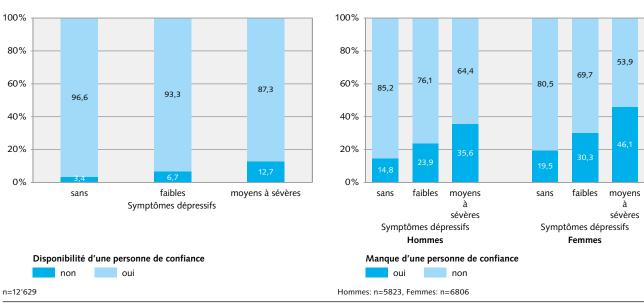
Les femmes éprouvent plus souvent à cet égard un sentiment de manque, même si les hommes disent plus fréquemment ne pas avoir de confident dans leur entourage (16,1 contre 9,8%), ce qui tient peut-être au fait que les femmes dépressives sont proportionnellement plus nombreuses à vivre seules. Une autre raison possible serait que les femmes ont davantage besoin de rapports de confiance (ou qu'elles en expriment plus volontiers le besoin). Même les femmes ne souffrant d'aucun trouble dépressif disent

Moins de réseaux sociaux chez les personnes présentant des symptômes dépressifs, quantité de réseaux sociaux selon les symptômes dépressifs, 2007 Fig. 5.7



Les personnes présentant des symptômes dépressifs regrettent souvent de ne pas avoir une personne à qui se confier, fréquence de la disponibilité ou du manque d'une personne de confiance selon les symptômes dépressifs, 2007

Fig. 5.8



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

un peu plus souvent que les hommes éprouver un manque dans ce domaine. Quoi qu'il en soit, près de la moitié des femmes souffrant de symptômes dépressifs cliniques déplorent l'absence de confident, contre environ un tiers des hommes. Le rapport étroit entre les symptômes dépressifs et le besoin d'une relation de confiance se manifeste dans toutes les classes d'âge: si 19,8% des jeunes sans symptômes disent regretter de ne pas avoir de confident, le taux atteint 30,7% chez les jeunes affectés de faibles symptômes et 45,7% chez ceux qui souffrent de symptômes sévères. C'est donc dans la classe d'âge la plus jeune que le sentiment de manquer d'une personne à qui se confier est le plus marqué. Parmi les personnes âgées souffrant de symptômes sévères, 34% éprouvent aussi ce sentiment.

5.4 Dépression et solitude

Les symptômes dépressifs sont étroitement liés à l'expérience de la solitude, et inversement le sentiment de solitude est en soi un facteur de risque dans l'apparition et l'évolution des troubles dépressifs. Alors que des sentiments de solitude fréquents ou assez fréquents sont pratiquement inexistants chez les personnes sans symptômes dépressifs, environ un cinquième des personnes avec symptômes dépressifs sévères en font état. La proportion est d'environ deux tiers chez les femmes et les jeunes présentant des symptômes sévères. Les conséquences du sentiment de solitude sont considérables en termes de morbidité et de mortalité.

Le sentiment souvent exprimé de n'avoir personne à qui se confier montre bien le risque de solitude et d'isolement auquel les personnes dépressives sont exposées. Le sentiment de solitude n'est pas seulement un trait caractéristique des états dépressifs, mais encore un facteur de risque de la dépression, indépendant des

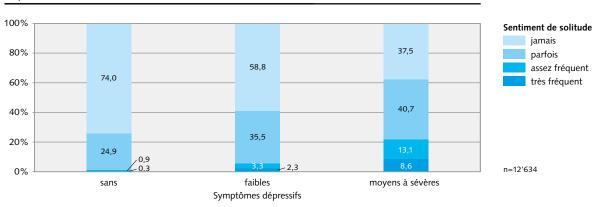
variables sociodémographiques, comme par exemple le mariage, le «soutien social» et le «stress». (Cacioppo *et al.*, 2006).

Ce n'est pas le nombre des relations sociales qui joue un rôle déterminant dans l'expérience de la solitude, mais leur qualité. Il est dès lors compréhensible que les corrélations observées plus haut entre la dépressivité et le nombre de contacts sociaux ne soient pas très fortes. La composante qualitative, par exemple le sentiment de solitude, joue un rôle important aussi chez les personnes âgées, qui ont relativement peu de contacts sociaux. Les personnes âgées qui souffrent à la fois de dépression et de solitude sont exposées à un risque de mortalité deux fois plus élevé que celles qui ne remplissent qu'un seul de ces critères (Stek *et al.*, 2005).

S'agissant du sentiment de solitude, des différences très nettes apparaissent selon le degré de dépressivité (fig. 5.9).

On observe d'abord que les personnes sans symptômes dépressifs ne font jamais état de sentiments de solitude fréquents ou très fréquents. Un quart des personnes non dépressives ressentent parfois de la solitude et trois quarts n'en ressentent jamais. Parmi les personnes atteintes de symptômes dépressifs moyens à sévères, 37,5% ne se sentent jamais seules, 21,7% se sentent seules souvent ou très souvent, 40,7% parfois. La relation très étroite entre dépression et solitude, qui a déjà été mise en évidence par de précédentes études, se trouve ici confirmée. Le fait d'éprouver fréquemment un sentiment de solitude est un phénomène propre aux personnes dépressives. Cette observation est confirmée par l'analyse selon la méthode de l'«arbre décisionnel», présentée plus haut, qui montre que le sentiment de solitude est un des principaux traits distinctifs des personnes dépressives par rapport aux personnes non dépressives (fig. 1.1).

Les personnes présentant des symptômes dépressifs se sentent beaucoup plus souvent seules, fréquence du sentiment de solitude selon les symptômes dépressifs, 2007



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

Fig. 5.9

Vu l'importance du sentiment de solitude, nous présenterons ici des analyses par sexe et par âge. Selon le sexe, ce sont ici encore les femmes qui apparaissent les plus touchées. Les personnes interrogées ont été réparties en deux groupes: celles qui ne se sentent «jamais» seules et celles qui se sentent «parfois à très souvent» seules (fig. 5.10). Dans presque 70% des cas, les femmes dépressives se sentent «parfois à très souvent» seules, contre 55% chez les hommes dépressifs. Les personnes souffrant de symptômes dépressifs légers se sentent souvent seules: la proportion est de près de la moitié chez les femmes et d'un tiers chez les hommes. Le sentiment au moins occasionnel de solitude est donc beaucoup plus fréquent que le désir d'avoir un proche à qui se confier (voir chap. 5.3). Une partie des personnes avec symp-

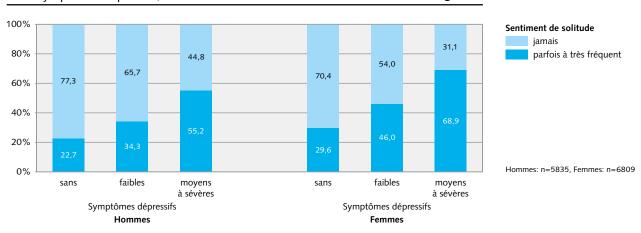
tômes dépressifs moyens à sévères disent souffrir de la solitude tout en disant ne pas ressentir l'absence de confident.

Enfin, chez les personnes jeunes et d'âge moyen, on observe une fréquence particulièrement élevée et du sentiment de n'avoir personne à qui se confier, et du sentiment de solitude (fig. 5.11). Environ deux tiers des personnes de moins de 65 ans avec symptômes dépressifs moyens à sévères se sentent parfois à très souvent seules. Dans la classe d'âge la plus jeune, le sentiment de solitude est beaucoup plus fréquent (50,8%), même quand les symptômes sont légers, que chez les personnes plus âgées. Les personnes âgées se sentent moins souvent seules. Plus de 60% d'entre elles n'éprouvent jamais de sentiments de solitude.

Deux tiers des femmes présentant des symptômes dépressifs se sentent seules, fréquence du sentiment de solitude selon le sexe et les symptômes dépressifs, 2007

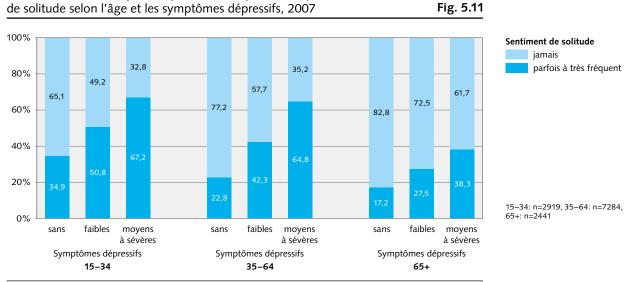
Sentiment de solitude plus fréquent chez les jeunes, fréquence du sentiment

Fig. 5.10



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

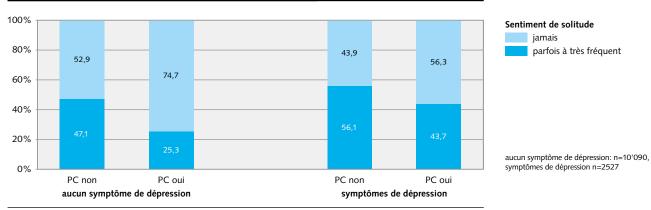
© Obsan



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

La solitude est plus que le sentiment de n'avoir personne à qui se confier, fréquence du sentiment de solitude selon les symptômes dépressifs et selon la disponibilité d'une personne de confiance (PC), 2007

Fig. 5.12



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

Ces résultats remarquables pour les personnes jeunes, en ce qui concerne le sentiment de solitude et le sentiment de n'avoir personne à qui se confier, sont largement sous-estimés quant à leurs effets négatifs potentiels. Selon une méta-analyse récente, le sentiment de manquer de contacts humains étroits et de qualité, ainsi que l'expérience de la solitude – qui va au-delà de l'existence ou non de contacts sociaux –, sont liés à un taux de mortalité accru, comparable à celui qu'on observe chez les grands consommateurs de nicotine et supérieur aux taux associés à la consommation d'alcool, au surpoids et au manque d'activité physique (Holt-Lundstad *et al.*, 2010). Cela donne une idée de l'attention qu'il convient d'accorder au problème de la solitude dans la politique de la santé.

Ici aussi entrent en ligne de compte non seulement le nombre des contacts sociaux (présence ou non d'un partenaire), mais encore et surtout leurs aspects fonctionnels (manque de soutien social, solitude).

Dans quelle mesure les troubles dépressifs exercent-ils une influence sur le sentiment de solitude? Cette question n'est pas entièrement élucidée. Même si la solitude et la dépression semblent constituer, au moins en partie, deux phénomènes indépendants l'un de l'autre, il est par ailleurs bien connu que les dépressions sont souvent liées à un sentiment de dépendance ou de perte et au sentiment d'être isolé de son environnement, donc au sentiment de solitude. Quelles que soient les interactions qui entrent ici en jeu, il demeure évident que plusieurs aspects de l'intégration sociale jouent un rôle très important dans la morbidité et la mortalité des personnes dépressives.

Il convient d'évoquer enfin les limites du pouvoir explicatif de l'intégration sociale dans le vécu des personnes dépressives. Les personnes qui ont des symptômes dépressifs se sentent de manière générale plus seules que les autres (fig. 5.12).

Les personnes qui ont des symptômes dépressifs, mais qui peuvent compter sur au moins une personne à qui se confier, se sentent à peu près aussi souvent seules (43,7%) que les personnes sans symptôme et qui n'ont personne à qui se confier dans leur entourage (47,1%). Si le fait d'avoir une personne à qui se confier fait une grande différence quant à la fréquence des sentiments de solitude chez les personnes exemptes de symptôme (47,1 contre 25,3%), c'est beaucoup moins le cas chez les personnes qui souffrent de symptômes dépressifs (56,1 contre 43,7%). Autrement dit, les symptômes dépressifs ont pour effet d'intensifier considérablement le sentiment de solitude. Ce phénomène est particulièrement marqué chez les personnes qui ont quelqu'un à qui se confier: chez les personnes non dépressives qui ont quelqu'un à qui se confier, 25,3% seulement souffrent de sentiments de solitude, contre 43,7% chez les personnes qui présentent des symptômes dépressifs. Chez les personnes qui n'ont pas dans leur entourage quelqu'un à qui se confier, la symptomatique dépressive se traduit par des différences nettement moins marquées en ce qui concerne le sentiment de solitude (47,1 contre 56,1%).

En résumé, on peut dire qu'une personne n'ayant pas dans son entourage quelqu'un à qui se confier se sentira souvent seule, qu'elle ait ou non des symptômes dépressifs. En revanche, les personnes qui se sentent seules malgré la présence d'un confident sont des personnes qui souffrent souvent aussi de symptômes dépressifs. Cela pourrait expliquer le fait que, parmi les personnes avec symptômes dépressifs moyens à sévères, 46% déplorent de n'avoir personne à qui se confier, alors que 13% seulement disent n'avoir effectivement personne à qui se confier (fig. 5.8). Cela peut signifier soit que la présence d'un confident dans son entourage ne couvre pas forcément les besoins relationnels et affectifs de la personne, soit que le sentiment de solitude et le sentiment de n'avoir personne à qui se confier sont des sentiments spécifiques aux personnes dépressives, qui ne sont que partiellement en rapport avec le contexte social réel de la personne. Les résultats ici présentés semblent confirmer l'une et l'autre de ces hypothèses: d'une part, les personnes souffrant de symptômes dépressifs ont plus rarement un confident et éprouvent plus fréquemment un sentiment de manque à cet égard. D'autre part, les personnes souffrant de dépressivité sont plus nombreuses à se sentir seules, même lorsqu'elles ont un confident dans leur entourage. L'influence des symptômes dépressifs semble généralement prévaloir sur celle de l'environnement social.

6 Traitement des maladies dépressives

Dans ce chapitre, nous commencerons par comparer, à l'aide d'une sélection de critères, la population générale souffrant de dépressivité ou de symptômes dépressifs avec la population des patients traités pour des troubles de l'humeur (6.1). Nous présenterons ensuite des données provenant des diverses sources médicales sur le traitement des patients atteints de troubles de l'humeur. Cette seconde partie est subdivisée par types de soins: traitement par les médecins généralistes (6.2), traitement en cabinet psychiatrique privé (6.3), traitement stationnaire dans un hôpital ou une clinique psychiatrique (6.4).

Par souci de lisibilité, nous parlerons de *personnes* dépressives lorsqu'il sera question de données se rapportant à la population générale (Enquête suisse sur la santé ESS et Panel suisse de ménages PSM) et de *patients* dépressifs lorsqu'il s'agira de données relatives à des personnes traitées pour des troubles de l'humeur (statistique sentinella des médecins généralistes, enquête auprès des cabinets psychiatriques du canton de Berne et statistique médicale des hôpitaux). Les personnes dépressives, selon l'ESS et le PSM, sont celles qui présentent des symptômes dépressifs «faibles» ou «moyens à sévères» (ESS) et celles qui souffrent «parfois» ou «souvent» de sentiments négatifs tels que cafard, désespoir, anxiété ou dépression (PSM).

Les analyses se complètent, le cas échéant, d'observations sur la capacité fonctionnelle et l'intégration sociale des patients, le statut d'activité servant à cet égard de critère de substitution.

6.1 Personnes dépressives et patients dépressifs

La comparaison entre les personnes présentant des symptômes dépressifs dans la population générale et les patients dépressifs en traitement médical montre que ces derniers constituent une population sélective: les personnes jeunes souffrant de symptômes dépressifs sont sous-représentées dans toutes les catégories de traitement, de même que les hommes dans les cabinets de généralistes et dans les cabinets de psychiatres. Les personnes en traitement sont souvent des personnes vivant seules, célibataires, séparées ou sans emploi. Quant au niveau de formation, il faut distinguer entre les patients dépressifs traités en clinique, qui ne se distinguent pas sur le plan de la formation des personnes dépressives en général, de ceux traités en cabinet psychiatrique privé, qui sont beaucoup plus souvent des personnes dont le niveau de formation est élevé.

En 2010, quelque 340'000 patients ont été traités en cabinet psychiatrique. Les cliniques psychiatriques et les hôpitaux somatiques ont enregistré environ 83'000 hospitalisations pour un diagnostic principal psychiatrique (Schuler & Burla, 2012). La même année, quelque 5'000'000 de patients ont été traités par des médecins généralistes; environ 30% d'entre eux l'ont été pour des troubles psychiques; les médecins généralistes voient donc au cours de l'année environ 1'500'000 patients qui souffrent (entre autres) de troubles psychiques. Cela représente de loin la majeure partie des personnes psychiquement malades - mais cela ne signifie pas que celles-ci sont traitées par le médecin de famille. 62% des diagnostics psychiatriques établis en cabinet médical le sont par un psychiatre, 36% par un médecin généraliste et 2% par un autre médecin.

Les personnes qui suivent un traitement médical pour un trouble affectif ne présentent pas nécessairement le même profil que celles qui souffrent de symptômes dépressifs dans la population générale (et dont certaines, naturellement, suivent aussi un traitement médical). Cela tient au fait que les données relatives à la population recensent également les états subcliniques, alors que les patients ayant fait l'objet d'un diagnostic souffrent tous, par définition, d'une dépression clinique. Il importe à cet égard de rappeler qu'il peut précisément s'avérer judicieux de traiter aussi les dépressions légères ou la dépressivité afin d'éviter que la maladie ne devienne chronique. De plus, comme on l'a vu, même les dépressions légères ne vont pas sans une somme considérable de souffrances et de handicaps. La comparaison peut donc fournir des indications sur les lacunes du système de soins.

Si l'on compare la répartition par classe d'âge des personnes présentant au moins une symptomatique dépressive légère avec celle des patients traités pour des troubles de l'humeur, il s'avère que les personnes de moins de 35 ans sont sous-représentées parmi les personnes traitées (fig. 6.1). Bien qu'entre 20 et 25% des dépressions concernent des personnes jeunes, cette classe d'âge ne représente que moins d'un cinquième des patients traités (15,6% dans les cabinets de psychiatre, 18,9% chez le médecin de famille). Au total, 13,2% seulement des diagnostics F3 concernent cette classe d'âge. Autrement dit, alors que les symptômes

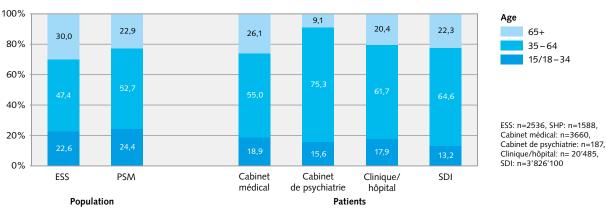
dépressifs sont très fréquents chez les jeunes – et qu'il serait important de les traiter assez tôt – les personnes de cet âge sont assez rarement traitées.

De même, bien que les personnes âgées souffrant de symptômes dépressifs constituent environ un quart des personnes dépressives dans la population, elles sont assez rarement représentées parmi les personnes traitées par un spécialiste. C'est notamment le cas dans les cabinets de psychiatre, où les personnes âgées ne représentent que 9,1% des patients traités pour des troubles de l'humeur. Il n'y a que dans les cabinets des médecins de famille que leur pourcentage correspond à celui observé dans la population (et dans l'index suisse des diagnostics SDI).

Les hommes souffrant de symptômes dépressifs sont eux aussi sous-représentés dans les traitements ambulatoires (fig. 6.2): bien qu'ils constituent 36 à 42% de la population souffrant de symptômes dépressifs, les hommes suivent rarement un traitement ambulatoire. En cabinet psychiatrique, un quart seulement des patients traités pour des troubles de l'humeur sont des hommes. Les traitements en milieu hospitalier reflètent assez bien la situation dans la population. Concernant les traitements en cabinet généraliste, les hommes dépressifs sont un peu moins fortement sous-représentés que dans les cabinets psychiatriques. À noter à cet égard que les symptômes sévères concernent aussi souvent les hommes que les femmes. Les hommes souffrant de dépression semblent donc avoir plus rarement recours à un traitement médical que les femmes.

Les personnes dépressives jeunes sont sous-représentées parmi les personnes traitées, répartition par âge des personnes dépressives parmi la population et des patients dépressifs d'après diverses sources de données

Fig. 6.1

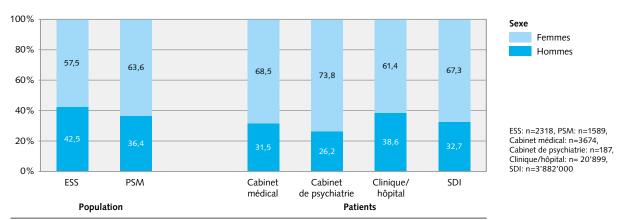


Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007; FORS, Panel suisse de ménages 2009; Statistique sentinella 2008/2009 (Cabinet médical); Amsler et al., 2010, Enquête auprès des cabinets de psychiatres du canton de Berne 2009 (Cabinet de psychiatrie); OFS, Statistique médicale des hôpitaux 2010 (Clinique/hôpital); IMS Health GMBH, Index suisse des diagnostics 2010 (SDI)

Les hommes dépressifs sont sous-représentés dans les traitements ambulatoires,

répartition par sexe des personnes dépressives parmi la population et des patients dépressifs d'après diverses sources de données

Fig. 6.2

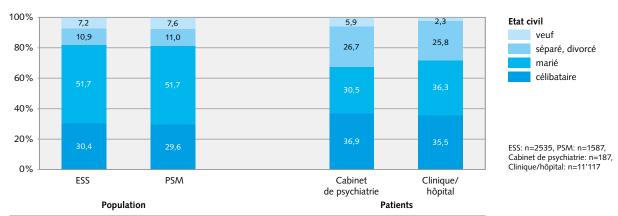


Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007; FORS, Panel suisse de ménages 2009; Statistique sentinella 2008/2009 (Cabinet médical); Amsler et al., 2010, Enquête auprès des cabinets de psychiatres du canton de Berne 2009 (Cabinet de psychiatrie); OFS, Statistique médicale des hôpitaux 2010 (Clinique/hôpital); IMS Health GMBH, Index suisse des diagnostics 2010 (SDI)

© Obsan

Les personnes dépressives célibataires sont surreprésentées dans les traitements psychiatriques, répartition selon l'état civil des personnes dépressives parmi la population et des patients dépressifs d'après diverses sources de données

Fig. 6.3



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007; FORS, Panel suisse de ménages 2009; Amsler et al., 2010, Enquête auprès des cabinets de psychiatres du canton de Berne 2009 (Cabinet de psychiatrie); OFS, Statistique médicale des hôpitaux 2010 (Clinique/hôpital) © Obsan

Des différences nettes s'observent également sur le plan de l'état civil entre la population générale et les patients atteints de dépression (fig. 6.3). Si, parmi les patients ayant subi un traitement psychiatrique spécialisé pour des troubles de l'humeur, un tiers seulement sont des personnes mariées, la proportion dépasse 50% chez les personnes souffrant de symptômes dépressifs dans les enquêtes auprès de la population. La part des personnes célibataires est d'environ 10 points de pourcentage plus élevée chez les patients.

Un autre élément intéressant est le pourcentage nettement plus élevé de personnes vivant séparées ou divorcées chez les personnes suivant un traitement. Environ un quart des patients dépressifs traités sont des personnes divorcées, contre 11 à 12% des personnes présentant des symptômes dépressifs dans la population générale. Les patients traités pour dépression se caractérisent donc par une faible intégration et par un soutien social limité, si l'on prend comme indicateur à cet égard l'état civil.

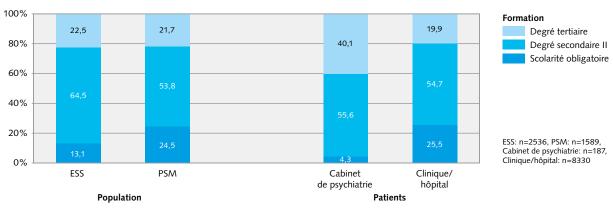
Le niveau de formation, outre qu'il est un facteur de risque des maladies dépressives, joue également un rôle au niveau du traitement de la maladie (fig. 6.4).

Dans la population, de 13 à 25% des personnes présentant des symptômes dépressifs n'ont eu pour formation que celle de l'école obligatoire. Si l'on considère les traitements en clinique, dans les hôpitaux et dans les cabinets de psychiatre, les contrastes suivants apparaissent: les personnes hospitalisées pour cause de dépression sont relativement souvent des personnes ayant un bas niveau de formation et rarement des personnes diplômées de l'enseignement supérieur, alors que ce rapport est inversé chez les patients dépressifs traités dans les cabinets de psychiatre.

Avec un pourcentage de 40,1% de personnes ayant accompli une formation du degré tertiaire, les patients dépressifs traités dans des cabinets de psychiatre sont très fréquemment des personnes bien formées (le très faible taux de personnes sans formation postobligatoire ne peut pas servir ici de terme de comparaison entièrement fiable, en raison de différences dans les modalités des variables). Le fait que les malades psychiques dont le niveau de formation est élevé suivent généralement un traitement ambulatoire auprès d'un spécialiste alors que les personnes moins bien formées sont plus souvent hospitalisées, a déjà été mis au jour par les recherches épidémiologiques sur le système de santé (synthèse dans Fasel *et al.*, 2010).

Les personnes dont le niveau de formation est élevé sont surreprésentées dans les cabinets psychiatriques, répartition selon le niveau de formation des personnes dépressives parmi la population et des patients dépressifs d'après diverses sources de données

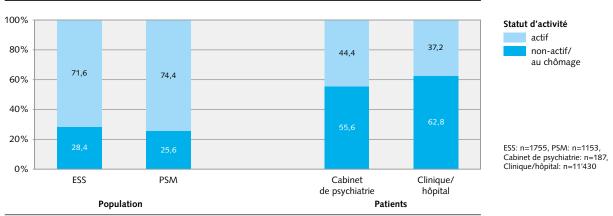
Fig. 6.4



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007; FORS, Panel suisse de ménages 2009; Amsler et al., 2010, Enquête auprès des cabinets de psychiatres du canton de Berne 2009 (Cabinet de psychiatrie); OFS, Statistique médicale des hôpitaux 2010 (Clinique/hôpital) © Obsan

Les personnes sans emploi sont clairement surreprésentées dans les traitements psychiatriques, répartition selon le statut d'activité des personnes dépressives parmi la population et des patients dépressifs d'après diverses sources de données

Fig. 6.5



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007 (âge: 18–64 ans); FORS, Panel suisse de ménages 2009 (âge: 18–64 ans); Amsler et al., 2010, Enquête auprès des cabinets de psychiatres du canton de Berne 2009 (Cabinet de psychiatrie; âge: 18–64 ans); OFS, Statistique médicale des hôpitaux 2010 (Clinique/hôpital; âge: 18–64 ans)

Le statut d'activité des personnes souffrant de symptômes dépressifs diffère nettement selon qu'il s'agit de la population enquêtée ou des patients (fig. 6.5). Le taux de chômage, chez les personnes dépressives, est de l'ordre de 20 à 25%. Par contre, chez les patients dépressifs, ce taux de sans-emploi est de 55,6% pour les hommes et de 62,8% pour les femmes. C'est donc le taux d'activité qui marque les différences les plus importantes entre les échantillons de population et ceux se rapportant aux patients: le pourcentage de patients sans emploi traités par des spécialistes de la psychiatrie est au moins deux fois plus élevé que celui des personnes souffrant de symptômes dépressifs dans la population.

Ceci confirme notamment les lacunes déjà évoquées des données provenant des enquêtes sur la santé, comme celles de l'ESS et du PSM, qui recensent bien les personnes présentant de légers symptômes, mais ne tiennent pas compte d'une partie des personnes souffrant de symptômes très sévères et de handicaps nettement plus prononcés (p. ex. les pensionnaires d'EMS). D'où l'image exagérément positive qu'en donne la figure 6.5.

Un peu plus d'un tiers seulement des patients hospitalisés pour des troubles de l'humeur sont professionnellement actifs, contre 44,4% des patients dépressifs traités dans les cabinets psychiatriques. Ce taux d'activité bas est digne d'attention, car les patients traités par un psychiatre privé sont très souvent des personnes ayant un niveau de formation élevé. Il existe un lien étroit entre le niveau de formation élevé et le statut d'activité. La prise en considération du statut d'activité relativise un peu l'idée courante selon laquelle les patients des

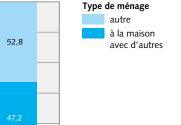
psychiatres privés seraient généralement des personnes bien intégrées socialement. Si les patients privés possèdent très souvent un niveau de formation élevé, ils ne sont pas fréquemment professionnellement actifs.

Vu le pourcentage très important de patients dépressifs sans emploi – mais relativement faible en comparaison avec les personnes souffrant d'autres troubles psychiques la question qui fait débat depuis peu est de savoir quel doit être, de manière générale, le rôle des soignants et du système de soins psychiatriques en ce qui concerne l'amélioration de la situation professionnelle des patients (OCDE, 2012). Bien que, sur la base des données disponibles, aucun problème social ne soit aussi crucial que celui du chômage chez les personnes dépressives et les malades psychiques en général, et bien que la guérison d'une maladie psychique soit très étroitement liée à l'exercice d'une activité professionnelle (OCDE, 2012; Schuler & Burla, 2012), trop peu d'initiatives sont prises, du côté des soignants, pour favoriser le maintien des patients à leur place de travail ou leur réinsertion. Les psychiatres sont rarement en contact avec les employeurs (chap. 6.3).

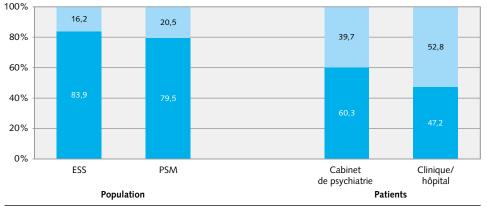
Enfin, outre l'exclusion professionnelle, c'est aussi par leur situation de vie, par le fait de vivre seul ou avec un partenaire, que les personnes dépressives considérées dans les enquêtes auprès de la population se différencient des patients dépressifs traités. Quatre cinquièmes des personnes souffrant de symptômes dépressifs, d'après les enquêtes nationales auprès de la population, vivent avec d'autres personnes (fig. 6.6), ainsi que 60,3 % des patients dépressifs traités en psychiatrie privée. Par contre, la majorité des patients hospitalisés sont des personnes qui

Les patients dépressifs vivent plus souvent seuls ou en établissement,

répartition selon le type de ménage des personnes dépressives parmi la population et des patients dépressifs d'après diverses sources de données



ESS: n=2536, PSM: n=1588, Cabinet de psychiatrie: n=187, Clinique/hôpital: n=14'149



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007; FORS, Panel suisse de ménages 2009; Amsler et al., 2010, Enquête auprès des cabinets de psychiatres du canton de Berne 2009 (Cabinet de psychiatrie); OFS, Statistique médicale des hôpitaux 2010 (Clinique/hôpital)

© Obsan

Fig. 6.6

ne vivent pas avec d'autres personnes (amis, partenaire, enfants, parents, etc.), mais qui vivent seules ou sont pensionnaires d'un établissement (foyer, EMS, hôpital, etc.).

Si l'on considère le type de ménage comme indicateur de la solitude, un autre résultat typique de la recherche épidémiologique et des recherches sur le système de santé se trouve ici confirmé: vivre seul est, à côté du statut socio-économique, un des principaux facteurs déterminant du recours aux établissements psychiatriques mais aussi aux établissements de médecine générale. Quelques indices donnent à penser que ces établissements sont parfois sollicités parce qu'ils comblent, pour le malade, un manque d'environnement social.

6.2 Traitement des patients dépressifs par les médecins généralistes

Les médecins généralistes estiment que la prévalence des troubles dépressifs dans leurs cabinets est de l'ordre de 30%. Mais le système de surveillance sentinella des médecins généralistes ne recense que les dépressions ayant fait l'objet d'une intervention médicale. Parmi les dépressions ainsi recensées, environ 50% sont des troubles récurrents et environ 60% des troubles moyens à sévères, et généralement comorbides. Dans les cas de dépression sévère, il s'écoule souvent plus de trois mois jusqu'à ce qu'un traitement soit entrepris. La méthode de traitement de la dépression diffère nettement selon qu'il est conduit par un généraliste ou par un psychiatre: pour les dépressions légères, les médecins généralistes recourent presque exclusivement aux traitements médicamenteux alors que les psychiatres privés optent en priorité pour un traitement psychothérapeutique. Il est cependant malaisé d'établir dans quelle mesure les patients dépressifs peuvent être comparés d'un cabinet à l'autre. Dans l'ensemble, il est assez rare que les médecins généralistes adressent leurs patients dépressifs à un psy-

Nous présentons ci-après les données du système de surveillance sentinella concernant les patients traités pour une maladie dépressive par les médecins généralistes. Les médecins généralistes recensent les nouveaux cas de maladie, c'est-à-dire la première survenance d'une dépression ou d'une récidive. Les consultations de suivi ne sont pas recensées.

En 2009, le réseau sentinella comptait 146 médecins ayant comme orientations la médecine générale (55%), la médecine interne (29%) ou la pédiatrie (16%). Nous traiterons ici les données relatives aux années 2008 et 2009, en précisant que la question des obligations parentales des patients souffrant de dépression n'a été posée qu'en 2009.

Les médecins généralistes ont annoncé, sur l'ensemble de l'année de relevé, environ 3 nouveaux cas de dépression (critères de déclaration selon la CIM-10) pour 1000 habitants, ce qui correspond à une incidence (taux de nouveaux cas de maladie) de 0,3%, soit nettement inférieure au taux de 1 à 2% (Hautzinger, 1998) auquel on pouvait s'attendre. Cela tient au fait que les médecins généralistes n'ont pas pu déclarer tous les patients atteints de troubles dépressifs, qui étaient trop nombreux. La prévalence réelle des dépressions traitées par des médecins généralistes a été estimée à 30% environ. Les données ci-après se rapportent exclusivement aux cas de dépression ayant donné lieu à une intervention. Ceci est important notamment dans les analyses relatives au degré de gravité des troubles dépressifs traités par les généralistes: «léger» signifie ici que le degré de gravité des dépressions recensées (généralement assez sévères) était plutôt léger comparé aux autres cas recensés.

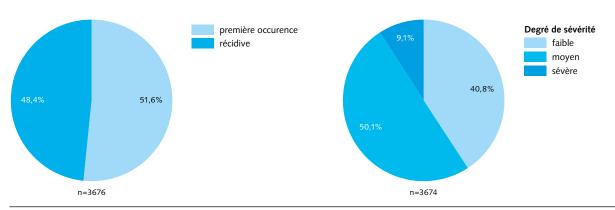
Étant donné l'importance des dépressions légères, il est regrettable que les cas légers ne soient pas recensés dans la statistique sentinella. D'une part, les troubles dépressifs légers, y compris la dépressivité subclinique, sont d'une importance considérable sur le plan économique; d'autre part, leur relevé serait essentiel à des fins de prévention. Du point de vue de la politique de la santé, c'est précisément dans le contact qui s'établit de façon relativement précoce entre les médecins généralistes et les personnes souffrant de maladie dépressive légère ou menaçante que réside la grande force de ce secteur du système de santé.

Les premières analyses concernant les patients dépressifs font apparaître des données concernant la chronicité, le degré de gravité et la comorbidité des dépressions. Environ la moitié des patients déclarés cliniquement dépressifs sont atteints, selon le médecin généraliste, d'une première dépression (fig. 6.7, à gauche). L'autre moitié est constituée de premières consultations pour des cas de dépression récurrente (récidives). Cela montre bien que les dépressions consistent souvent en des troubles récurrents, voire chroniques.

Le côté droit de la figure (fig. 6.7) montre qu'environ 40% seulement des dépressions déclarées sont des dépressions légères – et il importe de rappeler que les dépressions effectivement légères n'ont pas du tout été déclarées. Ces dépressions dites légères étaient en réalité suffisamment graves pour être traitées. Les médecins généralistes ont en fait classé dans la catégorie «légère» les dépressions qui permettaient aux patients de maîtriser encore, même si c'était avec difficulté, leurs activités quotidiennes. Les dépressions sont réputées «moyennement sévères»

Les récidives et les troubles dépressifs moyens et sévères sont fréquents, fréquence du type de maladie et du degré de sévérité, 2008/2009

Fig. 6.7



Source: OFSP, Statistique sentinella 2008/2009

© Obsan

lorsque ces activités ne peuvent plus être assumées qu'à grand-peine et «sévères» lorsqu'elles ne peuvent plus l'être ou que le patient est en danger de mort du fait de pensées suicidaires.

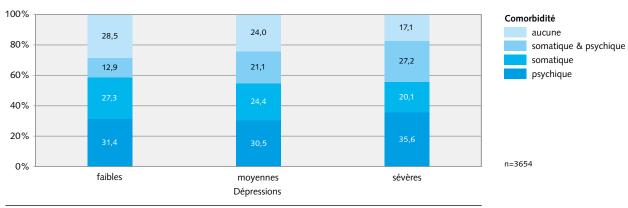
Environ 50% sont des troubles moyennement sévères et environ 9% des troubles sévères. Ce qui confirme, d'une part, que les dépressions – du moins celles qui font l'objet d'un traitement ambulatoire par le médecin généraliste – sont assez souvent des troubles durables et relativement graves qui, dans quelque 60% des cas, limitent à tel point le patient dans ses activités quotidiennes que l'on peut parler d'un sérieux handicap.

Typiquement, le degré de sévérité est lié avec le type et l'ampleur de la comorbidité (fig. 6.8). Le nombre de cas sans maladie comorbide diminue nettement quand le degré de sévérité de la dépression augmente (passant de 28,5% pour les dépressions légères à 17,1% pour les

sévères), et tant la comorbidité purement psychique que la comorbidité combinée somatique et psychique vont croissant (de 31,4 à 35,6% pour la comorbidité purement psychique, de 12,9 à 27,2% pour la comorbidité combinée somatique et psychique). Par contre, le nombre de cas où la comorbidité est purement somatique diminue avec l'augmentation du degré de sévérité de la dépression (de 27,3 à 20,1%). Cela signifie que la comorbidité psychiatrique est en corrélation avec l'élévation du degré de sévérité de la dépression et le nombre des comorbidités. Cela confirme les résultats exposés auparavant (chap. 4.2), à savoir que les dépressions sont graves et invalidantes surtout lorsque d'autres maladies psychiatriques viennent s'y ajouter (trouble de la personnalité, anxiété, dépendance). D'une manière générale, on constate que 17,1% seulement des troubles dépressifs sévères ne présentent aucune comorbidité.

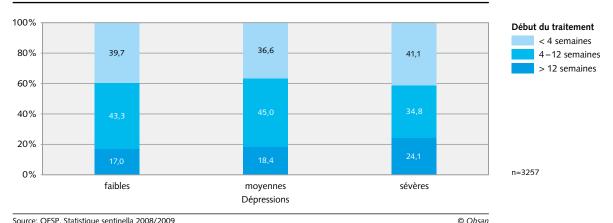
La comorbidité et le degré de sévérité sont liés, fréquence des maladies somatiques et/ou psychiques comorbides selon le degré de sévérité de la dépression, 2008/2009

Fig. 6.8



Source: OFSP, Statistique sentinella 2008/2009

Les traitements très tardifs sont plus fréquents dans les dépressions sévères, début du traitement selon le degré de sévérité de la dépression, 2008/2009 Fig. 6.9



Plus tôt une dépression est traitée, plus favorable est le pronostic de son évolution et plus grande est la probabilité de retrouver par la suite sa place de travail. L'analyse des données recueillies par les médecins généralistes montre qu'une part importante des patients ont, dans les quatre semaines suivant le début de la maladie, consulté leur médecin de famille en vue d'un traitement (fig. 6.9).

La part des personnes qui cherchent assez rapidement à être traitées ne diffère pas selon le degré de sévérité de la dépression. Par contre, la part des personnes qui n'entrent que tardivement en traitement est nettement plus élevée dans les cas de dépression sévère que dans les dépressions faibles ou moyennes. Si 17 à 18% seulement des personnes souffrant de dépression faible ou moyenne ne consultent leur médecin de famille qu'après trois mois de maladie au moins, la proportion est d'environ 25% lorsqu'il s'agit de dépression sévère. C'est là un constat défavorable, car ce sont justement les personnes souffrant de dépression sévère qui devraient se faire traiter rapidement: un nouveau cas de dépression présentant un degré de sévérité élevé est en effet un facteur de risque très important qui expose à une évolution défavorable de la maladie et à l'invalidité.

Le lien entre sévérité et traitement tardif peut naturellement aussi signifier que, dans de tels cas, les dépressions sont sévères justement parce que le traitement a tardé, alors qu'elles étaient peut-être encore bénignes à un stade antérieur de la maladie. Autrement dit, la sévérité de la maladie peut aussi être le résultat d'un retard dans le traitement.

Les questions portant sur le traitement des maladies dépressives par les médecins généralistes eux-mêmes – ceux-ci ayant prescrit, dans quelque 13% des cas, un traitement ambulatoire ou une hospitalisation en psychiatrie – montrent que plus le degré de sévérité de la dépression augmente, plus le pourcentage de patients soumis à un traitement combinant antidépresseurs et psychothérapie augmente également (fig. 6.10). Si, en cas de dépression légère, 18,9% seulement des patients suivent un traitement combiné, cette proportion est de 34,0% pour les cas moyens et de 51,1% pour les cas sévères. À noter encore que plus les cas de maladie sont sévères, plus le pourcentage de cas faisant l'objet d'un traitement exclusivement psychothérapeutique diminue.

Mais il est également intéressant de remarquer que le pourcentage des patients de médecins généralistes faisant l'objet d'un traitement basé exclusivement sur une médication antidépressive diminue en proportion directe de la sévérité des cas, passant de 60,5% en cas de troubles légers à 37,2% en cas de troubles sévères. En principe, en cas de dépression faible ou moyenne, la règle veut que l'on recoure à la psychothérapie plutôt qu'aux antidépresseurs, qui ne sont indispensables que dans les cas de dépression sévère. En regroupant les patients traités uniquement au moyen d'antidépresseurs et ceux qui suivent un traitement combiné (antidépresseurs et psychothérapie), on constate qu'environ 80% de ceux qui sont légèrement dépressifs reçoivent déjà des antidépresseurs (contre env. 85% dans les cas de gravité moyenne et env. 88% dans les cas sévères). Et si l'on regroupe les personnes qui suivent un traitement psychothérapeutique (soit comme unique traitement, soit en traitement combiné), les taux sont d'environ 31% pour les cas légers, de 43% pour les cas de gravité moyenne et de près de 60% pour les cas sévères. Il y a lieu de se demander s'il ne serait pas judicieux de prescrire plus souvent, surtout lorsqu'il s'agit de cas légers, un traitement psychothérapeutique (avec ou sans antidépresseurs).

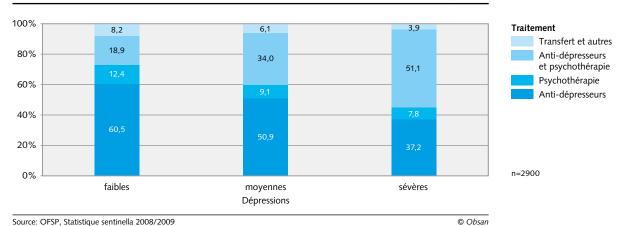
De manière générale, il apparaît enfin que le pourcentage de cas psychiatriques transférés à des spécialistes est relativement faible (env. 13%). C'est justement dans le contexte de dépressions comorbides sévères ou de gravité moyenne et, selon les cas, après le traitement psychothérapeutique que le transfert à un spécialiste est souvent judicieux et recommandé. Si les médecins généralistes sont de plus en plus sensibilisés à la question des maladies dépressives et les identifient souvent dans leur pratique médicale (la prévalence estimée par les médecins généralistes est de l'ordre de 30% environ), il y a lieu de se demander pourquoi les personnes souffrant de dépression légère, justement, sont souvent traitées au moyen d'antidépresseurs sans

recevoir de traitement psychothérapeutique et pourquoi leurs cas, en plus, sont très rarement transférés à des spécialistes.

La figure ci-après permet, à partir des données de l'index suisse des diagnostics (SDI), d'observer des différences relativement importantes entre le traitement des troubles de l'humeur par des médecins généralistes et le traitement par des psychiatres (fig. 6.11). À la différence des psychiatres, les médecins généralistes traitent essentiellement les troubles maniaques (F30) ou bipolaires (F31) de façon non médicamenteuse, tandis que les deux tiers de leurs traitements pour des troubles de l'humeur persistants (F34–F39; notamment la dysthymie F34) sont médicamenteux. Les psychiatres font exactement

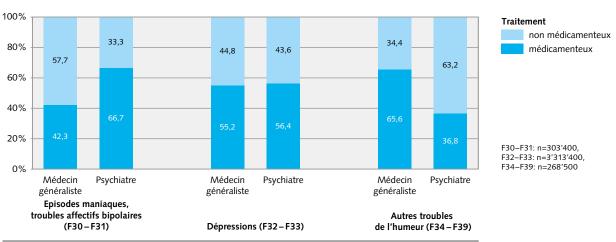
Le recours aux antidépresseurs est prépondérant dans le traitement des dépressions légères, fréquence des divers types de traitement selon le degré de sévérité de la dépression, 2008/2009

Fig. 6.10



Nettes différences dans les traitements médicamenteux entre médecins généralistes et psychiatres, fréquence des traitements médicamenteux et non médicamenteux des troubles de l'humeur, 2010

Fig. 6.11



Source: IMS Health GMBH, Index suisse des diagnostics (SDI) 2010

l'inverse: ils appliquent un traitement non médicamenteux aux deux tiers des patients souffrant de dysthymie. Si, dans l'ensemble, les médecins généralistes et les psychiatres appliquent aussi fréquemment les uns que les autres un traitement médicamenteux lors d'épisodes dépressifs (F32) ou de la récidive des troubles dépressifs (F33), ce ne sont toutefois pas les mêmes patients des catégories F32–F33 qui sont traités par voie médicamenteuse dans les cabinets des médecins généralistes et dans les cabinets des psychiatres (comparer fig. 6.17 avec fig. 6.10).

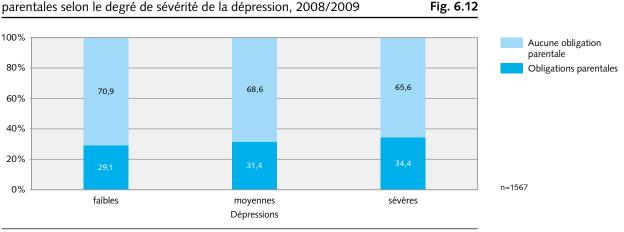
Grosso modo, en fonction du trouble affectif traité, le comportement des généralistes en matière de prescription médicale se distingue nettement de celui des spécialistes; mais il faut signaler que les données ne permettent pas de savoir clairement dans quelle mesure peuvent être comparés les groupes de patients sujets à ces deux orientations médicales. En simplifiant, on constate d'une part que les médecins généralistes, à la différence des psychiatres, appliquent rarement un traitement médicamenteux en cas de troubles maniaques ou bipolaires (F30–F31), mais prescrivent souvent des médicaments (principalement des antidépresseurs) lorsqu'il s'agit d'une dépression chronique de faible gravité (F34), d'un épisode dépressif ou de la récidive d'une dépression (F32–F33), et, d'autre part, qu'ils optent rarement pour des entretiens.

Enfin, les données des médecins généralistes mettent en exergue une autre question très importante sur le plan pratique mais à laquelle – même dans le cadre de la présente étude – on ne prête souvent pas l'attention requise, à savoir la progéniture des personnes dépressives (fig. 6.12). Un tiers environ des patients dépressifs traités par leur médecin de famille ont des obligations parentales, leur pourcentage augmentant légèrement en fonction directe du degré de sévérité de leur maladie. Compte tenu de la définition des catégories de sévérité, on peut supposer que les personnes souffrant de dépression moyennement sévère ne sont en mesure de s'occuper de leurs enfants qu'au prix de grands efforts, ce qui signifie que cette tâche est sans doute prise en charge essentiellement par leur partenaire.

Notons ici que les personnes en dépression sont, dans bien des cas, des personnes élevant seules leurs enfants; le cas échéant, les responsabilités parentales peuvent constituer une charge excessive, voire impossible à assumer. Cette contradiction se présente surtout dans les cas de dépression sévère, où justement le pourcentage de patients ayant des responsabilités éducatives est particulièrement élevé (parfois, peut-être, en raison même du stress lié à ces charges éducatives). Si l'on considère les données des patients dépressifs, qu'ils soient hospitalisés ou traités par des psychiatres établis, on observe des pourcentages un peu plus faibles, mais n'en restant pas moins substantiels, de personnes qui ont à assumer des responsabilités parentales (env. 25%). Quoi qu'il en soit, la prise en charge des enfants par un père ou une mère en dépression, surtout lorsqu'il s'agit d'une famille monoparentale, pose un problème qu'il faut se garder de sousestimer, ne serait-ce que du point de vue quantitatif.

Les données de l'index suisse des diagnostics (SDI) pour l'année 2010 montrent que les médecins de famille sont à l'origine de moins de la moitié des diagnostics de dépression établis en Suisse (fig. 6.13). En 2010, les patients traités dans les cabinets de généralistes ont été environ quinze fois plus nombreux que dans les cabinets de psychiatres (Schuler & Burla, 2012) et, bien que la prévalence des dépressions dans la pratique des médecins généralistes soit importante, ceux-ci n'ont été à

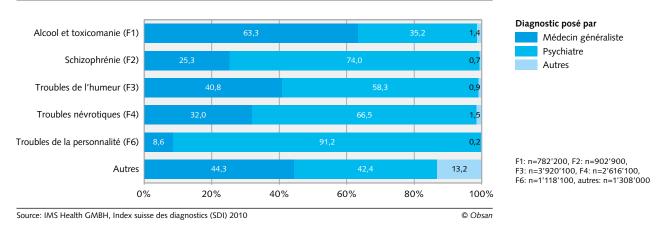
Un tiers des patients dépressifs ont des enfants, fréquence des obligations parentales selon le degré de sévérité de la dépression, 2008/2009



Source: OFSP, Statistique sentinella 2008/2009

40% seulement des dépressions sont diagnostiquées par le médecin généraliste, fréquence de quelques diagnostics F posés par différents groupes de médecins spécialisés, 2010





l'origine que de 41% du total des diagnostics de dépression. La disproportion est flagrante, même si une partie des dépressions traitées par les médecins généralistes sont de faible gravité.

En résumé, on peut constater que les médecins généralistes, selon leurs estimations, identifient des cas de dépression – et surtout de dépressivité – chez environ un tiers de leurs patients mais qu'ils n'interviennent que dans une faible partie des cas, ceux recensés dans la statistique de surveillance sentinella (env. 0,3% contre un taux prévisible de nouveaux cas de l'ordre de 1 à 2%). Cela peut tenir à diverses raisons. Pourtant, à des fins de prévention, il serait en principe souhaitable de disposer des données concernant les patients chez lesquels des symptômes dépressifs ont été cliniquement constatés mais n'ont pas été traités.

En outre, dans les données de la statistique de surveillance sentinella, il est frappant de constater le pourcentage important des cas de rechute, la fréquente comorbidité et, en relation, un degré de gravité souvent moyen à sévère. En général, les traitements reposent sur l'administration d'antidépresseurs, de manière relativement indépendante du degré de sévérité, tandis que les dépressions légères et moyennes font assez rarement l'objet d'un traitement psychothérapeutique.

Enfin, les cas sont très rarement transférés à un spécialiste en vue d'un traitement psychiatrique, ce qui apparaît également assez problématique compte tenu du faible pourcentage de patients traités en psychothérapie.

6.3 Traitement des patients dépressifs en cabinet psychiatrique

La majorité des patients souffrant de troubles de l'humeur sévères et récurrents sont traités par des psychiatres en cabinet privé, ce qui se traduit par une désintégration sociale relativement forte. Une part importante des patients dépressifs ont été victimes, dans une période antérieure de leur vie, de violence physique (env. 40%), de violence sexuelle (env. 25%) ou d'abandon (env. 20%). Chez les patients dépressifs, l'exercice d'une activité professionnelle va de pair avec une durée abrégée du traitement et un meilleur rétablissement, quel que soit le degré de sévérité de la maladie. Mais de nombreux patients professionnellement actifs sont confrontés à des problèmes dans le cadre de leur travail. À cet égard, on observe que les psychiatres ne prennent que très rarement contact avec l'employeur de leurs patients.

Les psychiatres privés assument en Suisse une part considérable de la couverture des soins aux personnes souffrant de maladie psychique. La densité du réseau de spécialistes en psychiatrie y est plus forte que dans n'importe quel autre pays industrialisé (OCDE, 2012). Il n'en est que plus important de recenser la clientèle des cabinets de psychiatrie.

Dans le cadre de la planification des besoins en soins en vue du développement futur de la psychiatrie bernoise pour la période de 2011 à 2014, une enquête a été effectuée auprès des cabinets de psychiatres du canton de Berne. Ils ont notamment fourni des informations détaillées sur 500 cas de patients sélectionnés de manière aléatoire parmi ceux reçus en consultation un jour donné. Nous présentons ci-après quelques analyses à ce sujet, en précisant que l'accent a été mis sur les liens entre le statut d'activité des patients et les caractéristiques du cours de la maladie et du traitement.

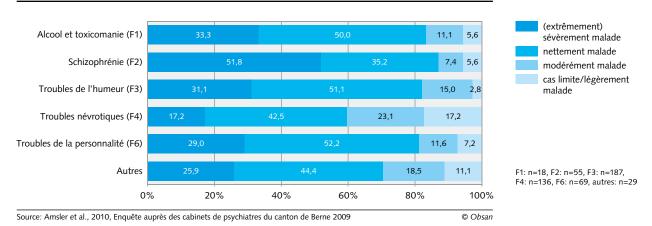
Avec un taux de 38%, les troubles de l'humeur (F3) sont le diagnostic principal le plus courant dans la pratique psychiatrique en cabinet. Quelque 75% des patients souffrant de troubles de l'humeur sont des femmes, et environ 40% sont titulaires d'un diplôme d'une école supérieure ou d'une université. Auprès des cabinets de psychiatrie, les patients dépressifs constituent donc la part de clientèle dont le niveau de formation est le plus élevé.

Dans le cabinet du psychiatre, les troubles de l'humeur sont rarement de nature légère (fig. 6.14). L'appréciation portée par les psychiatres privés au moyen de l'échelle d'impression clinique globale (Clinical Global Impression Scale, CGI), une échelle intuitive très appropriée, permet d'observer que la maladie de plus de 80% des patients souffrant de troubles de l'humeur est nette, sévère ou extrêmement sévère. Les troubles de l'humeur suivent ainsi un modèle comparable à celui des troubles de la personnalité ou des dépendances à une substance. Environ 30% des cas présentent des pathologies sévères et 50% des pathologies nettes («net» étant entendu par rapport aux autres patients, et non aux personnes psychiquement saines).

Là encore, c'est le degré de sévérité du trouble affectif qui fait nettement la différence entre les diverses variables d'intégration socioprofessionnelle (fig. 6.15).

Seule une faible part des clients dépressifs des cabinets psychiatriques souffrent de troubles légers, degré de sévérité en début de traitement selon le diagnostic principal, 2009

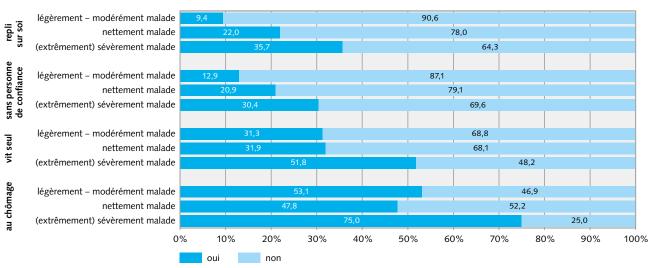
Fig. 6.14



Lien étroit entre degré de sévérité et intégration socioprofessionnelle,

fréquence de plusieurs indicateurs d'intégration sociale selon le degré de sévérité, 2009

Fig. 6.15



repli sur soi: n=179, sans personne de confiance: n=178, vit seul: n=180, au chômage: n=180

Source: Amsler et al., 2010, Enquête auprès des cabinets de psychiatres du canton de Berne 2009

Plus le degré de sévérité des symptômes dépressifs augmente, plus important est le pourcentage de patients qui se sont retirés de la vie sociale, n'ont aucun confident, vivent seuls et sont sans emploi. Les données transversales ne permettent pas, là non plus, de tirer de conclusion quant au sens du rapport de causalité. S'il est concevable que la désintégration sociale et professionnelle soit une conséquence de la maladie et qu'elle prenne des formes d'autant plus graves que le degré de sévérité de la maladie augmente, il l'est tout autant de considérer que le trouble affectif se manifeste de façon plus sévère dans les cas de désintégration sociale.

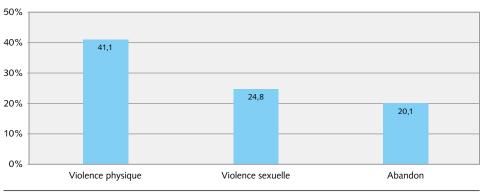
En ce qui concerne la couverture des soins médicaux et la réhabilitation professionnelle des patients dépressifs, le lien étroit entre les caractéristiques pathologiques (en l'occurrence la sévérité des symptômes) et la fonctionnalité est un lien essentiel, même s'il a été longtemps nié dans la recherche en matière de réhabilitation (ce qui est également vrai pour d'autres troubles psychiques). À ce lien étroit s'oppose, dans la pratique, une forte fragmentation entre les possibilités de traitement et les possibilités de réhabilitation: comme les offres en matière de réhabilitation sont généralement fondées sur des conceptions pédagogiques, il s'ensuit que, souvent, les caractéristiques de la maladie des patients à réhabiliter ne sont pas prises en compte dans le plan de réhabilitation et qu'il ne s'établit pas de coopération avec les médecins traitants. Par ailleurs, ces derniers ne prennent souvent pas en considération les problèmes sociaux et professionnels qu'affrontent leurs patients. Le lien étroit entre la sévérité de la maladie et l'intégration rend pourtant évidente la nécessité d'une approche intégrative dans le traitement et la réhabilitation.

En ce qui concerne le degré de sévérité de la maladie et ses prémisses souvent précoces, il est très intéressant de voir combien de patients ont subi, au cours de leur existence, des violences physiques et sexuelles ou un abandon (fig. 6.16).

Selon les psychiatres qui les traitent, 41,1% des patients souffrant de troubles de l'humeur ont subi, au cours de leur existence, des violences physiques, quelque 25% ont été victimes de violence sexuelle et environ 20% ont été abandonnés – ou quasiment abandonnés – dans leur jeune âge. Ce sont là des pourcentages considérables qui indiquent qu'une part importante des patients dépressifs sont des personnes ayant été confrontées très tôt à de graves formes de stress psychique. Il n'est donc pas étonnant de constater qu'environ 75% des patients dépressifs avaient déjà suivi, avant le traitement dont il est ici question, un traitement ambulatoire, semi-ambulatoire ou hospitalier, ce qui donne également à penser que, chez les personnes dépressives, un début relativement précoce de la maladie n'est pas un cas rare. L'enquête auprès des psychiatres ne permet pas de savoir clairement à quel point ces facteurs biographiques négatifs ont une influence sur le handicap socioprofessionnel. Par contre, d'une manière générale, l'analyse des dossiers concernant les cas d'invalidité pour raisons psychiques indique que, très souvent, les personnes mises au bénéfice des prestations de l'Al ont été précocement exposées à des formes de stress.

Concernant le traitement des patients dépressifs: à la différence des médecins généralistes, les spécialistes en psychiatrie ne traitent que rarement les troubles de l'humeur légers en prescrivant des antidépresseurs (fig. 6.17). Si les médecins généralistes prescrivent des antidépresseurs dans 80% des cas de dépression légère,

Les traumatismes précoces sont fréquents chez les personnes dépressives, fréquence de plusieurs indicateurs de traumatismes subis dans le passé, 2009 Fig. 6.16



Violence physique: n=168, Violence sexuelle: n=153, Abandon: n=184

Source: Amsler et al., 2010, Enquête auprès des cabinets de psychiatres du canton de Berne 2009

les psychiatres établis font exactement l'inverse: les spécialistes n'ordonnent de traitement médicamenteux que dans 20% des cas de dépression légère. Par contre, le pourcentage de patients soumis à un traitement médicamenteux augmente nettement en fonction du degré de sévérité: il s'élève déjà à plus de 50% chez les patients moyennement atteints et à plus de 80% dans les cas où la maladie est nette ou sévère. Une différence frappante se manifeste ici, même si les appréciations du degré de sévérité portées par les médecins généralistes et les psychiatres ne sont pas a priori en tous points concordantes. Il faut toutefois relever à cet égard que l'on reproche depuis longtemps aux médecins généralistes de prescrire trop souvent, en cas de dépression, des tranquillisants plutôt que des antidépresseurs.

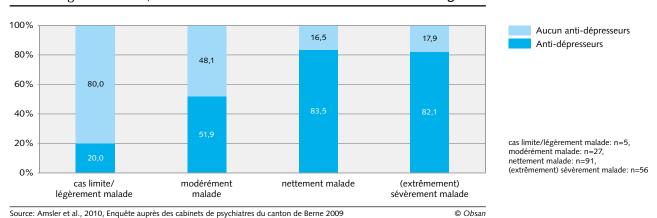
Toutefois, étant donné que l'on ne saurait, sur la base des données disponibles – et quel que soit le niveau de formation des patients – considérer que les spécialistes en médecine psychiatrique traitent des personnes qui seraient en bien meilleure santé, les modes de traitement pharmacologique qu'ils appliquent auraient de quoi remettre en question ceux pratiqués par les médecins généralistes. Quoi qu'il en soit, les traitements médicamenteux prescrits par les psychiatres correspondent aux traitements recommandés (p. ex. en Allemagne, avec les directives de traitements des dépressions) qui, en cas de dépression légère, proposent comme mesure prioritaire des entretiens et, en cas de dépression sévère, un traitement médicamenteux (et des entretiens).

Une analyse plus détaillée du diagnostic principal met en évidence la répartition entre les différentes formes de troubles de l'humeur (fig. 6.18). La répartition des diagnostics confirme une fois de plus la fréquence des dépressions de longue durée: le diagnostic d'un trouble affectif le plus fréquemment posé par le psychiatre établi est, à raison de 43,3%, la récidive d'un trouble dépressif

Les psychiatres prescrivent peu d'antidépresseurs pour des troubles légers,

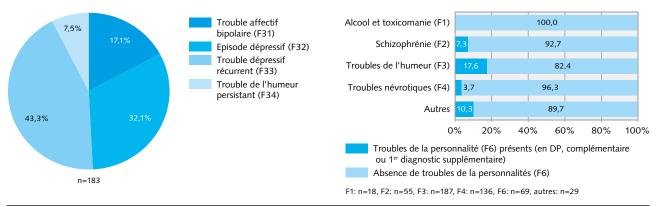
fréquence des traitements médicamenteux à base d'antidépresseurs selon le degré de sévérité, 2009

Fig. 6.17



La moitié des patients font des dépressions récurrentes ou chroniques, fréquence du diagnostic principal (DP) à trois caractères chez des patients atteints de troubles de l'humeur et fréquence de la comorbidité psychiatrique d'un trouble de la personnalité dans les catégories de diagnostic principal, 2009

Fig. 6.18



Source: Amsler et al., 2010, Enquête auprès des cabinets de psychiatres du canton de Berne 2009

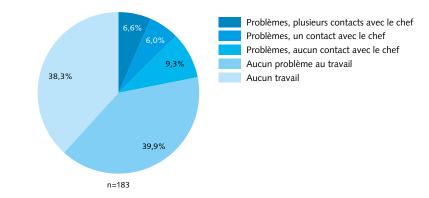
(F33), suivi de l'épisode dépressif (F32) dans un tiers des cas environ, du trouble affectif bipolaire (F31) dans une proportion de 17% et, enfin, du trouble affectif persistant (F34), dans 7,5% des cas. Au total, près de la moitié de ces troubles, à savoir F33 et F34, peuvent, par définition, être qualifiés de relativement chroniques; en outre, les troubles bipolaires suivent souvent, eux aussi, un cours récurrent. Ceci est comparable, quant à l'ordre de grandeur, aux données des médecins généralistes, qui montrent qu'environ 50% des premiers contacts en cas de dépression ne concernaient pas la survenance d'une première dépression, mais bien d'une récidive.

À la figure 6.18, le graphique de droite indique la fréquence de la comorbidité psychiatrique d'un trouble de la personnalité (F6) dans les catégories les plus importantes de diagnostic principal. Le pourcentage de troubles comorbides de la personnalité s'avère particulièrement fort chez les patients dépressifs traités par des psychiatres privés: atteignant près de 18%, il dépasse celui de tous les autres types de diagnostics. Comme on l'a déjà évoqué au chapitre 4.2, c'est un fait qui peut notamment déterminer une invalidité, les troubles comorbides de la personnalité étant, par définition, associés à d'importants handicaps dans la vie de tous les jours. Les personnes déclarées invalides en raison d'un trouble affectif présentent par ailleurs le même taux de troubles comorbides de la personnalité (18%). Le trouble affectif en question est la plupart du temps la récidive d'un trouble dépressif (F33). Les diverses sources de données montrent donc que les dépressions sont liées avec les troubles de la personnalité, ce qu'indiquent également les résultats actuels de la recherche sur ce sujet.

Quant à la situation professionnelle des patients dépressifs, l'enquête effectuée auprès des psychiatres établis en fait connaître quelques aspects détaillés (fig. 6.19). Les personnes dépressives traitées par des spécialistes en psychiatrie suivent, grosso modo, la «règle des tiers»: un tiers sont des personnes sans emploi, un tiers sont confrontées à des problèmes dans le cadre de leur travail et le dernier tiers sont des personnes qui exercent sans problèmes une activité professionnelle. Cette variable qui a trait à la situation professionnelle ne recoupe pas complètement celle indiquée précédemment (fig. 6.15) concernant le statut d'activité (avec les spécifications «sans emploi»/«actif occupé»), où ont été partiellement prises en compte des formes de travail sans rémunération normale telle que la formation, les activités en ateliers protégés, etc.

Lorsque leurs patients avaient un emploi, mais en même temps des problèmes au travail, dans deux cas sur trois environ, les psychiatres avaient pris contact au moins une fois avec le supérieur hiérarchique de la personne en traitement, et dans un tiers des cas environ (12 cas) à plusieurs reprises. Toutefois, d'autres analyses indiquent que 11 des 12 contacts avaient trait à des activités dans le cadre de programmes d'occupation des chômeurs, de centres de réadaptation professionnelle et d'ateliers protégés, et que dans un cas seulement il s'agissait d'un contact avec un employeur de l'économie privée. Même parmi les cas de contact unique avec l'employeur (11 cas), cinq seulement concernaient un employeur de l'économie privée. Par contre, presque tous les cas pour lesquels aucun contact n'a été pris (17 cas) se rapportaient à des rapports de travail dans l'économie privée (13 cas).

40% seulement des patients dépressifs travaillent sans problème notable, situation professionnelle de patients souffrant de troubles de l'humeur, 2009 Fig. 6.19



Source: Amsler et al., 2010, Enquête auprès des cabinets de psychiatres du canton de Berne 2009

En résumé, cela signifie que, lorsque des patients dépressifs travaillant dans l'économie privée ont des problèmes d'emploi, les psychiatres établis prennent rarement contact avec leur employeur. Eu égard au fait que les patients dépressifs présentent d'ores et déjà un faible taux d'activité, ce manque de contact, défavorable, montre que les traitements psychiatriques font peu de cas de la situation professionnelle des patients, alors même que son importance n'est pas contestée, en particulier pour le processus de guérison. Ce qui est finalement en contradiction avec l'importance que les patients donnent à l'activité professionnelle, qui est un de leurs besoins essentiels: selon les études à ce sujet, 70 à 90% des patients déclarent qu'ils veulent travailler (Grove, 2005; Cahn & Baer, 2003; Crowther et al., 2001). On trouve peut-être une problématique semblable avec les certificats médicaux d'incapacité de travail qui, comme l'expérience le montre, répondent souvent au souhait des patients d'être dispensés du fardeau du travail, mais non à leur besoin de rester professionnellement actifs. Mais les données nécessaires à ce sujet font encore défaut.

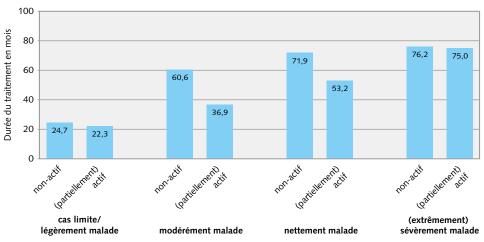
Les analyses ci-après révèlent l'importance attachée à l'activité professionnelle (rémunérée):

La durée du traitement a une grande importance non seulement pour le patient lui-même, mais aussi du point de vue de l'impact économique de la charge de morbidité. Chez les patients dépressifs qui sont occupés au moins à temps partiel, la durée du traitement est plus courte que chez ceux qui ne travaillent pas (fig. 6.20). Les différences sont particulièrement marquées dans les catégories de personnes modérément et nettement malades, qui représentent ensemble près des deux tiers de la clientèle dépressive. Parmi les patients modérément malades, ceux qui exercent une activité professionnelle sont, d'après les estimations des psychiatres, au total environ 37 mois en traitement, contre une durée approximative de 61 mois pour ceux qui n'ont pas de travail. La différence entre patients occupés et non occupés est donc, dans cette catégorie, de l'ordre de 23 mois, soit pratiquement de deux ans.

Quoiqu'il soit probable, ici, que d'autres facteurs (comorbidité, niveau de formation, etc.) jouent un rôle dans la relation entre statut d'activité et cours du traitement, une influence sociale dont l'intensité n'est égalée, même approximativement, par aucune autre caractéristique des patients s'exerce sur la durée du traitement et sur la situation pathologique en général. Même chez les personnes nettement malades, on observe une différence de durée du traitement de l'ordre de 20 mois environ, avec l'impact qui en découle sur l'activité professionnelle. Il est intéressant de remarquer que la situation en matière de revenu du travail n'est guère différente selon que le patient est légèrement ou gravement malade. Par contre, dans la grande majorité des cas de dépression moyennement sévère, l'activité professionnelle revêt une importance capitale.

On observe des liens similaires dans chacune des formes de troubles de l'humeur (Fig. 6.21). Le traitement des personnes actives occupées atteintes d'un trouble affectif

La durée du traitement est plus courte chez les patients professionnellement actifs, durée du traitement (total de la durée déjà écoulée et de la durée prévisible) selon le degré de sévérité et le statut d'activité, 2009 Fig. 6.20



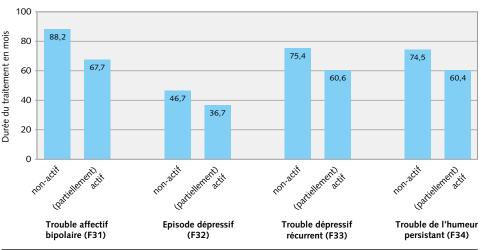
cas limite/légèrement malade: n=5, modérément malade: n=27, nettement malade: n=91, (extrêmement) sévèrement malade: n=56

Source: Amsler et al., 2010, Enquête auprès des cabinets de psychiatres du canton de Berne 2009

Les actifs occupés guérissent plus rapidement quel que soit le type de diagnostic,

durée du traitement (total de la durée déjà écoulée et de la durée prévisible) selon le diagnostic et le statut d'activité, 2009





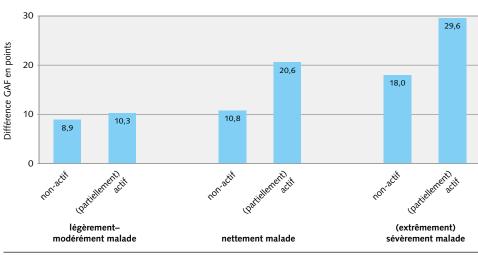
F31: n=32, F32: n=59, F33: n=77,

Source: Amsler et al., 2010, Enquête auprès des cabinets de psychiatres du canton de Berne 2009

© Ohsan

Les actifs occupés guérissent mieux, quel que soit le degré de sévérité, amélioration de la capacité fonctionnelle depuis le début du traitement selon le degré de sévérité et le diagnostic, 2009

Fig. 6.22



légèrement-modérément malade: n=32, nettement malade: n=92, (extrêmement) sévèrement malade: n=56

Source: Amsler et al., 2010, Enquête auprès des cabinets de psychiatres du canton de Berne 2009

© Obsan

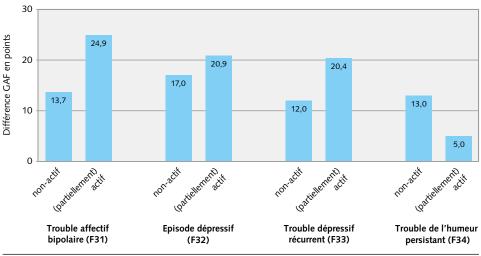
bipolaire (F31) dure environ 20 mois de moins que celui des personnes non actives. La différence est de l'ordre de 10 mois pour les épisodes dépressifs; elle est de 15 mois pour les dépressions récurrentes, les dysthymies et les dépressions chroniques de faible gravité. L'activité professionnelle induit également, quel que soit le diagnostic, des différences notables quant à la durée du traitement.

Le graphique ci-après confirme que la durée du traitement des patients actifs occupés n'est pas raccourcie aux dépens de la convalescence (fig. 6.22).

Le «Global Assessment of Functioning Scale» (GAF) est un moyen, pour les soignants, d'évaluer la fonctionnalité des patients en début de traitement et au moment de l'enquête. Cette échelle de 1 à 100 mesure le niveau de fonctionnalité des patients dans divers domaines de la vie quotidienne. La différence entre les deux estimations (niveau actuel moins le niveau évalué en début de traitement) sert en l'occurrence d'indicateur de guérison.

Quel que soit le degré de gravité de la maladie, la différence entre le niveau actuel et le niveau estimé en début de traitement est beaucoup plus importante chez les patients actifs occupés qui travaillent au moins à temps partiel, ce qui signifie qu'ils ont fait, au cours du traitement, davantage de progrès dans la maîtrise de leur quotidien que les patients non actifs. Si la différence reste peu importante (2 points) chez les patients dont la

Les actifs occupés guérissent mieux, amélioration de la capacité fonctionnelle depuis le début du traitement selon le statut d'activité et le diagnostic, 2009 Fig. 6.23



F31: n=32, F32: n=59, F33: n=77, F34: n=14

Source: Amsler et al., 2010, Enquête auprès des cabinets de psychiatres du canton de Berne 2009

© Obsan

maladie est modérée, les progrès sont presque deux fois plus rapides chez les patients nettement malades mais qui sont professionnellement actifs et l'on observe enfin, chez ceux dont la maladie est sévère, une différence de 18,0 à 29,6 points sur une échelle de 100.

Les mêmes différences se retrouvent dans chacun des types de diagnostic (fig. 6.23). Chez les malades bipolaires (F31) exerçant une activité professionnelle, l'amélioration du niveau de fonctionnalité au cours du traitement a été près de deux fois plus importante que chez les patients non occupés. L'amélioration de la capacité fonctionnelle est presque deux fois plus importante, même chez les patients actifs occupés qui souffrent de dépression à répétition (F33). Mais pour ce qui est de F34, ce constat n'a qu'une pertinence limitée en raison du faible nombre de personnes concernées.

En résumé, le degré de sévérité de la maladie dépressive est particulièrement important et indique d'évidentes relations avec la désintégration sociale. Souvent, les patients sévèrement dépressifs ont une attitude de retrait de la vie sociale, ne disposent pas d'une personne de confiance, habitent seuls et sont sans emploi. Cela se manifeste également dans l'absence presque totale de coopération entre psychiatres et employeurs, même au sujet des cas de patients dépressifs qui, si de tels contacts pouvaient s'établir, auraient peut-être des chances de conserver leur emploi malgré les problèmes auxquels ils sont confrontés dans leur milieu de travail. En tout cas, chez les patients dépressifs, le fait d'exercer une activité professionnelle a des effets déterminants non seulement sur la durée du traitement psychiatrique, mais également quant à l'amélioration de la capacité

fonctionnelle dans la durée impartie à ce traitement. Quels que soient le diagnostic dépressif et la sévérité de leur maladie, les personnes actives occupées guérissent plus vite et mieux.

6.4 Traitement des troubles de l'humeur en milieu hospitalier

Les troubles de l'humeur constituent, après les problèmes de dépendance, la deuxième catégorie de diagnostics par ordre de fréquence (env. 26%) dans le traitement hospitalier de patients psychiatriques – et le premier motif d'hospitalisation chez les femmes. Le taux d'hospitalisation pour dépression récurrente a notablement augmenté entre 2000 et 2010, chez les hommes comme chez les femmes. Si les hospitalisations sont le plus souvent prescrites par des médecins généralistes, ce sont généralement les psychiatres qui assurent le suivi, le traitement hospitalier exerçant une fonction de triage. La faible proportion de cas adressés à des cliniques par des cabinets de psychiatrie indique qu'un traitement psychiatrique ambulatoire est très souvent suffisant. Enfin, on constate que la durée du traitement des patients dépressifs hospitalisés est plus courte chez les personnes exerçant une activité professionnelle.

En 2010 ont eu lieu, en Suisse, 82'680 hospitalisations avec diagnostic principal psychiatrique, dont un peu plus de la moitié (55%) dans des cliniques psychiatriques, un cinquième (20%) dans les départements de psychiatrie des hôpitaux de soins généraux et un quart (25%) dans les départements somatiques des hôpitaux de soins généraux. Avec environ 12 hospitalisations pour 1000 habitants, la Suisse enregistre dans ce domaine un taux de

traitement stationnaire très élevé en comparaison internationale. La durée moyenne d'une hospitalisation est d'environ 30 jours.

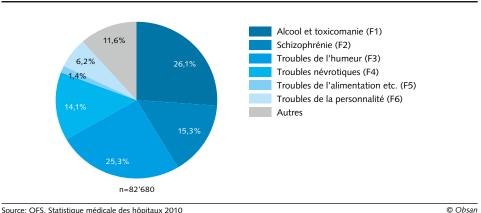
Avec les dépendances à une substance, les troubles de l'humeur sont le motif le plus fréquent de diagnostic principal F dans le traitement stationnaire (fig. 6.24). Dans un quart des hospitalisations, un trouble affectif est au premier plan, alors que les troubles schizophréniques et schizoïdes, par exemple, ne représentent qu'environ 15% des hospitalisations. Ce sont aussi très fréquemment des troubles de l'humeur qui constituent le «premier diagnostic supplémentaire», en particulier en cas de dépendance à une substance, de troubles névrotiques (anxiété, etc.), alimentaires ou de la personnalité. La dépression est, après les problèmes de dépendance, le «premier diagnostic supplémentaire» le plus fréquent lorsque le diagnostic principal est d'ordre psychiatrique.

Selon le taux d'hospitalisation pour 1000 habitants, la dépendance à une substance, chez les hommes, et les troubles de l'humeur, chez les femmes, sont les motifs les plus fréquents de traitement stationnaire (fig. 6.25). Le taux d'hospitalisation pour troubles de l'humeur a par ailleurs sensiblement augmenté entre 2000 et 2010, passant de 1,8 à 2,5 pour mille chez les hommes et de 3,2 à 3,8 chez les femmes. Sur une période d'une année, on enregistre environ un cas d'hospitalisation pour 400 hommes et un cas pour 250 femmes.

Les troubles de l'humeur comme deuxième motif d'hospitalisation le plus fréquent, fréquence des diagnostics principaux F

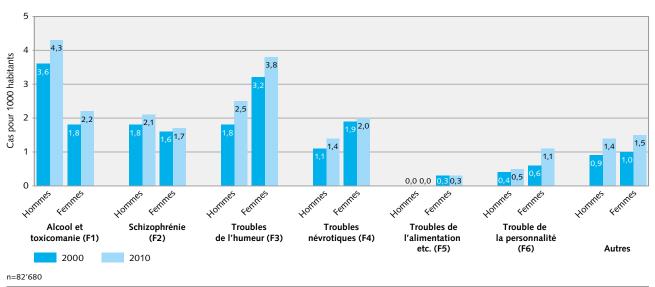
dans les traitements stationnaires (cas), 2010

Fig. 6.24



Les taux d'hospitalisation les plus élevés: problèmes de dépendance chez les hommes, troubles de l'humeur chez les femmes, taux d'hospitalisation selon le diagnostic principal F et le sexe, 2000 et 2010

Fig. 6.25



Source: OFS, Statistique médicale des hôpitaux 2010

L'analyse des hospitalisations par type de trouble affectif montre que la probabilité d'un traitement stationnaire a augmenté dans presque toutes les catégories ici considérées, à savoir les troubles bipolaires (F31), les épisodes dépressifs (F32) et les troubles dépressifs récurrents (F33). Il en est ainsi pour les hommes comme pour les femmes (fig. 6.26). Les hospitalisations pour troubles dépressifs récurrents (F33) ont augmenté fortement. Si le taux d'hospitalisation pour un épisode dépressif a diminué légèrement chez les femmes, on observe en revanche chez elles une augmentation particulièrement forte des troubles dépressifs récurrents.

Les taux confirment ici encore les données des médecins généralistes et des psychiatres privés dans la mesure où, à l'hôpital également, les troubles dépressifs récurrents (F33) sont diagnostiqués à peu près aussi fréquemment que les épisodes dépressifs (F32). Autrement dit, les troubles dépressifs traités sont, au moins dans la moitié des cas, des troubles survenant plus d'une fois. Cela explique en partie la forte charge de morbidité des dépressions pour les individus, mais aussi pour la société et l'économie.

Même si, comme on l'a vu au point 6.2, les médecins généralistes constatent des symptômes dépressifs chez beaucoup de leurs patients, mais n'en traitent qu'une petite partie pour dépression et ne les orientent que rarement vers un traitement psychiatrique spécialisé (env. 13%), ils n'en sont pas moins, et de loin, les principaux prescripteurs d'un traitement hospitalier pour des troubles de l'humeur (fig. 6.27).

Les trois quarts environ des patients hospitalisés pour des troubles de l'humeur (76,2%) l'ont été sur prescription du médecin de famille, 18,3% ont cherché par euxmêmes une clinique ou un hôpital et quelque 6% seulement ont été envoyés en traitement stationnaire par une autre instance.

Si le rôle du médecin de famille est essentiel pour l'envoi des patients en traitement stationnaire, celui des psychiatres établis l'est pour le traitement de suivi après la sortie de l'hôpital: les psychiatres établis traitent environ 40% des patients atteints de troubles de l'humeur après leur sortie de l'hôpital, les médecins de famille n'assumant ce rôle à titre principal que dans 13,2% des cas d'hospitalisation. En matière de traitement consécutif, un rôle important est dévolu également aux établissements psychiatriques ambulatoires, semi-hospitaliers ou hospitaliers qui, ensemble, assurent environ 22% des suivis après une hospitalisation pour dépression.

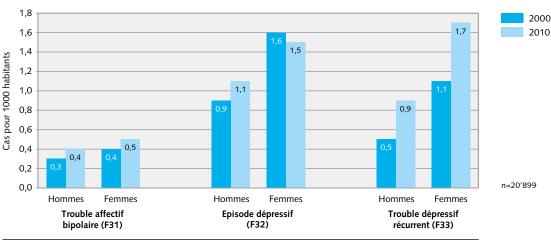
Les statistiques relatives aux prescripteurs et à la prise en charge après la sortie sont intéressantes notamment parce qu'elles montrent que la prescription d'un traitement stationnaire a pour effet, à côté du traitement proprement dit, de faire passer les personnes dépressives du secteur de la médecine généraliste vers celui de la médecine spécialisée. Le traitement stationnaire est donc très souvent la porte qui donne accès à un traitement psychiatrique spécialisé. À noter, dans ce contexte, qu'il est extrêmement rare qu'un psychiatre envoie un patient se faire traiter en hôpital ou en clinique: il semble que le traitement psychiatrique ambulatoire soit généralement suffisant.

Si l'on considère la durée d'hospitalisation pour troubles de l'humeur en la mettant en relation avec le statut d'activité, on observe des différences importantes (fig. 6.28). De 2002 à 2010, les temps d'hospitalisation ont été constamment plus courts pour les patients professionnellement actifs que pour les patients sans activité professionnelle. La différence en termes de jours d'hospitalisation est de l'ordre de 4 à 7 jours selon les années, les écarts s'étant réduits depuis 2002 en ce qui concerne les troubles de l'humeur considérés ici.

Ces écarts ne sont dus qu'en partie à des différences de gravité des troubles de l'humeur en ce sens que les patients souffrant de troubles sévères sont hospitalisés plus longtemps et sont plus rarement professionnellement actifs. C'est ce que montrent par exemple les données des cliniques, où le degré de gravité clinique de la maladie peut être évalué à titre facultatif par les soignants (au moyen de l'échelle d'impression clinique globale, utilisée aussi dans l'enquête auprès des cabinets psychiatriques du canton de Berne). Les différences dans la durée d'hospitalisation entre personnes actives occupées et personnes sans emploi s'observent aussi à l'intérieur de chaque catégorie de gravité (Baer & Cahn, 2009).

Plus d'hospitalisations pour troubles dépressifs récurrents, taux d'hospitalisation

pour une sélection de diagnostics F3 selon le sexe, 2000 et 2010 Fig. 6.26

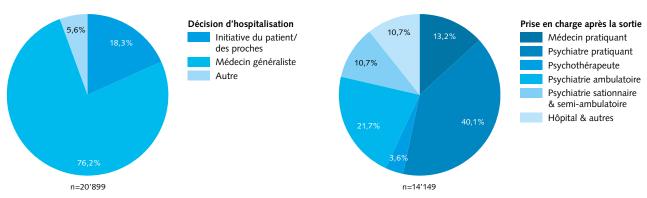


Source: OFS, Statistique médicale des hôpitaux 2010

© Obsan

Les médecins généralistes, principaux prescripteurs, et les psychiatres, principaux responsables du traitement consécutif, fréquence des prescripteurs d'un traitement stationnaire et du type de prise en charge après la sortie pour les troubles de l'humeur, 2010

Fig. 6.27

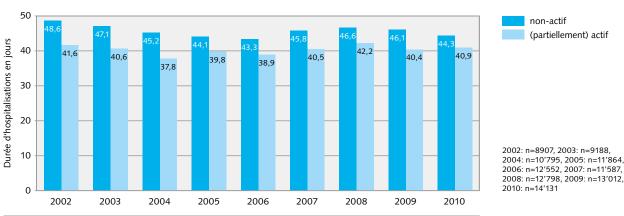


Source: OFS, Statistique médicale des hôpitaux 2010

© Obsan

Durée d'hospitalisation plus courte pour les personnes professionnellement actives, durée d'hospitalisation pour un diagnostic principal F3 selon le statut d'activité, 2002–2010

Fig. 6.28



Source: OFS, Statistique médicale des hôpitaux 2002–2010 (âge: 18–64 ans)

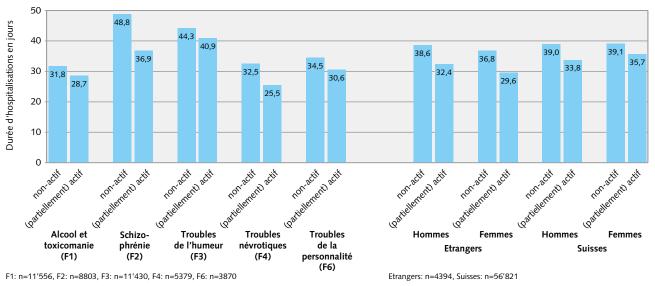
Le lien entre statut d'activité et durée du séjour hospitalier ne se limite pas aux troubles de l'humeur, mais se vérifie également dans toutes les catégories de diagnostics psychiatriques, chez les hommes comme chez les femmes, et quelle que soit la nationalité des patients (fig. 6.29).

Si la durée d'hospitalisation diffère modérément selon le statut d'activité pour les troubles de l'humeur, la différence est plus marquée pour les troubles schizophréniques (env. 10 jours) ou névrotiques (7 jours). L'écart se vérifie pour les Suisses comme pour les étrangers, mais il est un peu plus marqué chez ces derniers.

Ces données confirment les analyses présentées au point 6.3 sur la durée du traitement des patients dépressifs dans les cabinets psychiatriques, qui ont montré clairement que la durée du traitement est plus courte chez les personnes professionnellement actives, quel que soit le degré de gravité de la maladie. Chez les patients souffrant de troubles de l'humeur, l'exercice d'une activité professionnelle induit des écarts significatifs tant pour la durée des traitements psychiatriques ambulatoires que pour la durée des séjours hospitaliers. D'après les données dont on dispose ici, aucune autre caractéristique des personnes concernées n'induit de différences comparables dans la durée du traitement.

Durée d'hospitalisation généralement plus courte pour les patients professionnellement actifs, durée de l'hospitalisation pour une sélection de diagnostics principaux F selon le statut d'activité, la nationalité et le sexe, 2010

Fig. 6.29



Source: OFS, Statistique médicale des hôpitaux 2002-2010 (âge: 18-64 ans)

© Obsar

7 Les dépressions dans le contexte professionnel

Quelques analyses ont déjà été consacrées dans les chapitres précédents à l'activité professionnelle et aux conditions de travail des personnes dépressives. Le présent chapitre porte sur d'autres aspects de leur situation professionnelle. Une sélection d'indicateurs nous renseignera sur les problèmes au travail des personnes atteintes de symptômes dépressifs et sur les troubles qui y sont liés. Toutes les analyses présentées dans ce chapitre se rapportent aux personnes actives occupées (exerçant une activité professionnelle d'au moins une heure par semaine) âgées de 18 à 64 ans.

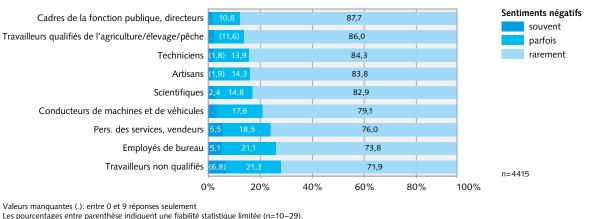
Nous considérerons d'abord quelques aspects de l'activité professionnelle des personnes atteintes de symptômes dépressifs et les relations entre les symptômes dépressifs, les problèmes professionnels et l'incapacité de travail (7.1). Nous examinerons ensuite le vécu des personnes dépressives dans leur environnement professionnel (7.2). Enfin, nous aborderons la question du traitement des personnes actives occupées souffrant de symptômes dépressifs (7.3).

7.1 Caractéristiques liées au travail des personnes dépressives

Comme on pouvait s'y attendre, la dépressivité touche particulièrement les travailleurs non qualifiés et les simples employés de bureau. Contrairement aux idées reçues, les personnes actives atteintes de dépressivité ne se plaignent pas plus souvent que les autres de stress du fait de tâches multiples, de changements incessants dans leurs activités ou du travail à l'écran, mais bien plus fréquemment de fortes contraintes physiques dans leur travail. À noter que cela pourrait être lié en partie à des troubles physiques comorbides. Les personnes atteintes de troubles dépressifs sévères travaillent plus fréquemment à temps partiel pour des raisons de santé. Chez les hommes, le revenu du travail diminue sensiblement en fonction de l'augmentation des symptômes, ce qui pourrait être en partie lié à une fréquence accrue du travail à temps partiel. Chez les femmes, qui travaillent à temps partiel plus souvent que les hommes, le revenu du travail reste constant. Enfin, l'aggravation des symptômes va de pair avec une réduction de la productivité et de la capacité de travail, et se traduit par des alitements plus fréquents: au cours du mois précédant l'enquête, les personnes dépressives ont été absentes de leur travail un jour sur deux ou un jour sur trois. Parmi les symptômes de la dépression, ce sont le manque d'intérêt et le ralentissement psychomoteur qui sont le plus étroitement liés aux problèmes de travail.

La dépressivité touche inégalement les différentes catégories de professions (fig. 7.1). Selon les données du PSM, les cadres dirigeants, les chefs d'entreprise et les travailleurs spécialisés sont moins fortement touchés par la symptomatique dépressive que les vendeurs, les employés de bureau et les travailleurs non qualifiés. L'importance des écarts est significative: avec un taux de dépressivité situé entre 25 et 30%, les employés de bureau et les travailleurs non qualifiés sont plus de deux fois plus souvent atteints de dépressivité que les cadres salariés, les personnes travaillant dans l'agriculture et les techniciens/techniciennes. Ce fait est particulièrement marqué pour la dépressivité dans ses formes sévères. Avec un taux avoisinant 7%, les travailleurs non qualifiés sont touchés par des problèmes de dépressivité plus de quatre fois plus souvent que les personnes exerçant des fonctions dirigeantes.

La dépression est particulièrement fréquente chez les employés de bureau et les travailleurs non qualifiés, dépressivité par catégories professionnelles, 2009 Fig. 7.1



Les pourcentages entre parenthèse indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29).

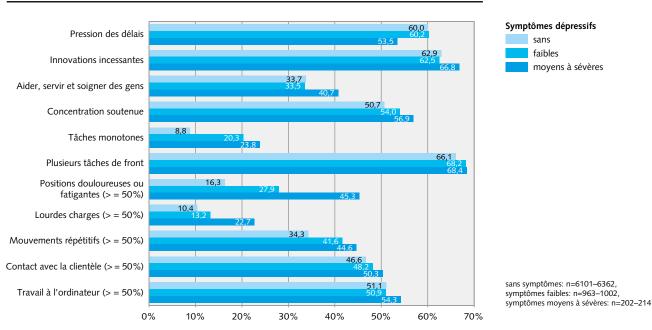
Source: FORS, Panel suisse de ménages 2009 (personnes actives occupées, 18-64 ans)

© Obsan

La dépressivité est corrélée surtout avec les activités physiquement éprouvantes,

fréquence de diverses formes de stress professionnel selon les symptômes dépressifs, 2007

Fig. 7.2



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007 (personnes actives occupées, 18–64 ans)

Les symptômes dépressifs sont donc présents dans des proportions supérieures à la moyenne dans les métiers simples et en partie aussi dans les professions physiquement éprouvantes. Abstraction faite de l'évidente corrélation entre catégorie professionnelle et niveau de formation, qui contribue à ce résultat, un autre élément aussi essentiel est la corrélation possible entre contraintes physiques et symptômes dépressifs. Contrairement à l'idée courante qui voudrait que les dépressions soient avant tout liées à des facteurs de stress au lieu de travail, comme le surmenage, les innovations incessantes, le nombre excessif de tâches et de responsabilités (*tâches multiples*) ou les contacts avec la clientèle, toutes ces caractéristiques du travail ne diffèrent pas beaucoup selon le degré de dépressivité des personnes interrogées (fig. 7.2).

En comparaison avec les personnes non dépressives, les personnes actives présentant des symptômes dépressifs légers à sévères ne se disent pas ou presque pas plus touchées par des problèmes de surmenage, d'innovations incessantes, de contact avec la clientèle, de concentration excessive ou prolongée, ou par de trop longues sessions de travail à l'écran. Elles ne se plaignent pas plus souvent que les autres d'avoir à effectuer simultanément plusieurs tâches sur de longues périodes de travail (tâches multiples).

Par contre, il apparaît très clairement que plus les symptômes dépressifs sont marqués, plus est élevée la part des personnes qui travaillent dans des positions douloureuses ou fatigantes, qui accomplissent des tâches monotones, qui doivent soulever ou transporter de lourdes charges, ou qui effectuent constamment les mêmes mouvements des bras ou des jambes. Les personnes actives qui présentent des symptômes dépressifs déclarent trois fois plus souvent que les autres qu'elles doivent travailler dans des positions douloureuses ou fatigantes (env. 45 contre 15%).

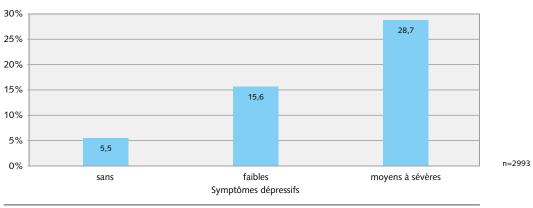
Ces résultats sont importants non seulement en ce qu'ils font apparaître le rôle prépondérant des contraintes physiques, mais aussi parce qu'ils montrent clairement que les personnes dépressives ne se plaignent pas systématiquement plus que les autres, mais qu'elles distinguent parfaitement entre les différentes nuisances du travail. Les contraintes liées à la pression des délais, aux innovations incessantes et aux tâches nécessitant une concentration élevée sont très souvent des sources de stress chez les personnes dépressives, mais celles-ci ne s'en plaignent pas plus fréquemment que les autres.

L'accroissement des contraintes physiques au travail en rapport direct avec la gravité des symptômes dépressifs doit aussi être mis en rapport avec la fréquence élevée des troubles physiques chez les personnes dépressives. Si une part de la corrélation entre contraintes physiques et dépressivité peut certes s'expliquer par la prévalence élevée des symptômes dépressifs chez les travailleurs non qualifiés, on constate une prévalence également forte dans d'autres catégories de professions. Le fait que les personnes dépressives se plaignent plus fréquemment de la monotonie du travail peut avoir un rapport direct avec la symptomatique dépressive elle-même. D'un autre côté, vu le caractère différencié des réponses données par les personnes dépressives, ces résultats peuvent aussi bien renvoyer à de caractéristiques effectives du travail. Comme le laissait présager la répartition par catégories professionnelles (et le niveau de formation généralement moins élevé des personnes dépressives), les tâches monotones ou impliquant des contraintes physiques semblent plus fréquentes chez les personnes dépressives. Ceci pourrait aussi être un facteur d'aggravation voire une cause des troubles physiques, et un facteur de risque d'invalidité.

Les personnes dépressives sont non seulement plus fréquemment sans emploi, mais travaillent aussi plus souvent à temps partiel que les personnes sans symptômes dépressifs (résultat non illustré ici). Qu'elles souffrent de troubles dépressifs légers ou moyens à sévères, la fréquence du travail à temps partiel est quasi la même (42,4 et 43,0%). Par contre, la fréquence du travail à temps partiel pour raisons de santé diffère nettement selon le degré de gravité des symptômes dépressifs (fig. 7.3).

Le travail à temps partiel est fréquent chez les personnes présentant des symptômes dépressifs, fréquence du travail à temps partiel pour raisons de santé selon les symptômes dépressifs, 2007

Fig. 7.3

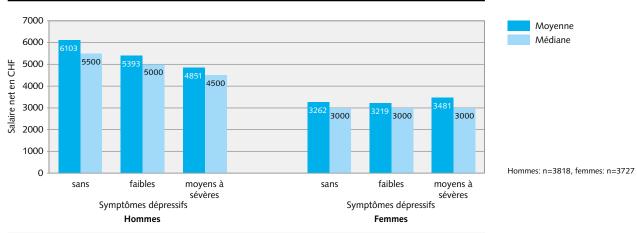


Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007 (personnes actives occupées, 18-64 ans)

© Obsan

Des différences de revenu nettes chez les hommes, mais pas chez les femmes, salaire individuel net selon le sexe et les symptômes dépressifs, moyenne et médiane, 2007

Fig. 7.4



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007 (personnes actives occupées, 18–64 ans)

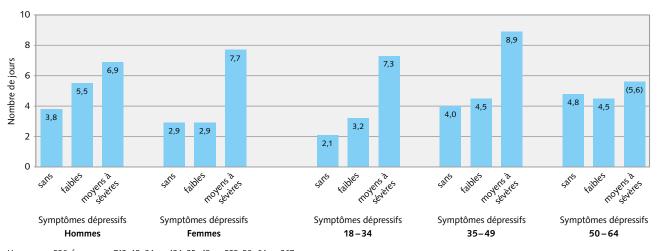
© Obsan

Les personnes actives non dépressives travaillent rarement à temps partiel pour des raisons de santé physique ou psychique (env. 6%). Les problèmes purement physiques ne nécessitent donc que rarement une réduction du temps de travail. Il en est tout autrement chez les personnes qui ont des symptômes dépressifs: la part des personnes travaillant à temps partiel pour raisons de santé s'élève à quelque 16% chez les dépressifs légers et à près de 30% chez les personnes atteintes de troubles moyens à sévères. La forte tendance au travail à temps partiel en cas de dépressivité – de même que la prévalence élevée de la dépressivité chez les travailleurs peu qualifiés – se reflète aussi dans le revenu (fig. 7.4).

Le salaire mensuel net (moyenne) des hommes interrogés dans le cadre de l'ESS diminue sensiblement avec l'augmentation des symptômes dépressifs, passant d'environ 6100 francs suisses chez les personnes asymptomatiques à 5400 en cas de symptômes dépressifs légers et à 4900 en cas de symptômes sévères. On peut supposer que la forte propension au travail à temps partiel et la prévalence élevée de la dépressivité chez les travailleurs peu qualifiés jouent ici un rôle. Chez les hommes, qui exercent plus généralement que les femmes une activité professionnelle à plein temps, la présence de symptômes dépressifs est donc associée à un revenu sensiblement plus faible, l'écart se chiffrant à quelque 1200 francs entre les personnes sans symptômes et celles souffrant de symptômes moyens à sévères.

Le degré de dépressivité est déterminant pour les durées d'incapacité de travail, nombre de jours d'incapacité de travail au cours des 4 semaines précédant l'enquête selon le sexe, l'âge et les symptômes dépressifs, 2007

Fig. 7.5



Hommes: n=536, femmes: n=712, 18-34: n=434, 35-49: n=525, 50-64: n=267 Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29)

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007 (personnes actives occupées, 18-64 ans)

© Obsan

Chez les femmes, par contre, le revenu ne diffère pas en fonction de la gravité des symptômes dépressifs. Ceci tient peut-être au fait que leur taux d'emploi à temps partiel, qui est de manière générale plus élevé, ne varie pas selon le degré de dépressivité (les femmes souffrant de symptômes dépressifs moyens à sévères indiquent même un taux d'occupation légèrement supérieur, ce qui pourrait expliquer que leur revenu net soit aussi un peu plus élevé). Les symptômes dépressifs semblent par conséquent avoir une influence négative surtout en cas d'activité à plein temps, alors que les personnes exerçant une activité à temps partiel, même en cas de symptomatique dépressive, sont davantage en mesure d'assurer un fonctionnement normal à leur poste de travail. D'autres différences liées au sexe (par exemple, les femmes peuvent-elles mieux conserver leur situation professionnelle que les hommes tout en souffrant de symptômes dépressifs moyens à sévères?), devraient être analysées de façon plus approfondie.

Chez les personnes professionnellement actives, on observe une corrélation entre le degré de gravité des symptômes dépressifs et la durée des périodes d'incapacité de travail (fig. 7.5). Pour rappel (chap. 4.2): la question relative à l'incapacité de travail a été posée aux personnes qui, dans les quatre semaines précédant l'enquête, ont été limitées dans leur travail en raison de problèmes de santé, soit 16% de la population. La proportion est de 23% chez les personnes souffrant de symptômes dépressifs légers et de 33% chez les personnes atteintes de

symptômes moyens à sévères. Les personnes qui n'ont pas été limitées dans leur travail ne sont pas prises en compte dans les analyses concernant les incapacités de travail.

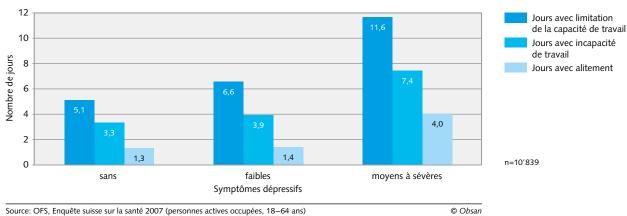
Le degré de dépressivité est déterminant pour la durée des temps d'incapacité de travail. Chez les hommes, la durée des périodes d'incapacité de travail augmente avec le degré de dépressivité. Au cours des quatre semaines précédant l'enquête, cette durée passe de 3,8 jours chez les personnes sans symptômes à 5,5 jours chez les personnes avec symptômes légers, et à 6,9 jours chez les personnes avec symptômes moyens à sévères. Parmi les personnes sans symptômes ou avec symptômes légers, les hommes ont nettement plus de jours d'incapacité de travail que les femmes, mais sensiblement moins parmi les personnes avec symptômes moyens à sévères.

Chez les personnes souffrant de symptômes dépressifs moyens à sévères, les hommes aussi bien que les femmes ont manqué plus d'un tiers des jours de travail au cours des quatre semaines précédant l'enquête (entre 7 et 8 jours sur 20). Les symptômes dépressifs sévères sont donc largement mis en cause dans l'incapacité de travail. La majeure partie des troubles physiques recensés dans l'ESS, même sous leur forme sévère, ne sont pas associés à une telle incapacité de travail. Par exemple, les maux de dos ou de reins sont associés en moyenne à 4,8 jours d'incapacité de travail, les maux de tête sévères à 3,7 jours et les douleurs articulaires et musculaires à 5,5 jours.

Lien étroit entre dépression et handicaps,

trois indicateurs de la capacité de travail selon les symptômes en nombre de jours au cours des 4 semaines précédant l'enquête, 2007

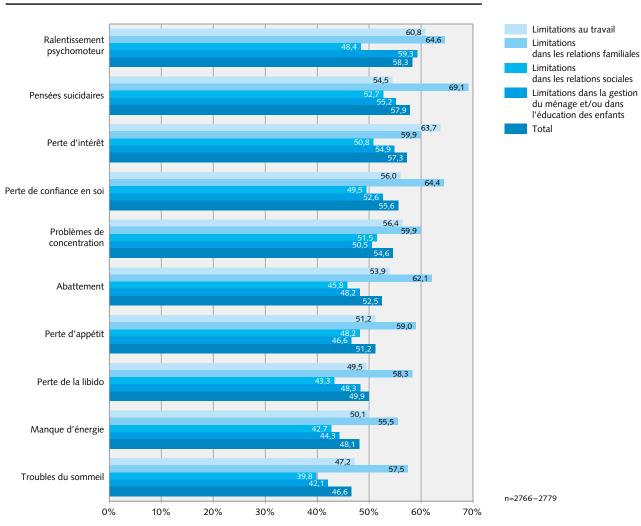
Fig. 7.6



© Obsan

Le ralentissement psychomoteur est très handicapant dans la vie privée et au travail, fréquence des limitations dans divers domaines de la vie selon les symptômes dépressifs, 2007

Fig. 7.7



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007 (personnes actives occupées, 18–64 ans)

La corrélation entre dépressivité et incapacité de travail diminue avec l'âge. La dépressivité sévère est liée à bien plus d'incapacité de travail chez les personnes actives jeunes que chez les plus âgées. Le taux d'incapacité de travail le plus élevé s'observe cependant chez les personnes de 35 à 49 ans souffrant de symptômes dépressifs moyens à sévères, qui présentent une incapacité de presque 9 jours de travail au cours des quatre semaines précédant l'enquête, c.-à-d. que ces personnes ont été absentes durant près de la moitié des jours de travail compris dans cette période.

La figure ci-après synthétise certaines données sur les handicaps liés à la dépressivité (fig. 7.6). Chez les personnes souffrant de symptômes dépressifs moyens à sévères, on constate des valeurs beaucoup plus élevées que chez les personnes non dépressives non seulement pour le nombre de jours durant lesquels elles étaient limitées de manière générale dans leurs activités, mais aussi pour le nombre de jours d'incapacité de travail et d'alitement pour raisons de santé. Les données sur la limitation des activités en général concernent toutes les personnes interrogées; la question relative à l'incapacité de travail concerne seulement les personnes qui ont fait état d'une limitation générale dans leurs activités pour raison de santé.

Les différences sont frappantes. La limitation de la capacité de travail est environ deux fois plus importante (en nombre de jours de travail) chez les personnes souffrant de dépressivité sévère que chez les personnes non dépressives, l'incapacité de travail l'est plus de deux fois plus et l'alitement environ trois fois plus (peut-être en raison de comorbidités). Là encore, seuls sont recensés les actifs occupés dont l'âge est compris entre 18 et 64 ans.

Même si toutes les personnes dépressives ne font de loin pas état d'absences au travail (une grande partie d'entre elles, n'ayant connu aucune limitation dans leurs activités quotidiennes, n'ont pas été interrogées sur la question de l'absentéisme), une corrélation apparaît tout de même très clairement: dans les cas où sont rapportées des limitations dans les activités quotidiennes pour raison de santé, la gravité de la dépressivité est corrélée très étroitement avec l'ampleur des limitations au quotidien. La figure ci-après (fig. 7.7) montre la fréquence (faible à élevée) des limitations dans les diverses fonctions de la vie quotidienne selon le type de symptômes dépressifs, quel qu'en soit le degré de gravité. Si l'on compare les différents types de symptômes dépressifs quant à leurs liens avec la fréquence des limitations au moins légères dans le travail, dans les rapports avec la famille, dans les

relations avec les amis et connaissances, dans la tenue du ménage et l'éducation des enfants, il s'avère que l'inhibition psychomotrice (ralentissement de la parole et des mouvements) est le symptôme le plus souvent associé à des limitations. À noter que les symptômes agissent souvent en concomitance avec d'autres symptômes. L'analyse des relations entre les symptômes et les fonctions sociales n'en révèle pas moins certaines corrélations. Les données sont classées selon la fréquence de leur impact dans tous les domaines de la vie.

Parmi les personnes affectées par un ralentissement psychomoteur, environ 60% éprouvent des limitations dans leur travail, environ 65% dans leurs relations familiales, presque 50% dans leurs relations sociales et près de 60% dans la gestion de leur ménage et/ou dans l'éducation des enfants. Ce symptôme est handicapant dans toutes les fonctions de la vie sociale. C'est également le cas de tous les autres symptômes dépressifs, mais dans des proportions généralement plus modestes. Sur le plan exclusivement professionnel, la perte d'intérêt est le symptôme qui va de pair avec les taux de limitations les plus élevés (près de 65%). Dans les relations familiales, ce sont les pensées suicidaires. La perte de confiance en soi et les sentiments de dévalorisation ou de culpabilité sont aussi des symptômes associés à des taux de limitations relativement élevés.

Il est un peu surprenant de constater que le manque d'énergie et la fatigue, ou le manque d'entrain, sont des symptômes associés à des taux de limitations relativement faibles. De manière générale, les valeurs les plus élevées s'observent dans les relations familiales. Cet aspect de la vie est donc plus souvent affecté par des limitations que, par exemple, celui de la fonctionnalité au travail. Les relations sociales sont le domaine de la vie le moins affecté par les symptômes dépressifs. Il se peut que le caractère plus distant de ces relations contribue à ce que l'impact des symptômes dépressifs y soit moins fort.

Le fait que le ralentissement psychomoteur joue un rôle central dans les troubles dépressifs a été étudié et décrit à plusieurs reprises par le groupe de chercheurs menés par Hell (Hell & Böker 2009). Leurs recherches ont révélé un lien étroit entre l'inhibition des capacités psychomotrices et le degré de la dépression. Une telle corrélation pourrait expliquer pourquoi les capacités socioprofessionnelles sont si souvent perturbées par ce symptôme: l'inhibition des capacités psychomotrices est un signe de dépressivité sévère, qui va de pair avec de lourds problèmes au quotidien. Le rapport curieusement étroit entre degré de gravité et niveau de fonctionnalité

corrobore les assertions du chapitre 6.3. Plus sévère est la dépression, plus le phénomène de désinsertion socio-professionnelle est prononcé. Le degré de gravité de la dépression est probablement le facteur le plus déterminant dans le pronostic du degré de handicap – cette corrélation n'a pas été démontrée jusqu'ici pour tous les troubles psychiques. Inversement, cela signifie aussi que l'inhibition et le ralentissement des aptitudes psychomotrices frappent avant tout les personnes sévèrement dépressives.

7.2 Le vécu des personnes dépressives dans le cadre du travail

Les personnes actives atteintes de symptômes dépressifs retirent beaucoup moins de satisfaction de leur travail et font état beaucoup plus souvent que les autres de surmenage, d'anxiété au travail, de nervosité, de craintes pour leur emploi, et disent ne pas arriver à «déconnecter» après le travail. Les personnes dépressives sont donc exposées au travail à un fort stress subjectif. À cela s'ajoutent des pensées négatives et des attitudes d'inhibition: les personnes dépressives considèrent souvent leur environnement professionnel comme défavorable et changeraient volontiers d'emploi. En même temps, elles pensent que la situation pourrait être encore pire et sont généralement d'avis qu'il faut savoir «ravaler sa colère». Cette forte anxiété et ces pensées négatives montrent les bénéfices possibles d'un traitement psychothérapeutique ou médicamenteux.

Après les caractéristiques extérieures de l'activité professionnelle – telles que le statut d'activité, les catégories professionnelles et l'absentéisme –, il faut considérer le vécu des personnes dépressives dans leur cadre de travail.

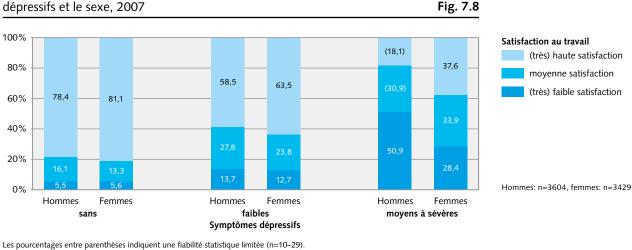
Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007 (personnes actives occupées, 18–64 ans)

La perception subjective du travail est en effet un facteur en soi de la conservation de l'emploi, du retour au travail après une maladie, des handicaps durables et de l'invalidité. La satisfaction au travail est l'un des indicateurs du vécu au travail. Elle est – et ce n'est pas surprenant – en étroite corrélation avec le degré de gravité des symptômes dépressifs (fig. 7.8).

En l'absence de symptômes dépressifs, les actifs occupés sont, dans l'ensemble, très satisfaits de leur situation professionnelle. Environ 80% des actifs occupés non dépressifs expriment un niveau de satisfaction élevé à très élevé à l'égard de leur situation professionnelle. Parmi les personnes insatisfaites, on n'observe que peu de différences selon le sexe, mais les femmes rapportent encore plus souvent que les hommes un degré de satisfaction élevé à très élevé. Parmi les actifs occupés atteints de symptômes dépressifs faibles, plus de 60% expriment un degré de satisfaction élevé à très élevé; chez ceux présentant une symptomatique sévère, la proportion n'est plus que d'un cinquième chez les hommes et d'un tiers chez les femmes.

Alors que les actifs occupés non dépressifs ne font part d'insatisfaction au travail que dans environ 5% des cas, un taux faible (à très faible), on constate chez les personnes touchées par la dépression un taux dix fois plus élevé chez les hommes et six fois plus élevé chez les femmes. Lorsqu'ils sont atteints de symptômes dépressifs, les hommes perçoivent beaucoup plus négativement leur situation professionnelle que les femmes. En revanche, d'autres analyses montrent qu'il y a peu de différences liées à l'âge. Quelle que soit la classe d'âge, le degré d'insatisfaction augmente avec la dépressivité.

Satisfaction au travail nettement réduite chez les personnes présentant des symptômes dépressifs, satisfaction au travail selon les symptômes dépressifs et le seve 2007

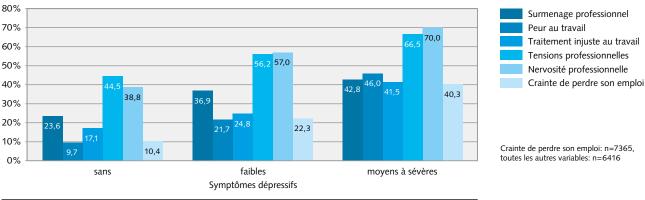


LA DÉPRESSION DANS LA POPULATION SUISSE

Forte anxiété des personnes dépressives au lieu de travail,

fréquence de divers sentiments négatifs au lieu de travail selon les symptômes dépressifs, 2007





Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007 (personnes actives occupées, 18-64 ans)

@ Obsan

La satisfaction au travail est un indicateur qui en soi ne dit pas tout. Mais si l'on y ajoute d'autres indicateurs, on peut se faire une idée assez claire de ce que vivent les personnes dépressives dans leur cadre de travail (fig. 7.9). Les personnes dépressives se sentent beaucoup plus menacées que les autres dans leur environnement professionnel. Avec des proportions comprises entre 40 et 70% environ, les travailleurs dépressifs se sentent très souvent surmenés dans leur travail, souffrent d'anxiété, se sentent injustement traités, éprouvent des tensions au lieu de travail, sont nerveux et craignent de perdre leur emploi.

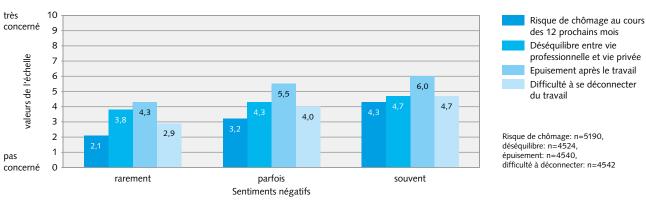
Ces proportions sont parfois très élevées en comparaison avec celles des personnes psychiquement bien portantes. Si ces dernières éprouvent fréquemment des tensions (44,5%) ou de la nervosité (38,8%) dans leur travail (ces taux sont respectivement de 66,5 et de 70,0% chez les personnes dépressives), elles font rare-

ment état de sentiments d'anxiété au travail ou de crainte de perdre leur emploi (10% dans les deux cas). Ces formes d'anxiété sont beaucoup plus fréquentes chez les personnes dépressives, touchées à plus de 40%.

En ce qui concerne les conséquences possibles de tels sentiments, peu importe en définitive qu'ils reflètent la réalité de l'environnement de travail ou qu'ils soient l'expression d'un état anxiodépressif. Une forte anxiété, la nervosité, le sentiment d'être surmené, et en particulier le sentiment d'être injustement traité, sont des facteurs de stress importants. Les travailleurs dépressifs subissent donc, dans leur cadre de travail, un stress important, dont on conçoit aisément qu'il puisse être psychiquement déstabilisant et qu'il entraîne des incapacités de travail et un risque accru d'absentéisme et d'invalidité. D'autres indicateurs, tirés cette fois du PSM, donnent des résultats similaires (fig. 7.10).

Les personnes éprouvant des sentiments dépressifs ont du mal à «déconnecter» après le travail, intensité de certains sentiments négatifs liés au travail selon la dépressivité, 2009

Fig. 7.10



Source: FORS, Panel suisse de ménages 2009 (personnes actives occupées, 18–64 ans)

Les indicateurs présentés ici sont basés sur une échelle de 0 à 10 au moyen de laquelle les répondants évaluent, par exemple, leur risque d'être sans emploi au cours des 12 prochains mois, la valeur 0 représentant un risque nul et la valeur 10, un risque extrêmement élevé. En réponse à la question portant sur le degré de fatigue ressentie après le travail pour accomplir des activités qui leur tiennent pourtant à cœur, la valeur 10 signifie que la fatigue est extrême et 0 signifie qu'elle est imperceptible. Le graphique donne les valeurs moyennes obtenues à partir de ces évaluations.

Bien que la crainte de perdre son emploi n'ait pas été relevée ici de la même manière que dans l'ESS, il y a néanmoins concordance quant à la valeur attribuée à ce risque, deux fois plus importante chez les personnes souffrant de dépressivité. En outre, l'impression que le travail occupe trop de place par rapport à la vie privée y apparaît (modérément) plus forte. Enfin, la fatigue après le travail est beaucoup plus grande chez les personnes présentant des symptômes dépressifs. Le sentiment de ne pas arriver à se «déconnecter» du travail est, chez elles, particulièrement marqué. Quant aux personnes qui souffrent de dépressivité sévère, elles attribuent à ce problème une valeur d'échelle presque deux fois plus élevée que les personnes non dépressives.

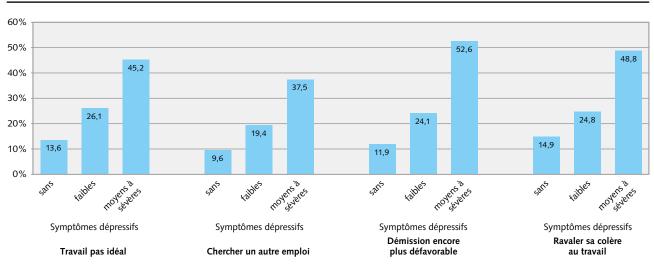
L'incapacité à déconnecter, qui peut être liée à la symptomatique dépressive (rumination), entraîne en tout cas des problèmes tels que des troubles du sommeil, de la difficulté à récupérer et davantage de stress. Si l'on se réfère à ce qui a déjà été indiqué au moyen des données de l'ESS sur le vécu des personnes dépressives exerçant une activité professionnelle, il est compréhensible que les peurs et les sentiments négatifs éprouvés dans le cadre professionnel puissent contribuer à cette difficulté à se déconnecter après le travail.

Quel que soit le fondement des corrélations observées, il s'avère que l'expérience et le vécu, c'est-à-dire les perceptions, les pensées et les sentiments des personnes dépressives constituent des éléments essentiels d'une éventuelle problématique liée au contexte professionnel. Le graphique ci-après, basé sur les données de l'ESS, renseigne sur les pensées et affects négatifs et inhibiteurs qui peuvent se manifester chez les personnes actives dépressives (fig. 7.11).

Les jugements formulés par les travailleurs dépressifs à l'égard de leur emploi et de leur cadre de travail se distinguent très nettement de ce qu'éprouvent les personnes en bonne santé psychique. Selon les items de l'ESS, les travailleurs dépressifs considèrent souvent leur emploi comme non idéal (tout en disant qu'il pourrait

Attitudes négatives et fatalistes chez les travailleurs présentant des symptômes dépressifs, fréquence de diverses attitudes à l'égard du travail selon les symptômes dépressifs, 2007

Fig. 7.11



Travail pas idéal: n=7438, chercher un autre emploi: n=7389, démission encore plus défavorable: n=7285, ravaler sa colère au travail: n=7388

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007 (personnes actives occupées, 18-64 ans)

être encore pire), et il est fréquent qu'ils envisagent de chercher un nouvel emploi (si la situation ne s'améliore pas) sans pour autant entreprendre la démarche, par crainte d'inconvénients supplémentaires. Face aux difficultés, ils «ravalent leur colère» et se font finalement à l'idée qu'étant salariés, ils n'ont de toute façon pas grand-chose à attendre (non illustré dans le graphique).

Les considérations sur le travail sont complètement différentes chez les personnes non dépressives: elles jugent très rarement leur travail comme n'étant pas idéal et envisagent encore plus rarement de changer d'emploi, sans penser pour autant que le fait de changer de travail entraînerait plus d'inconvénients que d'avantages, et il n'est pas dans leurs habitudes de ravaler leur colère.

Dans ce contexte, il n'est donc guère surprenant que les interventions psychothérapeutiques puissent apporter un soutien essentiel en particulier aux personnes dépressives professionnellement actives. Les sentiments négatifs et le désespoir peuvent être traités par la psychothérapie, que ce soit à travers une thérapie cognitivo-comportementale, dont l'efficacité est largement démontrée, ou par des méthodes dites psychodynamiques, dont les effets peuvent être significatifs à plus long terme.

Les pensées négatives sont en tout cas une caractéristique typique des personnes dépressives. L'analyse montre à quel point les pensées dépressives peuvent être handicapantes.

7.3 Traitement des travailleurs dépressifs

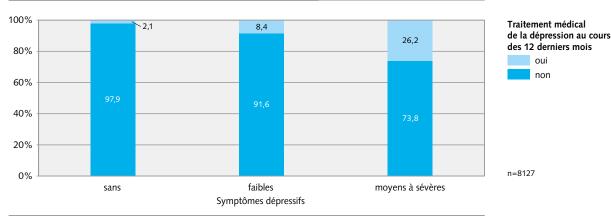
Le taux de traitement des personnes professionnellement actives souffrant de symptômes dépressifs est relativement faible. Or, un traitement serait généralement une condition nécessaire à la conservation à long terme de leur emploi et à l'amélioration de leur productivité. Un quart seulement des personnes actives atteintes de symptômes moyens à sévères suivent un traitement médical pour leurs symptômes dépressifs.

Les pensées négatives des personnes dépressives et leur perception altérée de la réalité ne vont pas sans exercer une forte influence sur leur situation professionnelle. Il est dès lors important que les personnes atteintes de maladies dépressives, et parmi elles plus particulièrement – dans une perspective de prévention – les personnes professionnellement actives, soient traitées par des professionnels. Or, ce n'est que rarement le cas aujourd'hui (fig. 7.12).

Parmi les personnes actives occupées, 8,4% seulement de celles qui ont des symptômes dépressifs faibles et 26,2% de celles qui présentent des symptômes dépressifs moyens à sévères suivent un traitement médical. Au regard de la souffrance subjective de ces personnes, du pronostic défavorable quant à l'évolution de leur maladie et des handicaps sociaux et professionnels liés aux dépressions légères ou sévères, cette situation est très insatisfaisante – même si l'on ajoute aux personnes qui suivent

Les travailleurs présentant des symptômes dépressifs suivent rarement un traitement médical pour leur dépression, fréquence des traitements médicaux pour dépression selon les symptômes dépressifs, 2007

Fig. 7.12



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007 (personnes actives occupées, 18–64 ans)

© Obsan

un traitement médical un certain nombre de personnes traitées par des psychothérapeutes ou des psychologues professionnels.

De plus, comme on l'a vu au chapitre 6, les traitements médicaux relèvent la plupart du temps de la médecine générale; or celle-ci, précisément en cas de symptômes dépressifs faibles, ne peut guère intervenir dans un sens psychothérapeutique, mais recourt presque exclusivement à une médication antidépressive. Vu la fréquence des pensées négatives chez les personnes dépressives exerçant une activité professionnelle et les angoisses liées à leur situation professionnelle, une thérapie par le dialogue – ne serait-ce qu'à titre de complément au traitement psychopharmaceutique – apparaît bien plus indiquée en cas de dépression légère ou moyenne. Mais, de façon générale, cette thérapie est rarement pratiquée.

Même si la majeure partie des personnes actives occupées souffrant de symptômes dépressifs conservent leur emploi et ne font pas état d'une incapacité de travail accrue, elles souffrent néanmoins d'un stress subjectif (négativisme) et d'un stress objectif (activités non qualifiées) qui sont nettement plus prononcés. Il s'ensuit d'énormes pertes de productivité qui sont de loin la cause de la majeure partie du coût indirect des dépressions.

Par ailleurs, le risque existe que, faute de traitement adéquat, une part substantielle de ces personnes présentes à leur poste de travail entrent en dépression sévère, un état qui peut entraîner absences durables et invalidité. À cet égard, on retiendra simplement qu'un traitement médical de la dépression peut avoir pour effet de prévenir une invalidité. Un traitement psychiatrique spécialisé, ou un traitement par le médecin de famille soutenu par un psychiatre, peut avoir un effet encore meilleur qu'un traitement uniquement par le médecin généraliste (OCDE, 2012).

Enfin, la situation professionnelle des personnes actives souffrant de dépression ne peut être améliorée de façon systématique et sur une grande échelle que si les soignants et les employeurs collaborent étroitement. Les données tirées de l'enquête auprès des cabinets de psychiatres du canton de Berne indiquent que cela n'a généralement pas lieu (chap. 6.3). Bien que les psychiatres décèlent assez fréquemment chez leurs patients un problème lié au travail, ils ne prennent presque jamais contact avec l'employeur.

Cela légitime l'impression courante selon laquelle les médecins, de manière générale, mais également les spécialistes en psychiatrie, ne s'intéressent pas suffisamment à la situation professionnelle de leurs patients dépressifs. En outre, s'il est vrai que les patients, comme on le sait par expérience, seraient souvent heureux de voir leur médecin intervenir auprès de leur employeur, ils éprouvent aussi, dans bien des cas, certains scrupules à cet égard et ne veulent pas que leur trouble psychique soit divulgué. Vu la fréquence très importante des expériences de stress vécues par les patients dans leur cadre de travail, et vu la fréquence des cas d'invalidité chez les personnes dépressives, il existe à cet égard, selon l'OCDE (2012), un besoin urgent d'intervention et de recherche.

8 Commentaire de Theodor Cahn

D^r méd., spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, Allschwil (BL) Médecin-chef de la Clinique psychiatrique cantonale de Liestal de 1978 à 2007

Avec cette publication, l'Obsan présente pour la première fois une étude épidémiologique approfondie sur un groupe déterminé d'affections psychiques. En choisissant les dépressions, il a retenu un groupe d'une importance statistique particulière, que l'on peut considérer comme représentatif de l'ensemble des maladies psychiques. Niklas Baer et ses coauteures ont exploité d'une manière extrêmement intéressante les données abondamment récoltées sur le plan national et le grand nombre de cas pris en considération leur a permis de réaliser des analyses variées et nuancées. Comme psychiatre et psychothérapeute actif tant dans la pratique que dans l'organisation des soins, j'ai trouvé leurs résultats très stimulants pour la réflexion. C'est dans le cadre de ce jugement global positif qu'il conviendra de lire les observations critiques qu'il m'arrivera de formuler. Après une introduction consacrée à des questions de méthode, je me concentrerai dans mon commentaire sur certains thèmes, renonçant à dessein à traiter systématiquement l'ensemble des chapitres et des résultats du rapport.

L'étude se base principalement sur deux grandes enquêtes, l'Enquête suisse sur la santé et le Panel suisse de ménages. De prime abord, on est frappé par le fait que les analyses tirées de ces enquêtes distinctes convergent de façon impressionnante. D'autres sources statistiques fournissent des résultats comparables. Les conclusions du rapport se présentent donc comme tout à fait «solides». D'un point de vue statistique, elles ont assurément une valeur considérable: elles offrent une base permettant de mener d'autres recherches spécialisées, mais aussi de nourrir la discussion politique sur le sujet de la santé et de la maladie psychiques.

Dans la langue courante, voire familière, on semble savoir spontanément ce qu'est une dépression. Pourtant, dans cette étude, comme dans toute réflexion approfondie sur le sujet, la question des constructions théoriques et des définitions qu'il convient d'utiliser pour cerner les phénomènes rangés sous le diagnostic de «dépression» surgit rapidement.On constate déjà que ceci n'est pas une question anodine à la lecture des différents termes

utilisés dans le texte et dont certains d'entre eux sont explicitement définis. Un simple coup d'œil au système de diagnostics psychiatriques aujourd'hui en vigueur, la CIM-10 de l'OMS, nous révèle déjà un tableau complexe (et il en va de même du système américain DSM IV): dans le groupe des «troubles de l'humeur», les «épisodes dépressifs» sont tout d'abord répartis en trois degrés, «légers», «moyens» et «sévères», sur la base de certains critères. La question du degré de gravité de la dépression semble donc être primordiale dans le diagnostic. Lorsque ce degré est défini, il est possible de distinguer, parmi les «épisodes dépressifs», en fonction de leur évolution, les «troubles dépressifs récurrents» et les «troubles affectifs bipolaires» (où les épisodes de dépression alternent avec des épisodes de manie). C'est précisément à propos de ce classement des troubles par degré de gravité qu'il faut se demander quelles constructions théoriques sous-tendent les diagnostics psychiatriques et ce que ces constructions impliquent du point de vue normatif, notamment dans la détermination des soins nécessités par tel ou tel degré de trouble. On peut en effet distinguer certaines affections chroniques dont l'intensité n'atteint pas celle d'«épisodes dépressifs» qualifiés de «légers», mais qui se manifestent régulièrement, rendent l'existence douloureuse et nécessitent souvent des traitements de longue durée: par exemple les «troubles dysthymiques» (anciennement appelés «dépression névrotique»), les «autres troubles dépressifs persistants» et les «troubles de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée». Ces affections sont loin d'être des phénomènes secondaires ou «subcliniques». En examinant la combinaison des critères permettant de diagnostiquer des «épisodes dépressifs», on constate effectivement que le seuil à partir duquel on reconnaît ce trouble est élevé et que le qualificatif «léger» prête donc à l'équivoque. Même des «épisodes dépressifs légers» constituent une affection importante qui entame fortement la qualité de vie. La terminologie de la DSM IV souligne ce fait, en incluant les différents degrés des épisodes dépressifs, de «légers» à «sévères», dans le chapitre «Major Depressive Disorder».

S'il est assurément important de tenir compte des degrés susmentionnés pour l'exploitation des données de l'enquête, la plus grande prudence s'impose dès que l'on entre dans le domaine de l'interprétation. On peut évidemment admettre que les groupes des degrés les plus élevés sont exposés à un niveau de souffrance particulièrement important. Cependant, en présence de cas classés dans les degrés inférieurs, il est difficile de déterminer si l'on est face à des épisodes dépressifs relativement légers au sein de la pathologie sévère décrite ci-dessus des «troubles dépressifs majeurs» (selon la terminologie de la DSM IV), ou de cas dont la gravité n'atteint pas ce seuil (fixé pour des motifs opérationnels). En outre, parmi les cas n'atteignant pas le seuil des troubles dépressifs majeurs, certains peuvent être interprétés comme des réactions psychologiques passagères et normales, tandis que d'autres doivent être considérés comme les symptômes d'une maladie chronique. Il en va de la dépression comme de toute autre maladie: sa gravité et ses conséquences ne peuvent pas être évaluées sur la base d'un cliché instantané, mais seulement en fonction de l'évolution et de la durée de l'affection. Or, ces deux caractéristiques ne peuvent pas apparaître directement dans une enquête transversale basée sur la prévalence des affections examinées dans les deux semaines précédentes. Les données collectées ne fournissent que des indications indirectes sur l'évolution des cas à long terme, par exemple dans les réponses concernant les limitations de l'activité professionnelle et de la vie sociale, qui portent sur une certaine durée. Par contre, l'étude ne nous informe guère sur les changements qui interviennent souvent dans l'évolution de la maladie, entraînant des problèmes sociaux spécifiques. Il faudrait donc la compléter par une recherche épidémiologique approfondie qui puisse apporter des informations directes sur l'évolution à long terme des troubles examinés.

En concevant des enquêtes publiques sur la base de la notion de dépression de la CIM-10, notion conçue dans un but opérationnel, on obtient certes des résultats «solides», mais on doit laisser sans réponse certains problèmes que ce système de diagnostic ne peut pas résoudre. Ainsi, un examen plus approfondi permet de distinguer trois questions fondamentales et interdépendantes:

- 1. La question de l'homogénéité: les troubles recensés et analysés sous la dénomination de «dépressions» correspondent-ils toujours à la même maladie, précisément définie?
- 2. La question de la spécificité: les résultats obtenus sont-ils spécifiques aux dépressions, ou s'appliquent-ils aux troubles psychiques en général?
- 3. La question de la délimitation: comment distinguer ce qui est maladif des réactions psychologiques et des variations d'humeur normales?

Il faut répondre à la première question par la négative: on ne peut concevoir la dépression (et il en va de même de nombreux autres troubles psychiatriques) comme un phénomène homogène: on doit tout d'abord la considérer comme une disposition, présente en chaque personne, à réagir d'une certaine manière face aux épreuves les plus diverses, notamment face à la perte, à la détresse, à l'échec, etc. Elle représente ainsi une certaine forme de souffrance ou, en termes médicaux, une combinaison de symptômes: elle est un «syndrome», mais pas une maladie bien délimitable, dont les causes et les suites pathologiques seraient claires, comme l'est, par exemple, une maladie infectieuse déterminée. Elle peut avoir pour causes toute une variété de facteurs, tant intrapsychiques qu'externes. Les dépressions peuvent être des conséquences, des symptômes ou des amplificateurs de la plupart des autres troubles psychiques, comme en témoignent les multiples cas de comorbidité (voir chap. 4). À l'instar des douleurs, les dépressions peuvent s'affranchir de leur origine et se consolider dans une dynamique propre défavorable. Des facteurs génétiques ou constitutionnels peuvent contribuer à ce processus. Dans une petite partie des cas (en général des cas sévères), ces facteurs peuvent être prépondérants et entraîner un dysfonctionnement primaire du cerveau, qui se manifeste par des dépressions sans cause identifiable, alternant souvent avec des épisodes de manie. Dans ces cas, anciennement nommés «dépression endogène», la dépression peut être considérée comme une maladie spécifique. Cette catégorie de cas est probablement sous-représentée dans les enquêtes (voir chap. 2.5), mais pas dans les données des cliniques et des cabinets de psychiatrie.

La deuxième question, celle de savoir si les résultats obtenus sont spécifiques aux dépressions, se pose en particulier à propos des paramètres relatifs au contexte social et professionnel et à la thérapie. Dans ces domaines, les résultats de la plupart des analyses se situent dans le cadre des valeurs attendues pour les troubles psychiques en général. On peut expliquer ce fait par la fréquence de la dépression et par sa «dissémination» dans des troubles psychiques classés dans d'autres catégories: il est compréhensible que le repli sur soi, la résignation et le sentiment d'impuissance soient des réactions fréquentes aux souffrances et aux difficultés occasionnées par des troubles psychiques, même si, à l'origine, ceux-ci ne sont pas de type dépressif. Or les réactions de ce genre, qui impliquent un retrait vis-à-vis des relations avec le monde extérieur, font partie des mécanismes de base de l'état dépressif. Bon nombre de résultats non spécifiques peuvent donc se retrouver généralement dans les enquêtes portant sur des personnes psychiquement malades ou handicapées, d'autant que l'exclusion sociale qui frappe ces personnes dépend sans doute moins du type de maladie que de sa durée, du degré d'inadaptation qu'elle entraîne et de l'âge auquel le trouble apparaît. (Les schizophrénies, par exemple, surviennent souvent dès les années de formation; en moyenne, elles perturbent donc le développement social des personnes touchées encore plus fortement que les dépressions.)

La troisième question, concernant la délimitation des cas à considérer comme des dépressions légères et de ce qui relève de réactions et de variations d'humeur normales, est d'une brûlante actualité dans les débats sur la politique de la santé. Les taux épidémiologiques élevés sont en effet fréquemment dénoncés comme artificiels. Or, nous sommes ici en présence d'une gradation insensible, où il est très difficile de tracer la limite entre les deux catégories: c'est une question de convention normative. Les cas s'approchant le plus de cette limite semblent être ceux, déjà évoqués, où les troubles dépressifs se manifestent sur une longue durée, mais par des symptômes moins aigus que ceux des «dépressions majeures». Les standards diagnostiques ne fournissent pas ici de critères d'évaluation décisifs, contrairement au cas des dépressions majeures. Pourtant, ces troubles chroniques impliquent pour les personnes concernées des souffrances et un abaissement de leur qualité de vie, ce qui représente des facteurs subjectifs d'une grande importance. C'est par la durée de la maladie et la comorbidité que l'on parvient à donner la meilleure représentation opérationnelle de ces facteurs.

J'aimerais maintenant illustrer les enjeux de ces questions de fond en examinant plus précisément les analyses présentées dans le chapitre sur la «Comorbidité» (chap. 4). Dans ce chapitre, la notion de comorbidité est prise dans un sens large, comme la concomitance de différentes maladies diagnostiquées, autrement dit de différents types de troubles et de douleurs. La constatation d'une comorbidité a une valeur purement descriptive. Elle ne nous apprend rien sur les relations entre les troubles observés, qui peuvent prendre les formes suivantes:

- «Pure» comorbidité: les différentes pathologies sont initialement indépendantes («on peut avoir en même temps des poux et des puces»), mais elles peuvent interagir secondairement.
- Comorbidité avec lien de causalité: un trouble apparaît à la suite d'un autre trouble, où il a trouvé un terrain favorable (le premier ayant causé ou favorisé le second), ou deux troubles manifestes ont une origine commune.
- Comorbidité comme artefact dû au codage: les schémas diagnostiques CIM-10 et DSM IV dissocient parfois, pour des raisons de méthode, des symptômes associés. Dans ces cas, les critères de diagnostic sont établis de telle manière que lorsque certains symptômes d'une affection ne se manifestent pas systématiquement, ils ne sont pas classés dans la même catégorie que cette affection, mais dans une autre catégorie de troubles. Le cas doit alors être codé sous deux diagnostics distincts.

Au chapitre «Comorbidité», l'étude examine tout d'abord les liens entre symptômes physiques et état dépressif. Dans ce cadre, les troubles physiques les plus fréquents sont des affections que les praticiens considèrent le plus souvent comme «aspécifiques» ou «fonctionnelles» (tab. 4.1): maux de dos, sensations de faiblesse, maux de ventre, diarrhée et constipation, troubles du sommeil, maux de tête. Ces affections sont si fréquentes, même chez les personnes interrogées ne présentant pas de symptômes dépressifs, que seule une petite moitié d'entre elles ne souffre d'aucun de ces troubles. Or, il s'avère que le pourcentage et la gravité de ces troubles physiques augmentent fortement en proportion de la gravité des symptômes dépressifs: les deux tiers des personnes atteintes de troubles dépressifs sévères souffrent également de troubles physiques importants et seule une petite minorité d'entre elles ne se plaint d'aucun de ces troubles (fig. 4.1). On ne peut guère parler ici d'une pure comorbidité; ces résultats

reflètent plutôt le fait que les dépressions ne se manifestent pas seulement sous la forme de souffrances psychiques, mais également comme des souffrances physigues que les personnes atteintes éprouvent subjectivement et qui s'inscrivent dans le substrat des fonctions cérébrales. Une approche globale s'impose donc, où l'on évitera de séparer aspects psychiques et physiques: le sentiment de n'éprouver aucune douleur, ni physique, ni psychique, autrement dit d'être en parfaite santé, correspond davantage à un idéal, ou à une phase favorable de l'existence, qu'à la «condition de vie moyenne» de la population. Une certaine proportion de maux fait partie du cours normal de l'existence humaine, dont nous devons supporter l'imperfection et la vulnérabilité. La limite entre ces «maux ordinaires» et les affections pathologiques ne peut pas être établie sur une base purement statistique: elle ne peut être tracée qu'en fonction de certaines normes, c'està-dire de manière largement arbitraire. Or, la dépression intensifie ces sentiments de relative imperfection, de vulnérabilité et de faiblesse, jusqu'à ce qu'ils dégénèrent en sentiments d'échec, d'épuisement, d'impuissance, de souffrance, d'oppression, etc., ressentis tant psychiquement que physiquement - pouvant atteindre une intensité extrême dans les cas sévères. C'est là que se situe la spécificité des phénomènes dépressifs par rapport aux autres troubles psychiques; c'est de là aussi que provient la difficulté qu'il y a à les délimiter, puisqu'ils s'inscrivent dans une progression continue de la souffrance. Chez certaines personnes dépressives, les douleurs psychiques peuvent être au premier plan, tandis que, chez d'autres, les douleurs physiques primeront – parfois à tel point que le trouble psychique n'est pas du tout pris en compte. On peut donc présumer qu'une partie des personnes interrogées qui ne se plaignent que de troubles physiques souffrent également de troubles dépressifs.

L'étude examine de façon plus approfondie les *maux* de dos et les *troubles du sommeil*, ce qui est particulièrement intéressant, puisque ces deux affections permettent d'examiner «à la loupe» la problématique susmentionnée. Ces deux phénomènes somatiques ont visiblement un lien très étroit avec la dépression: la majorité des personnes présentant des symptômes dépressifs en souffrent (fig. 4.5). Il faut donc les considérer comme parties intégrantes des symptômes de la dépression. Les maux de dos ou les troubles du sommeil sont peut-être si prédominants dans les soucis des patients que les médecins considèrent que leur dépression est de moindre importance – quand elle n'échappe pas complètement au diagnostic. Ainsi, dans la statistique médicale, lorsque le diagnostic principal porte sur une «maladie du système

ostéo-articulaire et des muscles», des troubles dépressifs sont souvent signalés comme diagnostic supplémentaire (fig. 4.7). On peut en outre présumer qu'il existe une importante zone grise dans le recensement. Il serait particulièrement souhaitable d'envisager ici une approche globale, qui devrait déboucher sur une offre de soins également globale. Les analyses de l'étude montrent très nettement que les dépressions accompagnées de maux de dos ou de troubles du sommeil sont beaucoup plus handicapantes pour l'activité lucrative que ces différentes affections survenant isolément. Nous devrions chercher à mieux comprendre ces interactions: de telles recherches s'imposent tant dans un but de prévention et de réadaptation que pour répondre aux nécessités du droit des assurances. L'Al est censée refuser le droit aux prestations lorsqu'elle ne constate pas de lésions organiques importantes chez des patients qui se plaignent de maux de dos. De plus, lorsque des douleurs musculo-squelettiques sont accompagnées de troubles dépressifs, elle n'admet généralement pas un cumul des incapacités de travail relatives à ces deux affections. Il est clair que les personnes touchées sont injustement traitées, puisqu'elles souffrent incontestablement de forts handicaps.

Une comorbidité avec d'autres troubles psychiques est constatée dans la moitié des cas (fig. 4.17), ce qui montre à nouveau combien l'homogénéité et la spécificité de la notion de dépression sont problématiques. Quatre groupes de diagnostics semblent être étroitement liés: les troubles affectifs (CIM-10: F3), les troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives, ou toxicomanies (F1), les troubles névrotiques (F4) et les troubles de la personnalité (F6). Comment faut-il comprendre ces liens, bien connus en épidémiologie?

En ce qui concerne les troubles de la personnalité, on peut supposer que ces particularités structurelles de la personnalité, qu'elles soient constitutionnelles ou liées au développement précoce, offrent un terrain favorable au développement d'autres troubles. Ainsi, ces troubles entraînent fréquemment des dépressions, qui apparaissent de différentes manières, notamment en réaction à des échecs répétés dans les domaines social et relationnel; parfois, ces dépressions peuvent se manifester de façon plus claire et plus aiguë que le trouble primaire.

Dans le cas des *toxicomanies*, on constate également des relations causales avec les dépressions. Cette causalité s'exerce dans les deux directions et peut évoluer en cercle vicieux: une personne abuse de substances psycho-actives comme d'une «automédication» pour lutter contre ses sentiments dépressifs et, réciproquement, les effets pervers de cet abus conduisent à des troubles dépressifs.

Pour ce qui est de la comorbidité le plus fréquemment constatée, celle des dépressions et du groupe hétérogène des troubles névrotiques (CIM-10: F4), je soupçonne la présence de nombreux artefacts provenant du codage: les sentiments de peur sont très fréquents chez les personnes dépressives et ils peuvent parfois être diagnostiqués comme des troubles d'angoisse distincts. Lorsque les phénomènes somatiques sont prépondérants, le thérapeute sera facilement amené à diagnostiquer une comorbidité avec des «troubles somatoformes». Pour beaucoup de dépressions, et justement pour les formes courantes de moindre gravité (sans dimension psychotique), on peut présumer qu'elles ont une origine névrotique ou proviennent d'une réaction au vécu.

Comme nous l'avons constaté à propos de la comorbidité avec des affections somatiques, on s'aperçoit que les personnes «purement dépressives» s'en tirent mieux dans le monde du travail que celles qui présentent une comorbidité avec d'autres troubles psychiques (fig. 4.19). À ce constat s'ajoute le résultat de l'analyse portant sur les personnes mises à l'assurance-invalidité pour troubles psychiques, qui a permis de distinguer deux types de dépression (fig. 4.14): le premier comprend des personnes présentant un fort taux de comorbidité tant psychique que somatique, le second des personnes dépressives peu affectées de comorbidité (troubles anxieux ou troubles obsessionnels compulsifs). Cela nous amène à nous demander si nous n'avons pas ici affaire, au moins dans une certaine mesure, à des affections, ou à des complexes de troubles, de types distincts, qui réagissent différemment au contexte social et aux soins proposés. Une recherche ultérieure devrait se pencher sur cette question, en tenant compte des paramètres liés à l'évolution des troubles et du problème de leur transformation en affections chroniques. La question est d'une grande portée pratique, car l'intégration relativement mauvaise des personnes présentant des comorbidités importantes nous oblige à reconsidérer notre offre en matière de thérapie et de réhabilitation, qui semble mieux adaptée aux patients «purement dépressifs». Ainsi les études thérapeutiques, sur lesquelles les consignes de thérapie se basent, excluent souvent les cas présentant des comorbidités car n'étant pas «purs». Quant aux psychothérapies recommandées par les manuels, qui visent un trouble spécifique, elles négligent le plus souvent le problème de la comorbidité.

Le chapitre 5 porte sur le partenariat et les relations familiales et sociales. Ses résultats vont tous dans la même direction: plus les symptômes dépressifs augmentent, plus les relations et contacts interpersonnels diminuent. Ce constat n'est certes pas spécifique à la dépression, mais il s'applique en substance à tous les troubles psychiques d'une certaine gravité et d'une certaine durée. On rencontre ici un problème de base, celui de l'exclusion sociale des personnes ayant un comportement différent, inadapté et parfois difficile à comprendre. Face à cette exclusion, les personnes concernées réagissent souvent par la résignation, en adoptant des comportements de repli sur soi et en s'autostigmatisant, ce qui renforce encore l'exclusion. Or, le repli sur soi est un phénomène caractéristique de la dépression. La dépressivité supplémentaire de nombreuses personnes atteintes d'un autre trouble psychique primaire est liée à cette interaction. Ce qui semble par contre spécifique de la dépression, et notamment des maladies dépressives primaires, c'est l'apparition de sentiments d'abandon (ce terme serait plus approprié que celui de «sentiment de solitude»). Il y a manifestement une relation linéaire entre la fréquence et l'intensité de ces sentiments et la gravité de l'état dépressif – et il en va de même de la diminution du «soutien émotionnel» ressenti. Le sentiment d'abandon se manifeste ainsi même lorsque sont présentes des personnes de confiance, comme le montrent très clairement des témoignages de personnes dépressives. D'après mon expérience clinique, on entre dans le domaine de l'état dépressif sévère lorsque ce sentiment d'abandon se renforce jusqu'à la certitude désespérée qu'il n'y a plus aucun secours, plus aucune planche de salut à attendre. Des idées de suicide apparaissent généralement à ce stade, mais les liens entre suicide et dépression ne sont pas traités dans l'étude. On remarquera cependant qu'un tiers des personnes classées par l'étude dans la catégorie des dépressions moyennes à sévères disent ne pas ressentir ce sentiment d'abandon. Ceci soulève la question de la pertinence de ce classement: est-il justifié de parler dans ces cas de dépression «sévère»? De plus, on rencontre à nouveau le problème de l'homogénéité: ces «dépressions» ne pourraient-elles pas être en fait des troubles fondamentalement distincts, selon qu'elles sont accompagnées ou non d'un sentiment d'abandon?

Les diagnostics médicaux sont la base statistique des analyses portant sur le traitement des maladies dépressives (chapitre 6). On observera préalablement que les catégories utilisées par les enquêtes auprès de la population ne coïncident pas exactement avec les codes diagnostiques de la CIM-10 appliqués par les médecins. Ces codes sont plus cohérents (surtout lorsqu'ils sont utilisés par des spécialistes), mais aussi plus étroits. Par rapport aux relevés statistiques établis sur la base de la classification CIM-10, quelques précisions s'imposent: le groupe F3 «troubles affectifs» comprend également des diagnostics relevant de la manie. Dans le milieu hospitalier, ceuxci représentent approximativement 10 à 20% des diagnostics F3. Comme les manies n'apparaissent qu'à partir du troisième ou du quatrième caractère du code, elles ne figurent pas dans les statistiques génériques. Les manies sont plus rares dans le domaine ambulatoire, mais ici ce sont certaines formes de dépression apparaissant dans le groupe F4 «troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes» qui devraient faire augmenter les chiffres; dispersées dans différentes catégories (cf. ci-dessus mes observations sur la comorbidité psychiatrique), elles ne sont codées qu'au quatrième ou au cinquième caractère. Il s'agit notamment de F43.2 «troubles de l'adaptation», F43.20 «réaction dépressive brève», F43.21 «réaction dépressive prolongée» et de F43.22 «réaction mixte, anxieuse et dépressive». Mais la catégorie F48.0 «neurasthénie» (y compris l'état d'épuisement) a également des traits communs avec les états dépressifs. Ces troubles de type dépressif classés dans le groupe F4, considérés dans leur ensemble, sont assurément fréquents, et, dans la pratique, on ne peut qu'imprécisément les distinguer des formes du groupe F3. En gériatrie, il ne faudrait en outre pas négliger la catégorie F06.32 «trouble dépressif organique» (une dépression associée à la démence). Si l'on oriente la recherche exclusivement sur le groupe F3, les résultats seront probablement biaisés par une sousreprésentation des états dépressifs, notamment dans le domaine ambulatoire.

Dans une évaluation du traitement des maladies dépressives, les résultats concernant les *médecins de famille* sont bien sûr particulièrement importants. On constate en effet clairement qu'en Suisse, comme dans d'autres pays, ces praticiens ont la responsabilité de la majeure partie des traitements dispensés aux personnes souffrant de troubles psychiques. La densité particulièrement élevée de cabinets et d'établissements spécialisés dans notre pays n'influe guère sur cette situation. Or,

les résultats de l'étude suggèrent que dans le domaine concerné, la qualité des soins de la médecine de premier recours doit être considérée d'un œil très critique.

Premièrement, les dépressions, et probablement les troubles psychiques en général, ne semblent pas suffisamment dépistés: ils seraient dans une large mesure sous-diagnostiqués, ou improprement évalués. Effectivement, les données recueillies montrent en partie qu'il y a une carence de soins significative. Cependant, cette insuffisance peut s'expliquer partiellement par les conditions de travail spécifiques des généralistes et doit conduire à relativiser le jugement négatif susmentionné. Ainsi, les médecins de famille n'inscrivent dans le système de surveillance sentinella que les dépressions faisant l'objet d'une intervention médicale (fig. 6.7), tout en étant certainement conscients que les états dépressifs sont beaucoup plus fréquents chez leurs patients. Lorsque ces derniers se présentent dans leur cabinet, ils sont fréquemment affectés de toute une série de maux, de douleurs et de maladies. Les personnes âgées, qui représentent une grande partie de leur clientèle, viennent souvent les consulter en souffrant de plusieurs problèmes de santé importants. Dans ces situations, les généralistes doivent se concentrer sur l'essentiel et se fixer des priorités et ce, le plus souvent, sous la pression du temps. Quand tout va bien, leurs choix sont facilités par le fait qu'ils connaissent de longue date la personne qu'ils sont en train d'examiner. Le fait que les patients souffrant de dépression consultent en moyenne relativement rapidement leur généraliste (fig. 6.9) montre une assez bonne prise de conscience et une relation médecinpatient solide. Le fait que justement les cas plus sévères se présentent hélas tardivement est au moins en partie imputable à la situation d'auto-isolement désespéré des personnes sévèrement dépressives. Malgré cela, on peut admettre qu'une plus grande attention des médecins de famille pour les troubles psychiques serait souhaitable pour en garantir un traitement efficace dans une perspective interdisciplinaire. Une telle amélioration profiterait aussi au traitement des troubles somatiques, car l'état dépressif est préjudiciable à l'évolution des maladies physiques primaires. (Plusieurs mécanismes ont été mis en évidence: les attentes négatives liées à la dépression exercent un effet de suggestion – un effet placebo négatif ou, pour ainsi dire, «nocebo»; un stress affectif chronique affaiblit les défenses immunitaires, etc.)

Deuxièmement, les traitements ne se déroulent pas de la même manière chez les généralistes que dans les cabinets de psychiatrie: les généralistes ne suivent pas les

règles en vigueur en psychiatrie, puisqu'ils prescrivent surtout des traitements médicamenteux dans les cas diagnostiqués comme légers, alors que le recours à une psychothérapie serait pourtant indiqué en premier lieu (fig. 6.10 et 6.11). Cette pratique pourrait être liée à l'information reçue sur la dépression, qui dépend souvent du marketing de l'industrie pharmaceutique. Cependant, la statistique ne nous apprend rien sur les résultats de ces traitements médicamenteux prescrits par les médecins de famille: peut-être ne sont-ils pas si mauvais. Il convient aussi de considérer ce problème du point de vue de la pratique: une grande partie des patients dépressifs n'auraient que peu ou pas du tout d'aptitudes à suivre une psychothérapie, ou ne pourraient pas être motivés à la suivre, ou seulement à grand-peine, que ce soit parce qu'ils conçoivent rigidement leur maladie comme somatique, parce qu'ils ont certaines limitations cognitives, ou parce qu'ils rencontrent des barrières culturelles, linguistiques, voire d'autres résistances. La discrimination qui frappe encore le domaine de la psychiatrie joue ici également un rôle. Ces difficultés doivent être mises en relation avec la limitation des ressources à disposition: comment un généraliste pourrait-il trouver le temps d'offrir un traitement psychothérapique à la grande quantité de patients pour lesquels cette thérapie serait en principe indiquée? En outre, pour pouvoir mener une psychothérapie de façon compétente, le praticien doit avoir suivi une formation post-grade approfondie (et non un simple cours accéléré); or, seuls les généralistes qui décident de faire de ce domaine une de leurs priorités suivent une telle formation et l'on ne peut imaginer de la rendre obligatoire pour tous les médecins de famille. Si tous les patients souffrant de troubles psychiques étaient transférés à des spécialistes, la capacité de travail des psychiatres et psychothérapeutes serait loin d'être suffisante pour répondre à la demande. Certains indices suggèrent cependant que l'offre de soins des cabinets spécialisés de psychiatrie n'est pas utilisée d'une manière optimale. En effet, tant les personnes âgées que les jeunes sont sous-représentés parmi leurs patients (fig. 6.1). Si l'on peut avoir l'impression que l'analyse des données statistiques aboutit à certaines conclusions contradictoires, un résultat peut cependant être considéré comme acquis: une des missions particulièrement importantes de la médecine ambulatoire de premier recours est de prescrire une psychothérapie aux patients qui en ont besoin. Que le généraliste prodigue ensuite lui-même ce traitement ou qu'il transfère le patient à un spécialiste, ce qui importe, c'est que sa pres-

cription soit sélective, et surtout qu'elle intervienne à temps pour éviter une évolution en trouble chronique. Telle est l'exigence à remplir. Quant aux critères à appliquer pour la satisfaire, ils ne peuvent pas être empruntés directement aux règles de la psychiatrie: ils doivent être adaptés à la situation de la médecine générale et ils devraient être élaborés dans ce but en collaboration avec des spécialistes (par ex. dans des cercles de qualité). Par ailleurs, un traitement au moyen de médicaments antidépresseurs est fondé (et il est alors plus qu'une vaine promesse) s'il s'inscrit dans le cadre d'une relation harmonieuse entre médecin et patient, où ce dernier fait confiance à son médecin traitant qu'il connaît de longue date. Dans ce contexte, la prescription d'un antidépresseur montre au patient que le thérapeute perçoit sa souffrance psychique et la prend au sérieux. Ainsi, la «drogue médecin» peut agir, l'effet placebo renforçant celui du médicament.

L'étude met particulièrement l'accent sur les relations entre dépression et travail, avec des enquêtes sur l'activité lucrative, les limitations de cette activité, l'invalidité et la situation dans le cadre professionnel. Presque tous les chapitres, notamment celui sur le traitement (chap. 6), contiennent des analyses sur ce sujet et le chapitre 7 «Les dépressions dans le cadre professionnel» y est même intégralement consacré. Cette volonté affirmée d'attirer l'attention sur un aspect largement négligé par les spécialistes de la psychiatrie est à saluer. Ainsi, des chiffres impressionnants portant sur différents paramètres montrent clairement que l'exercice d'une activité lucrative améliore de facon décisive l'évolution de l'état des patients. L'activité professionnelle se présente donc comme un élément essentiel pour pouvoir participer à la vie sociale, s'y trouver un rôle et renforcer ainsi son estime de soi. En l'absence d'un travail socialement reconnu, ce qui veut dire généralement – et surtout pour les hommes – rémunéré, apparaissent des attitudes régressives et des sentiments d'échec, dont les patients peinent à se défaire. La plupart de ces résultats ne sont pas spécifiques des dépressions, mais concernent l'ensemble des troubles psychiques d'une certaine sévérité et d'une certaine durée, comme le montre par exemple la figure 6.29. La clarté de ces résultats nous invite d'autant plus à reconnaître que le maintien en emploi, ou la reprise de l'activité lucrative, sont tout à fait prioritaires pour des motifs thérapeutiques. Dans ce domaine, l'étude se concentre surtout sur la question de la communication entre les médecins traitants et les employeurs, qui semble

être nettement insuffisante (chap. 6.3 et 7.3). Si l'on souhaite améliorer cette situation, il convient tout d'abord d'identifier ce qui fait obstacle à cette communication et la limite. Le monde de la santé et celui des entreprises sont très éloignés l'un de l'autre et parlent des langages très différents; cela doit être reconnu comme un problème spécifique, en psychiatrie notamment. Il faut que chacune des parties apprenne à comprendre la façon de penser et la langue de l'autre pour qu'une communication fructueuse puisse s'établir. Le recours à l'accompagnement professionnel (job-coaching) peut aider à jeter des ponts entre les deux milieux. Un conflit pourrait cependant surgir entre deux exigences opposées: d'une part, la psychiatrie sociale demande au médecin d'établir des liens et de favoriser la communication avec le milieu professionnel et, d'autre part, en tant que thérapeute le médecin est soumis au devoir de discrétion et de réserve, devoir qui lui permet de protéger sa relation de confiance avec le patient et qui garantit à ce dernier de conserver sa propre initiative. L'équilibre entre ces deux exigences contradictoires est à trouver de cas en cas. La communication directe entre médecin traitant et employeur, quelle que soit son importance, n'est cependant qu'un aspect du problème. À mon avis, ce n'est pas en formulant des exigences isolées qu'on parviendra à améliorer cette communication. Le problème devrait plutôt être traité dans le cadre d'une approche intégrée des soins de psychiatrie sociale, où médecins, institutions psychiatriques, services sociaux, institutions de réhabilitation et assurances sociales entretiendraient des relations institutionnelles avec les employeurs. Il s'agit là d'un défi important, compte tenu de la fragmentation du système de financement et des compétences décisionnelles qui caractérisent notre pays. De plus, il faudrait accorder au thème «maladie psychique et travail» la place qui lui est due, tant dans le cadre de la recherche en psychiatrie et en médecine sociale que dans les formations des médecins généralistes et des psychiatres - mais aussi dans celle des spécialistes de la gestion des ressources humaines.

Le chapitre 7 «Les dépressions dans le contexte professionnel» présente certains résultats que l'on peut considérer comme spécifiques à la dépression. C'est en s'interrogeant sur l'expérience vécue subjectivement par les personnes concernées – ce que l'étude fait avec beaucoup de mérite – qu'on parvient à ces conclusions. La dépression entraîne en effet avant tout un décalage de ce vécu subjectif: la réalité est perçue, et les sentiments ressentis, à travers les fameuses «lunettes noires». La situation professionnelle est bien sûr elle aussi vue à travers ce filtre: les personnes dépressives déclarent percevoir leur situation au travail avec anxiété et pessimisme, ressentir une tension nerveuse, ne pas pouvoir «déconnecter», tourner en rond dans leurs pensées, avoir le sentiment de perdre le contrôle ou de retourner leur agressivité contre elles-mêmes («ravaler sa colère», fig. 7.11). Les perceptions du vécu de ce genre sont des phénomènes dépressifs typiques. La statistique ne permet pas de déterminer dans quelle mesure des contraintes subies par les personnes concernées sur leur lieu de travail contribuent à leur faire percevoir leur situation dans une optique dépressive. L'analyse par type de profession (fig. 7.1) révèle des différences considérables: les états dépressifs sont nettement plus fréquents chez les manœuvres et les employés de bureau que dans les autres groupes, ce qui suggère une influence des facteurs de stress extérieurs. On ne sait cependant pas si d'autres variables, notamment le niveau de formation et le sexe, influent fortement sur ces proportions. Près de la moitié des personnes ne présentant pas de symptômes dépressifs ressentent une tension et de la nervosité sur leur lieu de travail (fig. 7.9); et presque le même nombre d'entre elles se déclarent peu ou moyennement satisfaites de leur situation professionnelle (fig. 7.8). Avoir une vie professionnelle harmonieuse ne va donc pas de soi. En moyenne, les personnes non dépressives semblent mieux s'accommoder des contrariétés et des conflits; il reste cependant à savoir si, à force de supporter des états de nervosité et de tension, elles ne finiront pas par devenir dépressives à leur tour. Les sentiments de nervosité et de tension sont manifestement largement répandus au sein de la population: leur représentation statistique est toujours importante et elle augmente encore proportionnellement au taux de dépressivité. Ces résultats ressemblent à ceux que nous avons déjà examinés à propos de la comorbidité de la dépression avec des symptômes physiques également très répandus parmi les personnes non dépressives. Nous pouvons donc faire la même réflexion sur le vécu au travail que sur la comorbidité: ce que la dépression entraîne, c'est une aggravation des sentiments bien enracinés dans l'expérience humaine et largement répandus que sont la tension, l'insatisfaction, l'impuissance et la vulnérabilité.

Quelle que soit l'importance de la question du travail, il ne faudrait pas perdre de vue le *rôle essentiel des relations humaines* dans les processus dépressifs. Les sentiments de frustration, de perte, d'impuissance et d'abandon sont associés aux rapports avec les personnes proches, que celles-ci soient réellement présentes, absentes,

inaccessibles, perdues ou seulement imaginées. Ce lien avec les questions relationnelles n'est pas toujours apparent, mais on le discerne dans certains résultats de l'enquête, non seulement dans ceux du chapitre 5, mais aussi, par exemple, dans la figure 7.7: c'est surtout dans le cadre de leurs relations familiales, encore plus que dans le milieu professionnel, que les personnes dépressives se sentent limitées par leur état; ce constat s'applique à presque tous les symptômes dépressifs mentionnés. Les relations humaines jouent un rôle essentiel non seulement dans les rapports avec l'entourage et dans la thérapie, mais aussi lors de problèmes professionnels où, à y regarder de plus près, on peut toujours discerner un lien avec des relations conflictuelles. Le maintien au travail et la réinsertion professionnelle des personnes dépressives présupposent donc que des relations harmonieuses puissent s'établir dans le cadre professionnel.

Quelques conclusions:

- L'étude met en évidence, de manière tout à fait convaincante, l'importance épidémiologique des dépressions et, au-delà, des troubles psychiques en général. Ces souffrances sont un fait et ce n'est pas en les niant ou en les banalisant qu'on les fera disparaître.
- Pour cette raison, des actions coordonnées s'imposent pour renforcer la prévention, le traitement et la réhabilitation. Ces actions ne permettront certes pas d'éliminer les dépressions et les maladies psychiques en général, mais elles pourront réduire leur impact et empêcher certaines évolutions invalidantes. Elles devront tenir compte du fait que les dépressions sont des phénomènes complexes, contre lesquels on ne peut pas lutter de la même manière que contre une maladie infectieuse bien définie.
- C'est un fait avéré que les dépressions ne sont pas homogènes; de nouvelles recherches devraient se pencher sur des groupes d'affections plus spécifiques.
 Il faudrait surtout être attentif aux dépressions associées à de fortes comorbidités somatiques; ces formes de dépression sont en effet fréquentes et elles présentent sur de nombreux paramètres des caractéristiques particulièrement défavorables.
- À elles seules, les enquêtes transversales ne donnent qu'une image partielle de la situation. De nouvelles études examinant l'évolution des troubles seraient essentielles pour élargir cette perspective. Elles permettraient notamment de faire mieux ressortir les problèmes des troubles chroniques et de l'évolution des affections vers l'état chronique.

- L'étude met en évidence, de manière frappante, la grande importance de l'activité lucrative pour l'évolution des dépressions et des troubles psychiques en général. Le travail se présente ainsi comme un facteur décisif d'intégration sociale ou d'exclusion. La question du travail devrait donc avoir une place importante tant dans le cadre de la thérapie globale que dans celui de l'organisation des soins psychiatriques.
- Il faut que les données épidémiologiques soient examinées de manière approfondie par des spécialistes, qui devront les interpréter et en tirer toutes les conclusions, notamment du point de vue clinique et pratique. Seule une telle analyse permettra de fournir une base solide aux débats et aux décisions politiques.

Index des figures et des tableaux

Figures			Fig. 3.13:	Fréquence des symptômes dépressifs selon l'état civil et le sexe, 2007	38
Fig. 1.1:	Méthode de l'arbre décisionnel pour distinguer les personnes avec ou sans symptômes dépressifs	22	Fig. 3.14:	Fréquence des symptômes dépressifs selon la taille du ménage, ESS 2007 et PSM 2009	39
Fig. 3.1:	Symptômes dépressifs au cours des 2 der- nières semaines, 2002 et 2007 et dépres-		Fig. 3.15:	Fréquence des symptômes dépressifs selon le type de ménage et le sexe, 2007	39
	sion majeure au cours des 12 derniers mois, 2007	28	Fig. 3.16:	Fréquence des symptômes dépressifs selon le statut d'activité, 2007	40
Fig. 3.2:	Fréquence de la dépressivité selon le sexe, 1999, 2004 et 2009	28	Fig. 3.17:	Fréquence des symptômes dépressifs selon l'âge et le statut d'activité, 2007	41
Fig. 3.3:	Fréquence de la dépressivité, 1999, 2004 et 2009	29	Fig. 3.18:	Fréquence des symptômes dépressifs selon le statut d'activité, 2009	41
Fig. 3.4:	Fréquence des valeurs de l'échelle, 1999, 2004 et 2009	30	Fig. 3.19:	Statut d'activité selon les symptômes dépressifs, 2007	42
Fig. 3.5:	Etat de santé subjectif, ESS 1992, 1997, 2002, 2007 et PSM 1999, 2004 et 2009	31	Fig. 3.20:	Statut d'activité selon les symptômes dépressifs et le sexe, 2007	42
Fig. 3.6:	Fréquence des diagnostics menant à l'allocation d'une rente selon l'époque		Fig. 3.21:	Fréquence des symptômes dépressifs par grande région, ESS 2007 et PSM 2009	43
Fig. 3.7:	de l'annonce à l'AI, 1993–2006 Fréquence des symptômes dépressifs par classe d'âge, ESS 2007 et PSM 2009	32	Fig. 3.22:	Fréquence des diagnostics psychiatriques ouvrant une rente AI par grande région, 1993–2006	44
Fig. 3.8:	Fréquence des symptômes dépressifs selon l'âge et le sexe, 2007	34	Fig. 4.1:	Fréquence des troubles physiques selon les symptômes dépressifs, 2007	45
Fig. 3.9:	Fréquence des symptômes selon la nationalité et le sexe, ESS 2007 et PSM 2009	34	Fig. 4.2:	Prévalence des troubles physiques par sexe selon la présence ou non d'au	
Fig. 3.10:	Fréquence des symptômes dépressifs selon la nationalité et le niveau de forma- tion, ESS 2007 et PSM 2009	35	Fig. 4.3:	moins un symptôme dépressif, 2007 Prévalence des dorsalgies selon la dépressivité, 2009	46 47
Fig. 3.11:	Fréquence des symptômes dépressifs selon le niveau de formation et l'âge,		Fig. 4.4:	Prévalence des troubles du sommeil selon la dépressivité, 2009	47
Fig. 3.12:	ESS 2007 et PSM 2009 Fréquence des symptômes dépressifs selon l'état civil, 2007	3637	Fig. 4.5:	Prévalence des symptômes dépressifs, des maux de dos et des troubles du sommeil, ESS 2007 et PSM 2009	48

Fig. 4.6:	Ecart par rapport à la moyenne de tous les diagnostics supplémentaires F3, 2010	50	Fig. 4.19:	Activité professionnelle et perception d'une rente d'invalidité selon le diagnostic	
Fig. 4.7:	Les onze principales catégories de diagnostics principaux somatiques associés				60
Fig. 4.8:	à un diagnostic supplémentaire F3, 2010 Fréquence des diagnostics somatiques chez les rentiers AI avec diagnostic F3, 1993–2006	50 51	Fig. 4.20:	Activité professionnelle et perception d'une rente d'invalidité selon le diagnos- tic et selon la présence ou non d'un dia- gnostic supplémentaire de troubles de la personnalité (F6-DS), 2010	61
Fig. 4.9:	Fréquence des examens psychiatriques et des examens généralistes au début de la procédure d'instruction AI selon le diagnostic déterminant pour la rente,		Fig. 4.21:	Fréquence de divers troubles psychiques diagnostiqués chez les bénéficiaires d'une rente Al avec diagnostic F3, 1993–2006	61
Fig. 4.10:	1993–2006 Nombre moyen de jours avec des problèmes de santé au cours	52	Fig. 4.22:	Fréquence de la consommation de tabac et d'alcool selon les symp- tômes dépressifs, 2007	63
F: 444	des 12 derniers mois, 2009	53	Fig. 4.23:	Activité physique selon les symptômes dépressifs, ESS 2007 et PSM 2009	63
Fig. 4.11:	Durée de l'incapacité de travail au cours des 4 dernières semaines selon les troubles physiques et les symptômes dépressifs, 2007	53	Fig. 4.24:	Fréquence du poids normal, de la sur- charge et de l'insuffisance pondérales selon les symptômes dépressifs,	
Fig. 4.12:	Fréquence des symptômes dépressifs et des troubles du sommeil par rapport aux expériences vécues au travail		Fig. 5.1:	Part des personnes vivant avec un parte-	64 65
Fig. 4.13:	au cours des 12 derniers mois, 2007 Taux de personnes non actives, actives occupées ou au chômage selon la présence	54	Fig. 5.2:	Part des personnes vivant avec un partenaire selon le sexe et la dépressivité, 2009	66
	de symptômes dépressifs et/ou de maux de dos, ESS 2007 et PSM 2009	55	Fig. 5.3:	Part des personnes vivant avec un partenaire par classe d'âge	
Fig. 4.14:	Fréquence de différents diagnostics somatiques et psychiatriques dans deux types de dépression, 1993–2006	56	Fig. 5.4:	Soutien émotionnel	66
Fig. 4.15:	Fréquence des maladies/troubles chro- niques selon les symptômes dépressifs, ESS 2007 et PSM 2009	57	Fig. 5.5:	Fréquence des contacts avec la famille et les parents selon les symptômes	67 68
Fig. 4.16:	Fréquence des limitations dans les activités quotidiennes dues à un problème de santé chronique selon les symptômes dépressifs,		Fig. 5.6:	Fréquence des contacts avec des amis	69
F: 447	ESS 2007 et PSM 2009	57	Fig. 5.7:	Quantité de réseaux sociaux selon les symptômes dépressifs, 2007	70
Fig. 4.17:	Fréquence des diagnostics psychiatriques supplémentaires selon le diagnostic psychiatrique principal, 2010	58	Fig. 5.8:	Fréquence de la disponibilité ou du manque d'une personne de confiance selon les	е
Fig. 4.18:	Fréquence des diagnostics psychiatriques supplémentaires selon le diagnostic psy- chiatrique principal, 2010	59	Fig. 5.9:	Fréquence du sentiment de solitude	70 71

Fig. 5.10:	Fréquence du sentiment de solitude selon le sexe et les symptômes dépressifs, 2007	72	Fig. 6.11:	Fréquence des traitements médica- menteux et non médicamenteux des troubles de l'humeur, 2010	83
Fig. 5.11:	Fréquence du sentiment de solitude selon l'âge et les symptômes dépressifs, 2007	72	Fig. 6.12:	Fréquence des obligations parentales selon le degré de sévérité de la dépres- sion, 2008/2009	84
Fig. 5.12:	Fréquence du sentiment de solitude selon les symptômes dépressifs et selon la disponibilité d'une personne		Fig. 6.13:	Fréquence de quelques diagnostics F posés par différents groupes de médecins spécialisés, 2010	s 85
Fig. 6.1:	de confiance (PC), 2007 Répartition par âge des personnes	73	Fig. 6.14:	Degré de sévérité en début de traitement selon le diagnostic principal, 2009	86
S	dépressives parmi la population et des patients dépressifs d'après diverses sources de données	76	Fig. 6.15:	Fréquence de plusieurs indicateurs d'intégration sociale selon le degré de sévérité, 2009	86
Fig. 6.2:	Répartition par sexe des personnes dépressives parmi la population et des patients dépressifs d'après diverses		Fig. 6.16:	Fréquence de plusieurs indicateurs de traumatismes subis dans le passé, 2009	87
Fig. 6.3:	sources de données Répartition selon l'état civil des personnes	77	Fig. 6.17:	Fréquence des traitements médica- menteux à base d'antidépresseurs	oo
	dépressives parmi la population et des patients dépressifs d'après diverses sources de données	77	Fig. 6.18:	selon le degré de sévérité, 2009 Fréquence du diagnostic principal (DP) à trois caractères chez des patients atteint	
Fig. 6.4:	Répartition selon le niveau de formation des personnes dépressives parmi la popu- lation et des patients dépressifs d'après			de troubles de l'humeur et fréquence de la comorbidité psychiatrique d'un trouble de la personnalité dans les catégories de diagnostic principal, 2009	a 88
Fig. 6.5:	diverses sources de données Répartition selon le statut d'activité des	78	Fig. 6.19:	Situation professionnelle de patients souf- frant de troubles de l'humeur, 2009	89
	personnes dépressives parmi la populatior et des patients dépressifs d'après diverses sources de données	n 78	Fig. 6.20:	Durée du traitement (total de la durée déjà écoulée et de la durée prévisible) selon le degré de sévérité et le statut	
Fig. 6.6:	Répartition selon le type de ménage des personnes dépressives parmi la popu-		F: 624	d'activité, 2009	90
	lation et des patients dépressifs d'après diverses sources de données	79	Fig. 6.21:	Durée du traitement (total de la durée déjà écoulée et de la durée prévisible) selon le diagnostic et le statut d'activité,	
Fig. 6.7:	Fréquence du type de maladie et du degré de sévérité, 2008/2009	81	Fig. 6.22:	2009 Amélioration de la capacité fonctionnelle	91
Fig. 6.8:	Fréquence des maladies somatiques et/ou psychiques comorbides selon le degré de		11g. 0.22.	depuis le début du traitement selon le degré de sévérité et le diagnostic, 2009	91
Fig. 6.9:	sévérité de la dépression, 2008/2009 Début du traitement selon le degré de sévérité de la dépression, 2008/2009	81	Fig. 6.23:	Amélioration de la capacité fonctionnelle depuis le début du traitement selon le statut d'activité et le diagnostic, 2009	92
Fig. 6.10:	Fréquence des divers types de traitement selon le degré de sévérité de la dépression 2008/2009		Fig. 6.24:	Fréquence des diagnostics principaux F dans les traitements stationnaires (cas), 2010	93

Fig. 6.25:	Taux d'hospitalisation selon le diagnostic principal F et le sexe, 2000 et 2010	93	Fig. 7.10:	Intensité de certains sentiments négatifs liés au travail selon la dépressivité, 2009	105
Fig. 6.26:	Taux d'hospitalisation pour une sélection de diagnostics F3 selon le sexe, 2000 et 2010	95	Fig. 7.11:	Fréquence de diverses attitudes à l'égard du travail selon les symp- tômes dépressifs, 2007	106
Fig. 6.27:	Fréquence des prescripteurs d'un traite- ment stationnaire et du type de prise er charge après la sortie pour les troubles de l'humeur, 2010		Fig. 7.12:	Fréquence des traitements médicaux pour dépression selon les symptômes dépressifs, 2007	107
Fig. 6.28:	Durée d'hospitalisation pour un diagnos- tic principal F3 selon le statut d'activité, 2002–2010		Tableaux		
Fig. 6.29:	Durée de l'hospitalisation pour une sélection de diagnostics principaux F selon le statut d'activité, la nationalité et le sexe, 2010	96	Tab. 4.1:	Prévalence des troubles physiques selon les symptômes dépressifs, 2007	48
Fig. 7.1:	Dépressivité par catégories profession- nelles, 2009	98			
Fig. 7.2:	Fréquence de diverses formes de stress professionnel selon les symptômes dépressifs, 2007	98			
Fig. 7.3:	Fréquence du travail à temps partiel pour raisons de santé selon les symp- tômes dépressifs, 2007	100			
Fig. 7.4:	Salaire individuel net selon le sexe et les symptômes dépressifs, moyenne et médiane, 2007	100			
Fig. 7.5:	Nombre de jours d'incapacité de travail a cours des 4 semaines précédant l'enquête selon le sexe, l'âge et les symptômes dépressifs, 2007				
Fig. 7.6:	Trois indicateurs de la capacité de travail selon les symptômes en nombre de jours au cours des 4 semaines précédant l'enquête, 2007	102			
Fig. 7.7:	Fréquence des limitations dans divers domaines de la vie selon les symptômes dépressifs, 2007	102			
Fig. 7.8:	Satisfaction au travail selon les symp- tômes dépressifs et le sexe, 2007	104			
Fig. 7.9:	Fréquence de divers sentiments négatifs au lieu de travail selon les symptômes dépressifs, 2007	105			

Bibliographie

- Adler, D., McLaughlin, T., Rogers, W. et al. (2006). Job Performance Deficits Due to Depression. The American Journal of Psychiatry, 163, 1569–1576.
- Alonso J, Angermeyer M, Bernert S, et al. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatr Scand, 420, 21–27.
- Alonso, J., Lépine, J.-P. (2007). Overview of Key Data From the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). The Journal of Clinical Psychiatry, 68, 3–9.
- Amsler, F., Jäckel, D., Wyler, R. (2010). Schlussbericht zur Evaluation der institutionellen ambulanten und teilstationären Psychiatrieversorgung des Kantons Bern unter besonderer Berücksichtigung der Pilotprojekte Angebote, Lücken und Mängel: Im Rahmen des Projektes «Weiterentwicklung Psychiatrieversorgung Kanton Bern» (WePBE).
- Andrews G, Henderson S, Hall W. (2001). Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation: Overview of the Australian National Mental Health Survey British Journal of Psychiatry, 178, 145–153.
- Angst, J., Merikangas, K., Scheidegger, K., & Wicki, W. (1990). Recurrent brief depression: a new subtype of affective disorder. Journal of Affective Disorders, 19, 87–98.
- Baer, N. & T. Cahn (2009). Troubles psychiques. In: K. Meyer (Eds.), La santé en Suisse. Rapport national sur la santé 2008 (p. 181–198). Genève: Éditions Médecine et Hygiène.
- Baer, N., Frick, U., Fasel, T, et al. (2009). Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen. Typologisierung der Personen, ihrer Erkrankungen, Belastungen und Berentungsverläufe. Bern, BSV.

- Baer, N., J.L. Heeb, D. Schuler & T. Fasel (2010). Identification de groupes à risque à symptomatologie dépressive, possibilités d'intervention. In: Obsan (Eds.), La santé dans le canton de Fribourg. Analyse des données de l'Enquête suisse sur la santé 2007 (p. 89–96). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Bair, M.J., Robinson, R.L., Katon, W., & Kroenke, K. (2003). Depression and pain comorbidity: a literature review. Archives of Internal Medicine, 163, 2433–2445.
- Batterham, P., Christensen, H., Mackinnon, A. (2009). Modifiable risk factors predicting major depressive disorder at four year follow-up: a decision tree approach. BMC Psychiatry, 9, 75–82.
- Baumeister, H., Härter, M. (2007). Prevalence of mental disorders based on general population surveys. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 42, 537–546.
- Bétrisey, C., Gognalons-Nicolet, M., Briant, H. (2004). Indicateurs de la santé psychique dans le canton de Vaud (tirés des données de l'Enquête suisse sur la santé 2002). Données de référence du système sanitaire vaudois.
- Birnbaum, H.G., R.C. Kessler, D. Kelley et al. (2010). Employer Burden of Mild, Moderate, and Severe Major Depressive Disorder: Mental Health Services Utilization and Costs, and Work Performance. Depression and Anxiety, 27(1), 78–89.
- Blazer, D., Hybels, C. Depression in Later Life. Epidemiology, Assessment, Impact, and Treatment. In: I. Gotlieb, C. Hammen (Hrsg.) (2009). Handbook of Depression. The Guilford Press, New York.
- Boland, R., Keller, M. Course and Outcome of Depression. In: I. Gotlieb, C. Hammen (Hrsg.) (2009). Handbook of Depression. The Guilford Press, New York.
- Breslau, J., Miller, E., Jin, R. et al. (2011). A multinational study of mental disorders, marriage, and divorce. Acta Psychiatrica Scandinavica, 124, 474–486.

- Broadhead, E., Blazer, D., George, L. et al. (1990).

 Depression, Disability Days, and Days Lost From Work in a Prospective Epidemiologic Survey. The Journal of the American Medical Association, 264, 2524–2528.
- Bruce, M., Wells, K., Miranda, J. et al. (2002). Barriers to Reducing Burden of Affective Disorders. Mental Health Services Research, 4(4), 187–197.
- Buist-Bouwman, M., de Graf, R., Vollebergh, W., Ormel, J. (2005). Comorbidity of physical and mental disorders and the effect on work-loss days. Acta Psychiatrica Scandinavica, 111, 436–443.
- Cabello, M., Mellor-Marsa, B., Sabariego, C. et al. (2011). Psychosocial features of depression: A systematic literature review. Journal of Affective Disorders, doi: 10.1016/j.jad.2011.12.009.
- Cacioppo, J., Hughes, M., Waite, L. et al. (2006). Lone-liness as a Specific Risk Factor for Depressive Symptoms: Cross-Sectional and Longitudinal Analyses. Psychology and Aging, 21(1), 140–151.
- Casey, P., Tyrer, P. (1990). Personality disorder and psychiatric illness in general practice. British Journal of Psychiatry, 156, 261–265.
- Casey, P., Birbeck, G., McDonagh, C. et al. (2004). Personality Disorder, depression and functioning: results from the ODIN study. Journal of Affective Disorders, 82, 277–283.
- Chapman, D.P., Perry, G.S., & Strine, T.W. (2005). The vital link between chronic disease and depressive disorders. Preventing Chronic Disease: Public Health Research, Practice, and Policy, 2, Available from: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2005/jan/04_0066.htm.
- Collins, J., Baase, C., Sharda, C. et al. (2005). The Assessment of Chronic Health Conditions on Work Performance, Absence, and Total Economic Impact for Employers. Journal of Occupational and Environmental Medicine, 47(6), 547–557.
- Costello, J., Pine, D., Hammen, C. et al. (2002).

 Development and Natural History of Mood Disorders.

 Biological Psychiatry, 52, 529–542.
- Cuijpers, P. & Smit, F. (2002). Excess mortality in depression: a meta-analysis of community stuies. Journal of Affective Disorders, 72, 227–236.

- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) et al. (Hrsg) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression. S3-Leitlinie/ Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression-Langfassung, Januar 2012 Vers. 1.3. DGPPN, ÄZQ, AWMF Berlin, Düsseldor. Internet: http://www.dgppn.de, http://www.versorgungsleitlinien.de, http://www.awmf-leitlinien.de.
- du Toit, M. & du Toit, S. (2001). Interactive LISREL: User's guide. Lincolnwool: Scientific Software International.
- Eaton, W., Shao, H., Nestadt, G. et al. (2008). Population-Based Study of First Onset and Chronicity in Major Depressive Order. Archives of General Psychiatry, 65(5), 513–520.
- Ernst, C., Schmid, G., & Angst, J. (1992). The Zurich study: XVI. Early antecedence of depression: a longitudinal prospective study on incidence in young adults. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 242, 142–151.
- Faith, M., Matz, P., Jorge, M. (2002). Obesity-depression associations in the population. Journal of Psychosomatic research, 53, 935–942.
- Fasel, T., Baer, N., Frick, U. (2010). Dynamik der Inanspruchnahme bei psychischen Problemen: Soziodemographische, regionale, krankheits- und systembezogene Indikatoren. BFS, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Ferrie, J. (2001). Is job insecurity harmful to health? Journal of the Royal Society of Medicine, 94, 71–76.
- Ferrie, J., Shipley, M., Marmot, M. et al. (1998). An Uncertain Future: The Health Effects of Threats to Employment Security in White-Collar Men and Women. American Journal of Public Health, 88(7), 1030–1036.
- Ferrie, J., Shipley, M., Stansfeld, S. et al. (2002). Effects of chronic job insecurity and change in job security on self reported health, minor psychiatric morbidity, physiological measures, and health related behaviours in British civil servants: the Whitehall II study. Journal of Epidemiology and Community Health, 56, 450–454.
- Fichter, M. (1990). Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung. Berlin: Springer.

- Fisher, M., Baum, F. (2010). The social determinants of mental health: implications for research and health promotion. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 44, 1057–1063.
- Freedland, K., Carney, R. Depression and Medical Illness. In: I. Gotlieb, C. Hammen (Hrsg.) (2009). Handbook of Depression. The Guilford Press, New York.
- Gallo, J.J., Anthony, J.C., & Muthén, B.O. (1994). Age differences in the symptoms of depression: A Latent Trait Analysis. Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 49, 251–264.
- García-Campayo, J., Ayuso-Mateos, J.L., Caballero, L., Romera, I., Aragonés, E., Rodríguez-Artalejo, F., Quail, D., & Gilaberte, I. (2008). Relationship of somatic symptoms with depression severity, quality of life, and health resources utilization in patients with Major Depressive Disorder seeking Primary Health care in Spain. Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry, 10, 355–362.
- Godin, I., Kittel, F., Coppieters, Y. et al. (2005). A prospective study of cumulative job stress in relation to mental health. BMC Public Health, 5, 67–76.
- Goldberg, D., Privett, M., Ustun, B. et al. (1998). The effects of detection and treatment on the outcome of major depression in primary care: a naturalistic study in 15 cities. British Journal of General Practice, 48, 1840–1844.
- Goldberg, R., Steury, S. (2001). Depression in the Workplace: Costs and Barriers to Treatment. Psychiatric Services, 52(12), 1639–1643.
- Goodman, S. & Brand, S. Depression and early adverse experiences. In: I. Gotlieb, C. Hammen (Hrsg.) (2009). Handbook of Depression. The Guilford Press, New York.
- Gotlieb, I., Hammen, C. (Hrsg.) (2009). Handbook of Depression. The Guilford Press, New York.
- Green, J. G., McLaughlin, K., Berglund, P. et al. (2010). Childhood Adversities and Adult Psychiatric Disorders in the National Comorbidity Survey Replication I. Archives of General Psychiatry, 67(2), 113–123.
- Gustavsson, A., Svensson, M., Jacobi, F. et al. (2011). Cost of disorders of the brain in Europe 2010. European Neuropsychopharmacology, 21, 718–779.

- Hautzinger, M. (1998). Depression. Göttingen, Hogrefe.
- Hell, D., Böker, H. (2005). Depressionen bei Betagten. Schweizerisches Medizin-Forum, 5, 1147–1153.
- Hölzel, L., Härter, M., Reese, C. et al. (2011). Risk factors for chronic depression A systematic review. Journal of Affective Disorders, 129, 1–13.
- Holt-Lundstad, J., Smith, T., Layton, B. (2010). Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. PloS Med 7(7): e1000316.
- Honkonen, T., Aro, T., Isometsä, E. et al. (2007). Quality of Treatment and Disability Compensation in Depression: Comparison of 2 Nationally Representative Samples With a 10-Year Interval in Finland. The Journal of Clinical Psychiatry, 68(12), 1886–1893.
- Hughes, S., Cohen, D. (2009). A systematic review of long-term studies of drug treated and non-drug treated depression. Journal of Affective Disorders, 118, 9–18.
- Jacobi F, Wittchen H-U, Hölting C, et al. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). Psychological Medicine 2004;34:597–611.
- Jensen, H., Wieclaw, J., Munch-Hansen, T. et al. (2010). Does dissatisfaction with psychosocial work climate predict depressive, anxiety and substance abuse disorders? A prospective study of Danish public service employees. Journal of Epidemiology and Community Health, 64, 796–801.
- Judd, L., Akiskal, H., Zeller, P. et al. (2000). Psychosocial Disability During the Long-term Course of Unipolar Major Depressive Disorder. Archives of General Psychiatry, 57, 375–380.
- Kapfhammer, H.-P. (2007). Depressive Störungen. Eine diagnostische und therapeutische Herausforderung auch in der Primärversorgung. Der Internist, 48, 173–188.
- Katon, W., Seelig, M. (2008). Population-Based Care of Depression: Team Care Approaches to Improving Outcomes. Journal of Occupational and Environmental Medicine, 50(4), 459–467.
- Katon, W. (2011). Epidemiology and treatment of of depression in patients with chronic medical illness. Dialogues in Clinical Neuroscience, 13, 7–23.

- Keenan, K., Hipwell, A., Feng, X. et al. (2008). Subthreshold Symptoms of Depression in Preadolescent Girls Are Stable and Predictive of Depressive Disorders.

 Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 47(12), 1433–1442.
- Kelly, B., Nur, U., Tyrer, P. et al. (2009). Impact of severity of personality disorder on the outcome of depression. European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists, 24(5), 322–326.
- Kessler, R. & Walters, E. (1998). Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the National Comorbidity Survey. Depression and Anxiety, 7, 3–14.
- Kessler, R., Avenevoli, S., Merikangas, K. (2001). Mood disorders in children and adolescents: an epidemiologic perspective. Biological Psychiatry, 49, 1002–1004.
- Kessler, R. (2007). The Global Burden of Anxiety and Mood Disorders: Putting the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Findings Into Perspective. The Journal of Clinical Psychiatry, 68, 10–19.
- Kessler, R., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S. et al. (2007). Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. Current Opinion in Psychiatry, 20(4), 359–364.
- Kessler, R., Angermeyer, M., Anthony, J. et al. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. World Psychiatry, 6(3), 168–176.
- Kessler, R., Avenevoli, S., Costello, J. et al. (2012). Severity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. Archives of General Psychiatry, 69(4), 381–389.
- Kessler, R., Berglund, P., Demler, O. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Archives of General Psychiatry, 62, 593–602.
- Kessler, R., Chiu, W. T., Demler, O. et al. (2005). Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Archives of General Psychiatry, 62, 617–627.
- Kessler, R., Demler, O., Frank, R. et al. (2005). US prevalence and treatment of mental disorders: 1990–2003. The New England Journal of Medicine, 352(24), 2515–2523.

- Kessler, R., Wang, P. (2008). The Descriptive Epidemiology of Commonly Occurring Mental Disorders in the United States. Annual Review of Public Health, 29, 115–129.
- Kessler, R., White, L., Birnbaum, H. et al. (2008). Comparative and Interactive Effects of Depression Relative to Other Health Problems on Work Performance in the Workforce of a Large Employer. Journal of Occupational and Environmental Medicine, 50(7), 809–816.
- Kessler, R., Wang, P. Epidemiology of Depression. In: I. Gotlieb, C. Hammen (Hrsg.) (2009). Handbook of Depression. The Guilford Press, New York.
- Klein, D., Durbin, C. E., Shankman, S. Personality and Mood Disorders. In: I. Gotlieb, C. Hammen (Hrsg.) (2009). Handbook of Depression. The Guilford Press, New York.
- Klein, D., Kotov, R., Bufferd, S. (2011). Personality and Depression: Explanatory Models and Review of the Evidence. Annual Review of Clinical Psychology, 7, 269–295.
- Klein, D., Shankman, S., Rose, S. (2006). Ten-Year Prospective Follow-Up Study of the Naturalistic Course of Dysthymic Disorder and Double Depression. The American Journal of Psychiatry, 163, 872–880.
- Koopmans, P., Bültmann, Ü., Roelen, C., et al. (2011). Reccurence of sickness absence due to common mental disorders. International archives of Occupational and Environmental Health, 84, 193–201.
- Kovess-Masfety, V., Alonso, J., Brugha, T. et al. (2007). Differences in Lifetime Use of Services for Mental Health Problems in Sex European Countries. Psychiatric Services, 58(2), 213–220.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., et al. (1994). Physical symptoms in primary care: predictors of psychiatric disorders and functional impairment. Archives of Family Medicine, 3, 774–779.
- Kühner, C. Frauen. In: G. Stoppe, A. Bramesfeld,F. Schwartz (2006). Volkskrankheit Depression?Bestandesaufnahme und Perspektiven. Heidelberg,Springer.
- Kuhl, H.-C. & J. Herdt (2007). Stationäre psychiatrische Inanspruchnahme in der Schweiz eine epidemiologische Auswertung der Medizinischen Statistik. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

- Lagerveld, S., Bültmann, U., Franche, R. et al. (2010).
 Factors Associated with Work Participation and Work Functioning in Depressed Workers: A Systematic Review. Journal of Occupational Rehabilitation, 20, 275–292.
- Lagerveld, S. & Blonk, R. (2012). Work-focused treatment of common mental disorders and return to work: a comparative outcome study. Journal of Occupational Health Psychology, 17 (2), 220–234.
- Lam, R., Filteau, M.-J., Milev, R. (2011). Clinical effectiveness: The importance of psychosocial functioning outcomes. Journal of Affective Disorders, 132, 9–13.
- LaMontagne, A., Keegel, T., Vallance, D. et al. (2008). Job strain – Attribute depression in a sample of working Australians: Assessing the contribution to health inequalities. BMC Public Health, 8, 181–189.
- Lecrubier, Y. (2007), Widespread Underrecognition and Undertreatment of Anxiety and Mood Disorders: Results from 3 European Studies. Journal of Clinical Psychiatry, Vol. 68, Suppl. 2, 36–41.
- Lee, S., Tsan, A., Breslau, J. (2009). Mental disorders and termination of education in high-income and low-and middle-income countries: epidemiological study. British Journal of Psychiatry, 194, 411–417.
- Lerner, D., Adler, D., Chang, H. et al. (2004). Unemployment, Job Retention, and Productivity Loss Among Employees With Depression. Psychiatric Services, 55(12), 1371–1378.
- Lewinsohn, P., Rohde, P., Seeley, J. et al. (2000). Natural course of adolescent major depressive disorder in a community sample: predictors of reccurence in young adults. American Journal of Psychiatry, 157, 1584–1591.
- Linde, J., Jeffery, R., Levy, R. et al. (2004). Binge eating disorder, weight control self-efficacy, and depression in overweight men and women. International Journal of Obesity, 28, 418–425.
- Linden, M., Kurtz, G., Baltes, M.M., Geiselmann, B., Lang, F.R., Reischies, F.M. & Helmchen, H. (1998). Depression bei Hochbetagten: Ergebnisse der Berliner Altersstudie. Der Nervenarzt, 69, 27–37.
- Mallen, C., Wynne-Jones, G., Dunn, K. (2011). Sickness certification for mental health problems: an analysis of a general practice consultation database. Primary Health Care Research Dev, 12 (2), 179–182.

- Mathers, C. & Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PloS Medicine, 3(11): e442.
- McIntyre, R., Liauw, S., Taylor, V. (2011). Depression in the workforce: the intermediary effect of medical comorbidity. Journal of Affective Disorders, 12851, \$29–\$36.
- McLaughlin, K., Green, J., Gruber, M. et al. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) III: associations with functional impairment related to DSM-IV disorders. Psychological Medicine, 40, 847–859.
- Meeks, T., Vahia, I., Lavretsky, H. et al. (2011). A tune in «a minor» can «b major»: A review of epidemiology, illness course, and public health implications of subthreshold depression in older adults. Journal of Affective Disorders, 129, 126–142.
- Mojtabai, R., Olfson, M. (2008). National Patterns in Antidepressant Treatment by Psychiatrists and General Medical Providers: Results From the National Comorbidity Survey Replication. The Journal of Clinical Psychiatry, 69(7), 1064–1074).
- Nolen-Hoeksema, S., Hilt, L. Gender Differences in Depression. In: I. Gotlieb, C. Hammen (Hrsg.) (2009). Handbook of Depression. The Guilford Press, New York.
- OECD (2012). Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work, Mental Health and Work, OECD Publishing.
- Olfson, M., Kessler, R., Berglund, P. et al. (1998). Psychiatric Disorder Onset and First Treatment Contact in the United States and Ontario. The American Journal of Psychiatry, 155, 1415–1422.
- Ormel, J., Oldehinkel, A., Nolen, W. et al. (2004). Psychosocial Disability Before, During, and After a Major Depressive Episode. Archives of General Psychiatry, 61, 387–392.
- Overland, S., Glozier, N., Henderson, M. et al. (2008). Health status before, during and after disability pension award. The Hordaland Health Study (HUSK), Occupational and Environmental Medicine, 1–7.
- Overland, S., Glozier, N., Krokstad, S. et al. (2007). Undertreatment Before the Award of a Disability Pension for Mental Illness: The HUNT Study. Psychiatric services, 58(11), 1479–1482).

- Papakostas, G. (2009). Major Depressive Disorder: Psychosocial Impairment and Key Considerations in Functional Improvement. The American Journal of Managed Care, 15(11), 316–321.
- Parker, G., Brotchie, H. (2010). Gender differences in depression. International Review of Psychiatry, 22(5), 429–436.
- Paterniti, S., Niedhammer, I., Lang, T. et al. (2002). Psychosocial factors at work, personality traits and depressive symptoms. The British Journal of Psychiatry, 181, 111–117.
- Pettit, J., Lewinsohn, P., Roberts, R. et al. (2009). The long-term course of depression: development of an empirical index and identification of early adult outcomes. Psychological Medicine, 39(3), 403–412.
- Plaisier, I., Beekman, A., de Graaf R. et al. (2010). Work functioning in persons with depressive and anxiety disorders: The role of specific psychopathological characteristics. Journal of Affective Disorders, 125, 198–206.
- Pomaki, G., Franche, R.-L., Murray, E. Et al. (2012). Workplace-based work disability prevention interventions for workers with common mental health conditions: a review of the literature. Journal of Occupational Rehabilitation, 22, 182–195.
- Rhebergen, D., Beekman, A., de Graaf, R. et al. (2010). Trajectories of recovery of social and physical functioning in major depression, dysthymic disorder and double depression: A 3-year follow-up. Journal of Affective Disorders, 124, 148–156.
- Richards, D. (2011). Prevalence and clinical course of depression: A review. Clinical Psychology Review, 31, 1117–1125.
- Romano, J.M., & Turner, J.A. (1985). Chronic pain and depression: does the evidence support a relationship? Psychological Bulletin, 97, 18–34.
- Rytsälä, H., Melartin, T., Leskelä, U. et al. (2005). Functional and Work Disability in Major Depressive Disorder. The Journal of Nervous and Mental Disease, 193(3), 189–195.

- Samuels, J. (2011). Personality disorders: Epidemiology and public health issues. International Review of Psychiatry, 23, 223–233.
- Schuler, D., P. Rüesch & C. Weiss (2007). La santé psychique en Suisse. Monitorage (Document de travail Nr. 24). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Sivertsen, B, Overland, S., Neckelmann, D. et al. (2006). The long-term effect of insomnia on work disability: the HUNT-2 historical cohort study. American Journal of Epidemiology, 163, 1018–1024.
- Smith, E., Henry, A., Zhang, J. et al. (2009). Antidepressant Adequacy and Work Status Among Medicaid Enrollees with Disabilities: A Restriction-based, Propensity Score-adjusted Analysis. Community Mental Health Journal, 45, 333–340.
- Solomon, D., Keller, M., Leon, A., et al. (1997). Recovery from major depression: A 10-year prospective follow-up across multiple episodes. Archives of General Psychiatry, 54, 1001–1006.
- Solomon, D., Leon, A., Coryell, W. et al. (2008). Predicting recovery from episodes of major depression.

 Journal of Affective Disorders, 107, 285–291.
- Spijker, J., de Graaf, R., Bijl., R. et al. (2002). Duration of major depressive episodes in the general population: results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). The British Journal of Psychiatry, 181, 208–213.
- Spijker, J., de Graaf, R., Bijl., R. et al. (2004). Functional disability and depression in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). Acta Psychiatrica Scandinavica, 110, 208–214.
- Stein, M., Cox, B., Afifi, T. et al. (2006). Does comorbid depressive illness magnify the impact of chronic physical illness? A population-based perspective. Psychological Medicine, 36, 587–598.
- Stek, M.L., Vinkers, D.J., Gussekloo, J., Beekman, A.T.F., van der Mast, R.C., & Westendorp, R.G.J. (2005). Is depression in old age fatal only when people feel lonely? American Journal of Psychiatry, 162, 178–180.

- Stoppe, G., A. Bramesfeld, Schwartz, F. (2006). Volkskrankheit Depression? Bestandesaufnahme und Perspektiven. Heidelberg, Springer.
- Tennant, C. (2001). Work-related stress and depressive disorders. Journal of Psychosomatic research, 51, 697–704.
- The WHO World Mental Health Survey Consortium (2004). Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. The Journal of the American Medical Association, 291(21), 2581–2590.
- Tomonaga, Y., Haettenschwiler, J., Hatzinger, M. et al. (2013). The economic burden of depression in Switzerland. Pharmacoeconomics, 31(3), 237–250.
- Wang, P., Berglund, P., Olfson, M. et al. (2004). Delays in Initial Treatment Contact after First Onset of a Mental Disorder. Health Services Research, 39(2), 393–415.
- Wang, P., Berglund, P., Olfson, M. et al. (2005). Failure and Delay in Initial Treatment Contact After First Onset of Mental Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Archives of General Psychiatry, 62, 603–613.
- Wang, P., Lane, M., Olfson, M. et al. (2005). Twelve-Month Use of Mental Health Services in the United States. Archives of General Psychiatry, 62, 629–640.
- Wang, P., Simon, G., Kessler, R. (2008). Making the Business Case for Enhanced Depression Care: The National Institute of Mental Health-Harvard Work Outcomes Research and Cost-Effectiveness Study. Journal of Occupational and Environmental Medicine, 50, 468–475.
- Wells, K., Miranda, J., Bauer, M. et al. (2002). Overcoming barriers to reducing the burden of affective disorders. Biological Psychiatry, 52, 655–675.
- Wells, K., Sherbourne, C., Duan, N. et al. (2005). Quality Improvement for Depression in Primary Care: Do Patients With Subthreshold Depression Benefit in the Long Run? The American Journal of Psychiatry, 162, 1149–1157.

- Wittchen, H.-U., Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe a critical review and appraisal of 27 studies. European Neuropsychopharmacology, 15, 357–376.
- Wittchen, H.-U., Perkonigg, A. (1997). DIA-X-Screening Verfahren; Fragebogen DIA-DSQ: Screening für Depressionen. Frankfurt: Swets & Zeitlinger.
- Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Rehm, J. et al. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. European Neuropharmacology, 21, 655–679.
- Zhang, M., Rost, K., Fortney, J. et al. (1999). A Community Study of Depression Treatment and Employment Earnings. Psychiatry Services, 50(9), 1209–1213.

Annexe

Tab. A.1 Explications concernant les indicateurs de dépressivité/dépression utilisés

Indicateur	Source	Question/réponses possibles	Explications concernant les catégories utilisées
Symptômes dépressifs (DSQ)	ESS 2007	 Question (questionnaire écrit): Au cours des deux dernières semaines a)Avez-vous été triste, abattu(e) ou déprimé(e) la plupart du temps? b)Avez-vous ressenti une perte d'intérêt ou éventuellement une absence de plaisir pour les choses qui habituellement en avaient? c)Vous êtes-vous senti(e) fatigué(e), épuisé(e) ou sans énergie (même sans avoir travaillé durement)? d)Avez-vous perdu l'appétit ou maigri considérablement? e)Avez-vous perdu l'appétit ou maigri considérablement? e)Avez-vous connu des troubles du sommeil (endormissement difficile, sommeil agité, réveil précoce)? f)Avez-vous connu des troubles du sommeil (endormissement difficile, sommeil agité, réveil précoce)? f)Avez-vous l'impression que vous vous déplacez ou que vous vous exprimez plus lentement que d'habitude? g)Votre intérêt sexuel a-t-il été plus faible que d'habitude ou même avez-vous perdu tout désir sexuel? h)Avez-vous ressenti une perte de confiance en vous-même, en vous jugeant inutile, coupable ou en vous faisant des reproches injustifiés? i)Avez-vous eu des difficultés à vous concentrer (par ex. en lisant ou en regardant la télévision) ou à prendre des décisions courantes? j)Avez-vous souvent pensé à la mort ou même avez-vous songé à mettre fin à vos jours? képonses possibles: presque tous les jours; parfois, non, jamais 	Calcul de l'indice selon Bétrisey et al. (2004) Catégories: - sans - faibles - moyens à sévères
Dépression majeure	ESS 2007	35 questions de l'ESS qui correspondent au CIDI-SF 12 month DSM-IV version V1.1, décembre 2002	Calcul de l'indice selon OFS (2008) Catégories: – oui (dépression majeure) – non (pas de dépression majeure)
Sentiments négatifs/dépressivité	PSM 2009	Question: Eprouvez-vous souvent des sentiments négatifs comme le cafard, le désespoir, l'anxiété, la dépression, si 0 signifie «jamais» et 10 «toujours»? Réponses possibles: de 0 (jamais) à 10 (toujours)	Catégories: - rarement (valeurs 0–3) - parfois (valeurs 4–6) - fréquents (valeurs 7–10)
Diagnostics CIM-10	SM SDI Cabinets de psychiatres du canton de Berne Analyse de dossiers d'invalidité	Troubles de l'humeur (F3): Épisode maniaque (F30) Trouble affectif bipolaire (F31) Épisodes dépressifs (F32) Troubles de l'humeur persistants (F34) Autres troubles de l'humeur (F38) Troubles de l'humeur, sans précision (F39)	

Tab. A.1 Explications concernant les indicateurs de dépressivité/dépression utilisés (suite)

Indicateur	Source	Question/réponses possibles	Explications concernant les catégories utilisées
Dépression (évaluation de la présence d'une dépression sur la base de la CIM-10)	Sentinella	Déclarer toutes les consultations initiales (motif de consultation principal ou secondaire) en rapport avec une dépression légère, moyenne ou sévère, selon le nombre de symptômes énumérés ci-dessous ayant duré au moins 2 semaines. Cela concerne aussi bien le diagnostic initial que les récidives d'une dépression:	
		Dépression légère: le patient est affecté, mais est en mesure de poursuivre les activités de la vie quotidienne (au moins 2 symptômes) et une intervention médicale a lieu (invitation à des consultations ultérieures, thérapie, réadressage).	
		Dépression moyenne: le patient a de grandes difficultés à poursuivre les activités de la vie quotidienne (4 symptômes ou plus).	
		Dépression sévère: le patient n'est plus en mesure de poursuivre les activités de la vie quotidienne et/ou présente de manière persistante un risque vital immédiat (ruminations suicidaires avec élaboration de passage à l'acte, plusieurs symptômes).	
		Les symptômes sont: – Humeur dépressive	
		 Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir Perte d'énergie (fatigue intense, impression d'être «sans force», manque d'initiative) 	
		– Troubles du sommeil – Perte de l'annétit (rarement augmentation)	
		– Diminution de la confiance en soi et de l'estime de soi	
		– Iroubles somatiques inexplicables (avant tout douleurs) – Troubles de la concentration	
		 Autodévalorisation ou sentiment de culpabilité excessive 	
		– Pessimisme quant à l'avenir Doncéer cuividaire é dabocation de naccame à l'acte	
		Trensess suicidalies, elaboladoli de passage a l'acte	

A.2 Description des troubles de l'humeur selon la CIM-10

Troubles de l'humeur [affectifs] (F30-F39)

Ce groupe réunit les troubles dans lesquels la perturbation fondamentale est un changement des affects ou de l'humeur, dans le sens d'une dépression (avec ou sans anxiété associée) ou d'une élation. Le changement de l'humeur est habituellement accompagné d'une modification du niveau global d'activité, et la plupart des autres symptômes sont soit secondaires à ces changements de l'humeur et de l'activité, soit facilement compréhensibles dans leur contexte. La plupart de ces troubles ont tendance à être récurrents et la survenue des épisodes individuels peut souvent être mise en relation avec des situations ou des événements stressants.

F30: Episode maniaque/manie (F30.1)

Présence d'une élévation de l'humeur hors de proportion avec la situation du sujet, pouvant aller d'une jovialité insouciante à une agitation pratiquement incontrôlable. Cette élation s'accompagne d'une augmentation d'énergie, entraînant une hyperactivité, un désir de parler, et une réduction du besoin de sommeil. L'attention ne peut être soutenue et il existe souvent une distractibilité importante. Le sujet présente souvent une augmentation de l'estime de soi avec idées de grandeur et surestimation de ses capacités. La levée des inhibitions sociales normales peut entraîner des conduites imprudentes, déraisonnables, inappropriées ou déplacées.

F 31: Trouble affectif bipolaire

Trouble caractérisé par deux ou plusieurs épisodes au cours desquels l'humeur et le niveau d'activité du sujet sont profondément perturbés, tantôt dans le sens d'une élévation de l'humeur et d'une augmentation de l'énergie et de l'activité (hypomanie ou manie), tantôt dans le sens d'un abaissement de l'humeur et d'une réduction de l'énergie et de l'activité (dépression). Les épisodes récurrents d'hypomanie ou de manie sont classés comme bipolaires.

F 32: Episodes dépressifs

Dans les épisodes typiques de chacun des trois degrés de dépression: léger (F32.0), moyen (F32.1) ou sévère (F32.2, F32.3), le sujet présente un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité. Il existe une altération de la capacité à éprouver du plaisir, une perte d'intérêt, une diminution de l'aptitude à se concentrer, associées couramment à une fatigue importante, même après un effort minime. On observe habituellement des troubles du sommeil, et une diminution de l'appétit. Il existe presque toujours une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi et, fréquemment, des idées de culpabilité ou de dévalorisation, même dans les formes légères. L'humeur dépressive ne varie guère d'un jour à l'autre ou selon les circonstances, et peut s'accompagner de symptômes dits somatiques», par exemple d'une perte d'intérêt ou de plaisir, d'un réveil matinal précoce, plusieurs heures avant l'heure habituelle, d'une aggravation matinale de la dépression, d'un ralentissement psychomoteur important, d'une agitation, d'une perte d'appétit, d'une perte de poids et d'une perte de la libido. Le nombre et la sévérité des symptômes permettent de déterminer trois degrés de sévérité d'un épisode dépressif: léger, moyen et sévère.

F33: Trouble dépressif récurrent

Trouble caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs correspondant à la description d'un tel épisode (F32.-), en l'absence de tout antécédent d'épisodes indépendants d'exaltation de l'humeur et d'augmentation de l'énergie (manie). Le trouble peut toutefois comporter de brefs épisodes caractérisés par une légère élévation de l'humeur et une augmentation de l'activité (hypomanie), succédant immédiatement à un épisode dépressif, et parfois déclenchés par un traitement antidépresseur. Les formes graves du trouble dépressif récurrent (F33.2 et F33.3) présentent de nombreux points communs avec des concepts antérieurs comme ceux de dépression maniaco-dépressive, de mélancolie, de dépression vitale et de dépression endogène. Le premier épisode peut survenir à n'importe quel âge, de l'enfance à la vieillesse, le début peut être aigu ou insidieux et la durée peut varier de quelques semaines à de nombreux mois. Le risque de survenue d'un épisode maniaque ne peut

jamais être complètement écarté chez un patient présentant un trouble dépressif récurrent, quel que soit le nombre d'épisodes dépressifs déjà survenus. Si un tel épisode maniaque se produit, le diagnostic doit être changé pour celui de trouble affectif bipolaire (F31.-).

F34: Troubles de l'humeur [affectifs] persistants

Troubles de l'humeur persistants et habituellement fluctuants, dans lesquels la plupart des épisodes individuels ne sont pas suffisamment sévères pour justifier un diagnostic d'épisode hypomaniaque ou d'épisode dépressif léger. Toutefois, étant donné qu'ils persistent pendant des années et parfois pendant la plus grande partie de la vie adulte du sujet, ils entraînent une souffrance et une incapacité considérables. Dans certains cas, des épisodes maniaques ou dépressifs récurrents ou isolés peuvent se surajouter à un état affectif persistant.

F38: Autres troubles de l'humeur [affectifs]

Tous les autres troubles de l'humeur dont la sévérité ou la durée est insuffisante pour justifier un classement en F30–F34.

F39: Trouble de l'humeur [affectif], sans précision

A.3 Description des bases de données utilisées

Enquête suisse sur la santé ESS

Description Relevé de données sur l'état de santé et ses facteurs déterminants, sur les conséquences de la maladie, sur le recours aux services de santé et sur la couverture d'assurance de la population résidente de la Suisse. Producteur de données Office fédéral de la statistique OFS, Section Santé Univers de base Population résidente permanente âgée de 15 ans et plus et unités d'enquête Type d'enquête

Enquête par échantillonnage auprès des ménages, sélection aléatoire effectuée à partir de l'annuaire électronique de la Suisse. L'enquête a été réalisée en deux phases: 1. interview téléphonique 2. questionnaire écrit. Les personnes

âgées de 75 ans et plus peuvent choisir entre le sondage téléphonique et l'enquête personnelle.

Degré de régionalisation Régions, parfois cantons (pour les cantons où les échantillons sont importants)

Périodicité Tous les cinq ans. Enquêtes réalisées jusqu'ici: 1992/1993, 1997, 2002, 2007. Prochaine enquête: 2012.

Website www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/ess/04.html

Cette enquête constitue une importante source de données pour la Suisse dans le domaine de la santé, en raison du large éventail de thèmes qu'elle aborde et de sa représentativité nationale. De nombreux thèmes ne sont couverts que par cette seule enquête. Par sondage auprès d'échantillons représentatifs de la population, l'ESS fournit des renseignements sur l'ensemble de la population, c'est-à-dire non seulement sur les patients, mais aussi sur les personnes en plus ou moins bonne santé. L'état de santé individuel peut, de plus, être mis en relation avec d'autres facteurs influant sur la santé, tels que les conditions de vie, les comportements favorables ou défavorables à la santé, ou la manière de faire face aux problèmes de santé.

Pour l'interprétation, il convient de tenir compte des faits suivants:

- L'enquête repose sur les indications fournies par les personnes directement concernées, ce qui peut entraîner certaines imprécisions ou lacunes dans les données (mémoire imparfaite, refus de répondre, désirabilité sociale).
- Il s'agit d'une enquête par échantillonnage réalisée auprès des ménages privés. Les personnes vivant dans des établissements bénéficiant d'un accompagnement médicosocial ne sont pas interrogées. L'enquête tend donc à sélectionner plutôt des personnes en bonne santé.

- Il se peut que des personnes très malades en particulier les personnes atteintes d'une dépression ou d'autres troubles psychiques – ne veuillent pas ou ne puissent pas remplir le questionnaire ni participer à l'interview téléphonique. Il en résulte, notamment pour les questions en rapport avec la santé psychique, un effet de sélection en faveur des personnes en bonne santé, dont il faut tenir compte.
- L'enquête a été effectuée uniquement en allemand, en français et en italien. Par conséquent, les personnes issues de l'immigration possédant des connaissances linguistiques limitées sont insuffisamment représentées.
- Les données publiées sont pondérées de manière à correspondre à l'ensemble des personnes (de 15 ans et plus) vivant en Suisse de manière permanente. Pour les résultats qui reposent sur de petites fréquences, l'erreur aléatoire peut ainsi rapidement devenir importante.

Panel suisse de ménages PSM

Description Données concernant les conditions et modes de vie, le travail, le temps libre, la santé ainsi que les opinions

et les valeurs. L'objectif principal du PSM est d'observer l'évolution sociale, notamment la dynamique de l'évolution

des conditions de vie de la population en Suisse.

Producteur de données Centre de compétence suisse en sciences sociales

Univers de base et unités d'enquête

Population résidente permanente âgée de 15 ans et plus

Type d'enquête Enquête téléphonique dans les ménages privés, sous forme de panel (enquête longitudinale). L'enquête comprend

un questionnaire ménage et un questionnaire individuel. Pour chaque enfant de moins de 14 ans et chaque personne qui ne peut pas être interrogée, une personne de référence répond, à leur place, au questionnaire «Proxy».

Degré de régionalisation Régions

Périodicité Annuelle, depuis 1999

Website www.swisspanel.ch (consulté le 22.03.2013)

Bien que le PSM ne constitue pas une véritable enquête sur la santé, il comporte quelques questions à ce sujet – en particulier sur la santé psychique et sociale – qui n'ont pas été abordées par l'ESS. Du fait que les questions portent sur un large éventail de domaines de la vie, les différentes variables peuvent également être en mises en relation les unes avec les autres.

Pour l'interprétation, il convient de tenir compte des faits suivants:

- L'enquête repose sur les indications fournies par les personnes directement concernées, ce qui peut entraîner certaines imprécisions ou lacunes dans les données (mémoire imparfaite, refus de répondre, désirabilité sociale).
- Un certain biais d'échantillonnage peut survenir sous la forme d'une mortalité sélective au sein du panel.
- En raison de modifications ou de raccourcissements du questionnaire, la validité des comparaisons dans le temps peut être limitée.
- Il s'agit d'une enquête par échantillonnage réalisée auprès des ménages privés. Les personnes vivant dans des établissements bénéficiant d'un accompagnement médicosocial ne sont pas interrogées. L'enquête tend donc à sélectionner plutôt des personnes en bonne santé.

- Certaines personnes très malades ne veulent pas ou ne peuvent pas participer à une interview téléphonique. Le cas échéant, une autre personne du ménage répond alors à certaines questions spécifiques à la place de la personne cible. Il existe un effet de sélection en faveur des personnes en bonne santé, dont il faut tenir compte pour les questions relatives à la santé psychique. Dans les données du Panel, il faut prendre en considération le fait que la probabilité pour les personnes ayant des problèmes de santé d'abandonner leur participation à l'enquête est plus élevée que pour les personnes en bonne santé.
- L'enquête a été effectuée uniquement en allemand, en français et en italien. Par conséquent, les personnes issues de l'immigration possédant des connaissances linguistiques trop limitées sont insuffisamment représentées.

Statistique médicale des hôpitaux

Description Recensement de toutes les hospitalisations au sein des hôpitaux suisses. Concernant les patients, des informations

sociodémographiques, aussi bien que des données administratives (par ex. type d'assurance) et médicales sont

Producteur de données Office fédéral de la statistique OFS, Section Santé

Univers de base et unités d'enquête Hôpitaux

Type d'enquête Enquête exhaustive

Degré de régionalisation Environ 600 régions MedStat Périodicité Annuelle, depuis 1998

Website www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/mkh/01.html (consulté le 22.03.2013)

Étant donné que tous les patients hospitalisés en Suisse sont recensés dans la statistique médicale des hôpitaux, les informations livrent également un tableau précis des maladies psychiques traitées dans les cliniques de Suisse.

Pour l'interprétation, il convient de tenir compte des faits suivants:

- Les données reflètent le recours aux soins, et non la demande y relative ou la morbidité.
- Pour les hôpitaux, la saisie des données complémentaires sur la psychiatrie est facultative. Certains cantons et certains établissements psychiatriques n'y participent pas. En 2010, environ 60% des cliniques psychiatriques ont fourni ces données.

La statistique des traitements semi-hospitaliers fait partie de la statistique médicale, mais ces traitements sont loin d'être saisis de manière complète et harmonisée par les hôpitaux. Le relevé de données dans le domaine hospitalier ambulatoire n'est pas obligatoire. Les données ne sont pas fiables, raison pour laquelle elles ne sont pas utilisées.

Sentinella - Surveillance d'une sélection de maladies en médecine de premier recours

Description Relevé de données se rapportant aux maladies transmissibles et autres maladies aigües (par ex. suspicion d'influenza,

rougeole, rubéole, oreillons, coqueluche). En outre, des données se rapportant à d'autres maladies et thèmes de

déclaration sont relevées périodiquement.

Producteur de données Office fédéral de la santé publique OFSP, Section Système de déclaration

Univers de base et unités d'enquête Cabinets de premiers recours

Type d'enquête Eventail semi représentatif de médecins de premier recours participant sur une base volontaire (environ 200 cabinets).

Instrument d'enquête: questionnaire papier ou électronique

Degré de régionalisation Régions

Périodicité Hebdomadaire, depuis 1986; en cas de thème spécial, la durée du recensement est limitée à une ou deux années.

Website www.sentinella.ch (consulté le 22.03.2013)

Parallèlement à la surveillance permanente des maladies, des données se rapportant à d'autres thèmes sont relevées de manière répétée sur une durée de recensement d'un à deux ans (par ex. obésité et troubles alimentaires, violence domestique). Ainsi, entre 2008 et 2009, le formulaire d'inscription comprenait des questions relatives à la dépression.

Pour l'interprétation des résultats relatifs à la dépression, il convient de tenir compte des faits suivants:

- Les dépressions légères n'ayant donné lieu à aucune intervention médicale ne sont pas recensées, leur déclaration ayant été jugée trop onéreuse par le médecin.
- Certains intérêts personnels, l'attitude personnelle du médecin face à la dépression ainsi que des différences dans la pratique thérapeutique ont pu exercer une influence sur la qualité des déclarations.

Indice suisse des diagnostics SDI

Description Données sur les diagnostics et ordonnances des médecins dispensants.

Producteur de données IMS Health GmbH

Univers de base Médecins dispensants établis en Suisse **et unités d'enquête**

Type d'enquête Relevé partiel se rapportant aux médecins dispensants établis en Suisse. Échantillon stratifié et renouvelé.

Réparti selon 5 régions et 8 groupes de médecins spécialisés. Instrument d'enquête: carnet standard

Degré de régionalisation Régions linguistiques
Périodicité Trimestrielle, depuis 1990

Website www.imshealth.ch (consulté le 22.03.2013)

Pour l'interprétation, il convient de tenir compte des faits suivants:

 Il s'agit d'une enquête par échantillonnage basée sur un échantillon relativement petit et qui est extrapolé.

 L'exactitude scientifique des données soulève quelques doutes car elles sont établies, avant tout, à des fins de marketing et d'observation du marché.

Enquête auprès des cabinets de psychiatres du canton de Berne

Description Enquête auprès des psychiatres établis dans le canton de Berne sur l'organisation du cabinet médical, l'évaluation

du système de soins psychiatriques dans le canton ainsi que les caractéristiques des patients dans le cadre de la planification hospitalière cantonale (Développement du système de soins psychiatriques du canton de Berne,

WePBE).

Producteur de données Amsler, F., Jäckel, D., Wyler, R., Baer, N., sur mandat de la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale

du canton de Berne (Amsler, F., Jäckel, D & Wyler, R., 2010)

Univers de base et unités d'enquête Cabinet de psychiatrie

Type d'enquête Relevé du jour de référence dans tous les cabinets de psychiatrie

Degré de régionalisationRégions MSPériodicité2009, unique

Website http://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheit/gesundheit/psychiatrie/versorgungsplanung.assetref/content/dam/

documents/GEF/SPA/de/Versorgungsplanung/20112014/gef_versorgungsplanung_5_eval_ambu_teilstationaere_

psychiatreivers_d.pdf (consulté le 05.04.2013)

En tout, 292 psychiatres ont été conviés à participer à l'enquête et à communiquer leur adresse électronique. 218 ont donné leurs coordonnées et ont été invités à participer à l'enquête, 122 psychiatres y ont participé, ce qui représente un taux de réponse de 56% des personnes invitées.

Pour l'interprétation des résultats, il convient de tenir compte des faits suivants:

 Le taux de réponse peut être considéré comme très bon, compte tenu de l'important investissement demandé pour répondre au questionnaire, mais en considérant la totalité des psychiatres en activité contactés initialement, plus de la moitié n'a pas été prise en compte.

Analyse de dossiers d'invalidité pour raisons psychiques

Description Analyse de dossiers de rentiers Al pour raisons psychiques en termes de caractéristiques, de maladies, de charges

et de processus d'octroi de la rente.

Producteur de données Baer, N., Frick, U., & Fasel, T. (2009) sur mandat de l'Office fédéral des assurances sociales dans le cadre

du programme pluriannuel de recherche sur l'invalidité et le handicap et sur la mise en œuvre de la loi

sur l'assurance-invalidité (PR-AI)

Univers de base et unités d'enquête Rentiers AI pour cause de «troubles psychogènes ou en réaction au milieu» (code AI 646) en Suisse

Type d'enquête Echantillon représentatif de la prévalence entre 1993 et 2006 des rentiers Al pour cause de «troubles psychogènes

ou en réaction au milieu» (code Al 646) en Suisse (n=887)

Degré de régionalisation Grandes régions

Périodicité unique

Website http://www.news.admin.ch/message/index.html?lang=de&msg-id=27879 (Zugriff am 05.04.2013)

Cette étude est une analyse approfondie de grande envergure des conditions de rente des personnes atteintes de troubles mentaux. Les résultats s'appliquent à toutes les rentes consécutives à des «troubles psychogènes ou en réaction au milieu» (code AI 646) de 1993 à 2006. Le code AI «646» n'avait donné aucun éclairage sur les diagnostics jusqu'à cette étude.

Pour l'interprétation des résultats, il convient de tenir compte des faits suivants:

- Etant donné que l'analyse se base sur l'effectif des rentes, les modifications temporelles sont moins marquées que si l'on considérait le nombre annuel de nouvelles rentes.
- Lors du processus d'octroi de la rente, les assurés AI se voient attribuer la plupart du temps divers diagnostics de plusieurs médecins. La définition du diagnostic déterminant pour la rente provenait premièrement du dossier (dernier diagnostic posé avant l'octroi de la rente) et deuxièmement des expériences cliniques en réadaptation.





GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren

CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé

CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft Confédération suisse Confederazione Svizzera Confederaziun svizra Eidgenössisches Departement des Innern EDI Département fédéral de l'intérieur DFI Dipartimento federale dell'interno DFI



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen. L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons. L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.