

Réseau des centres de données de recherche

Série de synthèses de recherche: N° 1

Profil de la dépression clinique au Canada

Scott Patten

Université de Calgary

Heather Juby

Réseau des centres de données de recherche



Février 2008

La série de synthèses des CDR réunit les résultats d'études menées principalement dans les centres de données de recherche du Canada sur les données de recensement et d'enquête de Statistique Canada qui ont trait à des sujets particuliers. Ces rapports préparés à l'intention des décideurs et d'autres non-spécialistes permettent également de renseigner les spécialistes au Canada sur les travaux d'autres personnes qui œuvrent dans leur domaine.

Profil de la dépression clinique au Canada

*Scott Patten et Heather Juby**

Introduction

Selon les projections, la dépression majeure, première cause d'incapacité au monde en 2000 d'après un rapport de l'Organisation mondiale de la santé¹, deviendra d'ici 2030 le principal facteur contribuant au fardeau de la maladie dans les pays à revenu élevé². En raison des coûts des soins de santé s'y rattachant et de la perte de productivité au travail qu'elle entraîne, elle a de profondes répercussions économiques. Par exemple, au Canada, les jours d'invalidité de courte durée attribuables à la dépression ont coûté quelque 2,6 milliards de dollars en 1998³.

Même si les Grecs anciens débattaient déjà du lien entre la santé et la dépression, on en savait étonnamment peu jusqu'à récemment sur ce trouble éventuellement dangereux et souvent incapacitant. Faute de définition claire, la dépression est demeurée stigmatisée, non mesurée et largement non traitée.

Les critères particuliers servant maintenant à reconnaître la dépression clinique – par opposition à la légère dépression temporaire que la plupart d'entre nous connaissons à un moment donné – n'ont été adoptés à grande échelle qu'en 1980, avec la publication de la troisième révision du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM)⁴. En définissant la dépression majeure en

* Courriel : patten@ucalgary.ca ; heather.juby@umontreal.ca.

¹ L'incapacité est mesurée par l'indicateur du nombre d'années vécues avec une incapacité (YLD) et le fardeau global de la maladie, par l'indicateur des années de vie corrigées de l'incapacité (DALY). Voir: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/

² Mathers et Loncar 2006.

³ Stephens et Joubert 2001.

⁴ Ce manuel publié par l'American Psychiatric Association comporte une classification des différents troubles mentaux et en établit les critères diagnostiques. Bien que d'aucuns puissent le critiquer, ce manuel est devenu la principale source de référence des professionnels de la santé mentale et d'autres en Amérique du Nord et dans le monde entier. Il a été publié pour la première fois en 1952 et est révisé périodiquement depuis, le plus récemment en 2000 (DSM-IV-TR).

fonction de la persistance et de la gravité de symptômes, ces critères ont fourni la première définition empirique des troubles dépressifs.

La recherche sur la dépression s'en est trouvée transformée. Jusqu'alors, les chercheurs étaient limités à de petites études cliniques ou étaient contraints de s'en remettre à des échelles d'évaluation subjective des symptômes, qui ne pouvaient pas servir à diagnostiquer la dépression clinique. Les nouveaux critères ont rendu possible l'élaboration d'interviews diagnostiques structurées qui : a) permettaient de reconnaître les syndromes dépressifs significatifs du point de vue clinique; b) pouvaient être administrées par des non-cliniciens. Du jour au lendemain, il est devenu économiquement faisable de réaliser des études épidémiologiques à grande échelle sur la dépression clinique.

L'interview diagnostique composite internationale (CIDI) est la plus utilisée de ces interviews. Intégrée aux enquêtes sur la santé de la population depuis les années 80, elle a permis de produire les premières mesures fiables de la prévalence de la dépression majeure au sein de la population générale. Depuis, nos connaissances sur ce problème de santé mentale débilisant se sont multipliées, et la sensibilisation accrue se traduit par une plus grande acceptation et des possibilités de traitement croissantes.

L'étude de la dépression au Canada

Les premières études, surtout d'origine américaine, ont révélé que la dépression était beaucoup plus répandue qu'on ne le supposait auparavant. Au milieu des années 90, l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de Statistique Canada est devenue la première enquête nationale canadienne assortie d'une interview diagnostique sur la dépression majeure – une version abrégée du module CIDI sur la dépression majeure. Il est ressorti de l'ENSP que la dépression était un problème de santé tout aussi grave au Canada qu'aux États-Unis.

Les cycles suivants de l'ENSP et l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)⁵ ont donné lieu à une foule d'études à ce sujet, particulièrement depuis 2001, lorsque le Programme des centres de données de recherche de Statistique Canada a facilité l'accès aux données d'enquête détaillées. Des chercheurs de partout au pays utilisent ces données pour évaluer et améliorer les outils servant à mesurer l'épidémiologie de la dépression majeure et pour en apprendre davantage sur les différents aspects du problème.

Dans le présent rapport, nous réunissons les constatations issues de quelques-unes de ces études pour peindre un portrait social, plutôt que clinique, de la dépression au Canada. Nous faisons état de l'étendue du problème et nous décrivons les caractéristiques des Canadiens les plus à risque. Nous discutons des études sur l'utilisation des services de santé et nous mettons en évidence les secteurs où des mesures d'intérêt public contribueraient à réduire les répercussions économiques et sociales négatives de la dépression sur les particuliers et la société. Enfin, nous mentionnons quelques-unes des questions sur lesquelles des études ultérieures pourraient jeter un éclairage.

Qu'est-ce que la dépression clinique?

La dépression clinique est un syndrome caractérisé par un ensemble de symptômes liés à l'humeur – humeur dépressive, perte d'intérêt ou de plaisir, sentiments de culpabilité ou faible estime de soi, sommeil ou appétit perturbé, manque d'énergie, changements dans les mouvements (agitation ou mouvements ralentis), mauvaise concentration et pensées suicidaires ou associées à la mort. Le premier épisode survient habituellement à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte, et la plupart des études épidémiologiques indiquent qu'environ 50 % des personnes affectées connaissent plus d'un épisode.

⁵ L'ENSP fait un suivi de la santé des Canadiens tous les deux ans depuis 1994. La section sur la santé mentale de l'ESCC 1.2 en 2002 s'est révélée une source d'information particulièrement utile sur la dépression.

La dépression grave est souvent accompagnée d'un autre problème psychiatrique, comme un trouble anxieux, un trouble de toxicomanie ou d'alcoolisme ou un trouble de l'alimentation. Qu'elle soit seule ou combinée à un autre problème, la dépression grave mine la capacité de fonctionner à la maison, au travail et en société⁶. Dans une étude particulière, les travailleurs canadiens atteints de dépression ont dit avoir été incapables d'accomplir leur travail convenablement pendant en moyenne 32 jours sur une période de douze mois, tandis que leur vie familiale et sociale était encore plus gravement compromise⁷.

Pour qu'il corresponde aux critères diagnostiques de la dépression dans les interviews CIDI, au moins cinq des symptômes liés à l'humeur doivent être présents presque tous les jours au cours de la même période de deux semaines. L'humeur dépressive *ou* la perte d'intérêt ou de plaisir doit figurer parmi l'ensemble de symptômes, puisque bon nombre des autres peuvent avoir de multiples causes. De plus, les symptômes doivent être suffisamment graves pour causer une détresse significative du point de vue clinique ou pour entraver considérablement la vie familiale, professionnelle ou sociale de la personne⁸.

Jusqu'à quel point la dépression clinique est-elle commune?

La dépression est aussi commune que d'autres importants problèmes chroniques tels que les maladies cardiovasculaires ou le diabète⁹, comme en témoigne le fait que, chaque année, plus d'un million de Canadiens vivent un épisode dépressif majeur.

On se sert généralement de trois principaux indicateurs pour décrire la fréquence, ou la prévalence, de la dépression au sein de la population. Ces indicateurs représentent la proportion de gens atteints d'une dépression grave (i) à un

⁶ Breslin et coll. 2006

⁷ Gilmour et Patten 2007

⁸ En outre, comme un syndrome de la sorte peut survenir normalement à l'occasion d'un deuil ou peut être déclenché par les effets physiologiques d'un problème de santé ou d'un médicament, des critères d'exclusion s'appliquent.

⁹ Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002. N° 82-617-XIF au catalogue.

moment donné de leur vie : la *prévalence à vie*; (ii) au cours d'une période de douze mois : la *prévalence annuelle*; (iii) à un moment précis : la *prévalence ponctuelle*¹⁰.

De récentes estimations démontrent qu'environ un Canadien sur dix a vécu un épisode dépressif majeur à un moment donné de sa vie (*prévalence à vie* = 10 %-12 %); un sur vingt, au cours d'une année (*prévalence annuelle* = 4 %-5 %); enfin, un sur cinquante, à un moment précis (*prévalence ponctuelle* = 2 %)¹¹.

Ces estimations peuvent varier d'une étude à l'autre, et non seulement parce que les taux de dépression varient bel et bien au fil du temps au sein d'une population. Les variations peuvent aussi être attribuables à des différences au niveau de l'échantillon de l'enquête, ou au niveau des questions servant à définir l'épisode dépressif¹². Même si les critères diagnostiques de la dépression majeure sont beaucoup plus normalisés maintenant que par le passé, leur traduction opératoire dans diverses interviews diagnostiques peut présenter des différences qui se répercutent sur les estimations de la prévalence.

Qu'est-ce qui cause la dépression?

Personne ne sait exactement ce qui cause une dépression majeure, en partie parce que ce n'est pas une entité unique et en partie parce qu'elle n'a pas de cause unique. Certains médicaments et drogues peuvent mener à la dépression, par exemple. Ce type de dépression peut se résoudre rapidement une fois que l'agent déclencheur est supprimé. D'autres épisodes commencent après

¹⁰ Comme les critères diagnostiques prévoient que les symptômes doivent être présents presque tous les jours au cours d'une période de deux semaines, la prévalence ponctuelle est difficile à quantifier. La plupart des chercheurs comptent un épisode qui survient dans les 30 jours précédant l'interview aux fins du calcul de la prévalence actuelle, ou ponctuelle.

¹¹ Patten et coll. 2005

¹² Par exemple, le formulaire abrégé pour la dépression majeure de l'interview diagnostique composite internationale (CIDI-SFMD), utilisé dans la plupart des enquêtes, tend à donner lieu à une surestimation des taux de prévalence comparativement à l'interview diagnostique détaillée CIDI World Mental Health 2000 utilisée dans le cadre de l'ESCC 1.2 (2002). De plus, il produit un éventail plus vaste d'estimations. Patten et coll. (2005)

l'accouchement et peuvent être liés aux changements hormonaux qui surviennent au cours de la grossesse et de l'accouchement¹³.

La plupart du temps, la dépression est le produit d'une interaction complexe entre des éléments biologiques, psychologiques et sociaux. Une maladie physique, par exemple, peut contribuer à l'apparition de la dépression sous l'effet de mécanismes physiques comme la douleur, aussi bien que de mécanismes psychosociaux comme la perte de rôles sociaux et professionnels due à la maladie.

Un épisode dépressif peut être déclenché par des événements stressants de la vie, bien que la question de savoir si un individu y réagit ou pas en devenant cliniquement déprimé dépend des caractéristiques personnelles (composition génétique, habiletés d'adaptation, réseau de soutien social, etc.) et de l'événement même (sa gravité, sa durée).

Alors que les enquêtes sur la santé de la population ne sont pas conçues pour l'étude des causes psychologiques ou biologiques de la dépression, elles peuvent jeter un éclairage sur quelques-uns des facteurs qui rendent certains groupes de gens plus vulnérables à la dépression que d'autres, et sur certaines circonstances pouvant déclencher la dépression.

Qui est le plus à risque?

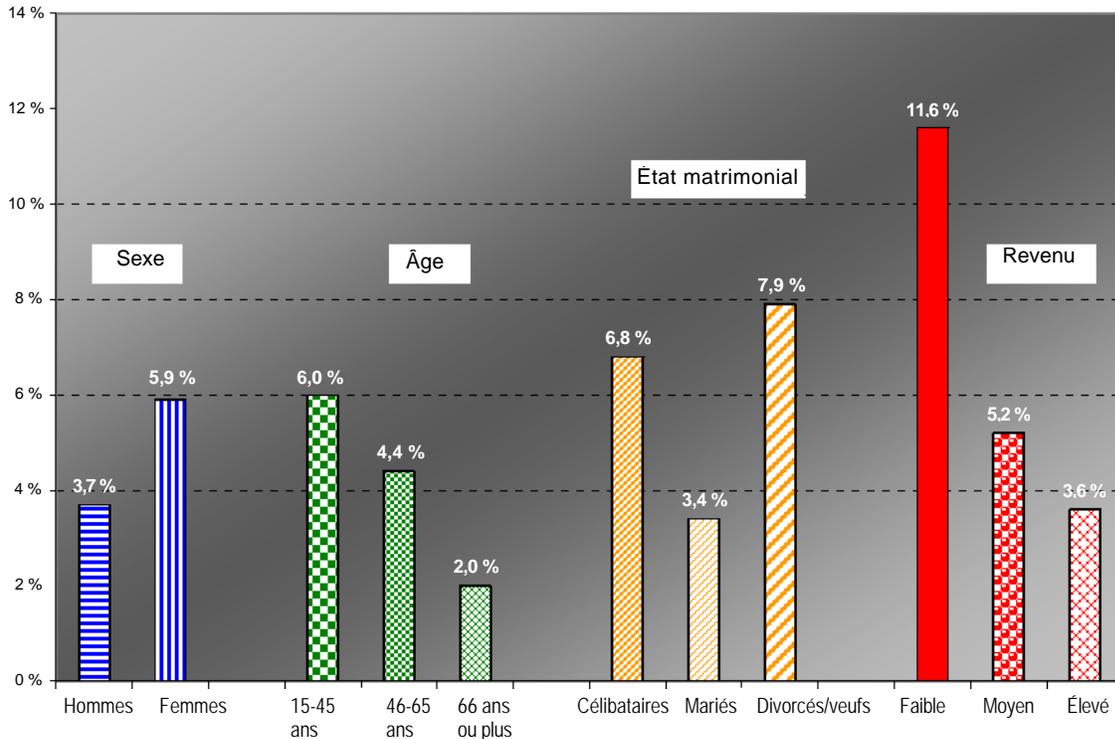
En plus des facteurs de risque qui ressortent des études cliniques (comme les antécédents familiaux de dépression, la violence subie pendant l'enfance ou d'autres troubles psychiatriques), les études épidémiologiques font systématiquement état de taux plus élevés de dépression majeure chez les femmes et les jeunes adultes, chez les célibataires ou les individus jadis mariés (veufs, séparés ou divorcés) et chez les faibles

démontrent que ces différences ne changent pas le profil des facteurs de risque de dépression.

¹³ Bien que la dépression puisse aussi être une caractéristique des troubles bipolaires (épisodes maniaques accompagnés ou non d'épisodes dépressifs majeurs), la distinction est importante du point de vue clinique puisque différentes approches pharmacologiques sont utilisées à des fins de traitement.

salariés¹⁴. La figure 1 illustre la variation des taux de prévalence annuelle de la dépression pour ces différents groupes de Canadiens en 2002¹⁵.

Figure 1 : Prévalence annuelle de la dépression majeure pour certains facteurs de risque



Les hommes et les femmes ne sont pas toujours affectés de la même façon ou au même degré par ces facteurs de risque. Par exemple, l'état matrimonial et le revenu sont les plus fortement liés à la dépression chez les hommes, alors que les problèmes de santé chroniques, autre facteur de risque ressortant systématiquement de ces études, sont les plus étroitement corrélés avec la dépression chez les femmes¹⁶. De plus, le poids corporel peut avoir un effet différent chez les hommes et chez les femmes : une étude a démontré que les femmes qui font de l'embonpoint sont *plus*

¹⁴ Currie et Wang, 2004; Patten et coll. 2005; Smith et coll. 2007

¹⁵ Patten et coll. 2005. Les taux sont indiqués pour les Canadiens de 15 ans ou plus. La prévalence globale est de 4,8 %.

¹⁶ Stewart et coll. 2004

déprimées que les autres femmes, alors que les hommes qui ont un excédent de poids semblent être *moins* déprimés que les autres hommes¹⁷.

Parmi les autres facteurs liés à un risque accru de dépression, mentionnons le fait d'être une mère seule, de ne pas terminer ses études secondaires, de dépendre de l'aide sociale, de vivre seul, de fumer et d'être un buveur excessif. De plus, une personne ayant déjà vécu un épisode de dépression majeure est plus susceptible que la moyenne des gens d'en subir un autre.

Les immigrants et les membres des minorités visibles sont moins susceptibles d'être déprimés comparativement aux autres groupes¹⁸. Il pourrait également exister des différences régionales, bien que les constatations à ce sujet ne soient pas toujours convergentes et que d'autres études sont nécessaires. Par exemple, une étude menée au Canada urbain a révélé que le risque de dépression était le moins élevé au Québec et le plus élevé en Alberta. Par contre, une étude de la dépression chez les adolescents plus âgés (15-18 ans) a démontré que le risque de dépression était le plus élevé chez les jeunes au Québec et le moins élevé dans la région de l'Atlantique¹⁹.

Bien que les termes « facteur de risque » et « élément déclencheur » laissent entendre que la caractéristique ou l'événement *cause* l'épisode dépressif, la réalité est plus compliquée. Prenons par exemple le lien entre la dépression et le faible revenu. Est-ce que le fait d'avoir du mal à joindre les deux bouts *cause* la dépression, ou est-ce que la dépression nuit au rendement au travail, ce qui mène à la perte d'emploi et à un faible revenu? Dans ce cas-ci, comme pour d'autres facteurs dont il est question plus loin, le lien peut aller, et va souvent, dans les deux sens.

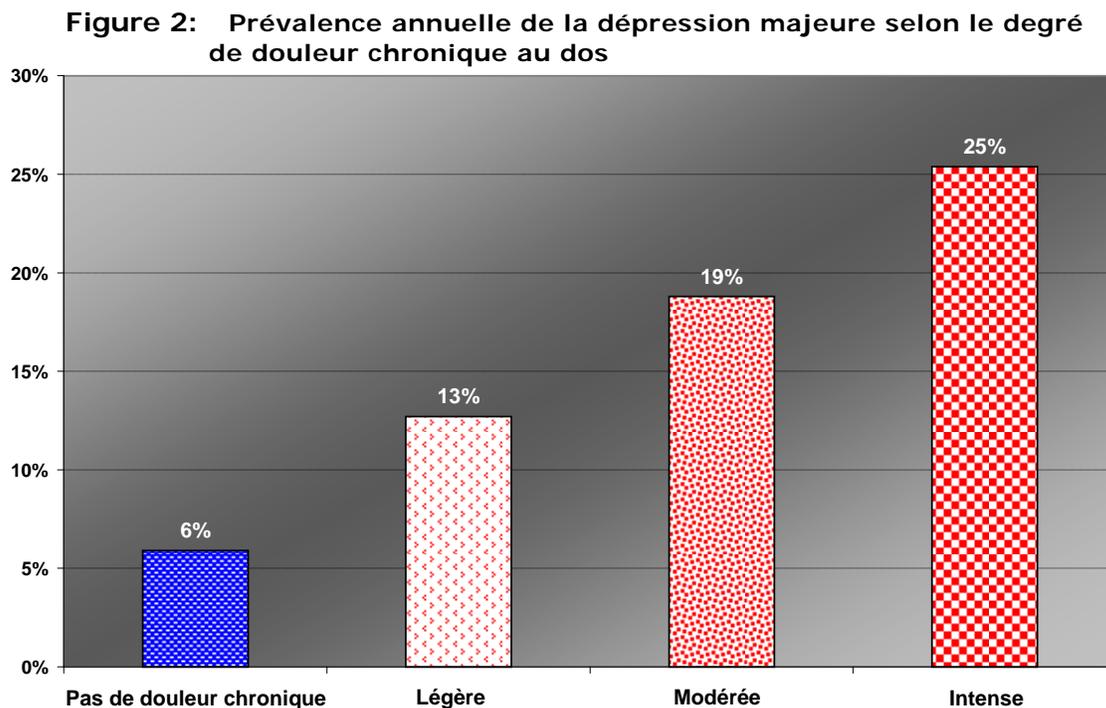
¹⁷ Lukassen et Beaudet 2005; Smith et coll. 2007

¹⁸ Smith et coll. 2007; Streiner et coll. 2006

¹⁹ Cheung et Dewa 2006

Les problèmes de santé chroniques et la dépression

La dépression et les problèmes de santé physique chroniques vont souvent de pair. Par exemple, les personnes qui souffrent de maux de dos chroniques sont beaucoup plus souvent déprimées que les personnes qui n'ont pas mal au dos et, plus la douleur est intense, plus le risque de dépression est grand. Comme le démontre la figure 2²⁰, la prévalence annuelle de la dépression passait de 6 % chez les personnes n'ayant pas mal au dos à plus de 25 % chez celles qui éprouvaient des douleurs intenses au dos. En fait, parmi tous les facteurs de risque à l'étude, le mal de dos était le plus fortement lié à la dépression : il en sextuplait les probabilités.



²⁰ Currie et Wang 2004, figure 1

Qu'il s'agisse du mal de dos ou d'un autre problème de santé physique²¹, les jeunes personnes affligées d'un problème chronique de ce genre sont plus susceptibles de devenir déprimées que leurs aînés. C'est vrai même pour une maladie comme la sclérose en plaques où le degré d'invalidité augmente avec l'âge. Cela pourrait bien s'expliquer par une capacité d'adaptation moindre chez les jeunes gens, qui sont terrassés par des diagnostics de cette nature, même si leurs symptômes sont légers. Au fil du temps, il se peut qu'ils arrivent à mieux composer avec la maladie et à moins se laisser abattre.

Bien que les problèmes de santé soient généralement considérés comme des éléments déclencheurs de la dépression, les liens de cause à effet peuvent, même à cet égard, aller dans les deux sens. Une étude intéressante a démontré que les Canadiens ayant vécu un épisode de dépression grave étaient trois fois plus susceptibles de recevoir un diagnostic de maladie cardiovasculaire au cours des cinq années suivantes, comparativement aux autres Canadiens²².

Le travail, la famille et la dépression

Le travail est une importante partie de la vie de la majorité des Canadiens, et le **stress chronique en milieu de travail**, qu'il soit réel ou perçu, est lié à des probabilités plus élevées de dépression majeure²³. Sont particulièrement à risque les personnes dont le travail est hautement spécialisé ou exige un nouvel apprentissage constant, ceux qui font face à des exigences conflictuelles ou dont l'emploi n'est pas sûr, ceux qui n'ont pas le soutien de leur superviseur ou de leurs collègues, ainsi que les individus qui travaillent de soir ou de nuit plutôt que de jour. Il existe certaines différences entre les sexes quant aux réactions à différents facteurs de stress en

²¹ Comme la sclérose en plaques (Patten et coll. 2003) et l'incontinence urinaire féminine (Vigod et Stewart 2006)

²² Stewart et coll. 2004

²³ Blackmore et coll. 2007; Gilmour et Patten, 2007; Wang 2004b

milieu de travail : les hommes sont particulièrement sensibles à un stress professionnel élevé et les femmes, au manque de contrôle sur leur travail²⁴.

L'une des combinaisons les plus dangereuses est un emploi très exigeant allié à un faible niveau de contrôle sur le travail. En fait, un manque d'équilibre dans diverses sphères peut être déstabilisant. On considère qu'un déséquilibre entre les exigences et le contrôle dans le lieu de travail, qu'un déséquilibre entre l'effort investi au travail et les récompenses et qu'un déséquilibre entre le travail et la vie familiale sont tous associés à un risque accru de problèmes de santé mentale. L'arrivée massive des mères sur le marché du travail au cours des récentes décennies se traduit par un nombre croissant de Canadiens qui éprouvent de la difficulté à concilier les exigences du travail et de la vie familiale.

La vie familiale peut comporter ses propres facteurs de stress, et la **perturbation conjugale** est un événement qui peut déclencher un épisode de dépression. Les hommes sont particulièrement éprouvés par la fin de leur mariage ou de leur union libre, selon une étude comparative²⁵. Au cours des deux premières années suivant une séparation, les femmes étaient deux fois plus susceptibles de devenir déprimées que celles qui restaient avec leur conjoint, alors que la séparation triplait le risque chez les hommes. Même si la plupart des gens se remettent d'une séparation, la dépression demeure un problème à long terme pour une minorité considérable de personnes séparées.

Combien de temps dure un épisode?

Un épisode de dépression peut durer de deux semaines (durée minimale des épisodes aux fins des enquêtes sur la santé) à plusieurs années, voire toute la vie. Une étude particulière a révélé que la moitié des premiers épisodes

²⁴ Blackmore et coll. 2007

²⁵ Roterman 2007

duraient moins de 18 semaines; 30 %, moins d'un mois; 50 %, moins de quatre mois; enfin, environ le quart d'entre eux duraient un an ou plus²⁶.

La période pendant laquelle les symptômes de dépression persistent est importante pour le pronostic, puisque la probabilité de rétablissement diminue avec le temps. Par exemple, la probabilité de rétablissement au cours des six semaines suivantes est de 40 % chez une personne dont les symptômes durent depuis trois semaines et de moins de 5 % chez celle qui est déprimée depuis 23 semaines.

Cela signifie que la durée « moyenne » des épisodes dépressifs n'est pas un indicateur utile pour les cliniciens et peut être trompeuse si elle sert à estimer la durée probable d'un épisode²⁷. Au lieu de cela, un calculateur pronostique, élaboré à partir des données d'enquête sur la durée des épisodes, fournit maintenant aux cliniciens un moyen simple et commode d'intégrer des renseignements épidémiologiques aux décisions cliniques²⁸. Ce calculateur peut servir à établir un pronostic concernant un épisode dépressif d'après le nombre de semaines ou de mois depuis lequel il dure déjà.

Traiter la dépression

De nos jours, beaucoup plus de gens reçoivent un traitement pour une dépression que par le passé. Selon de récentes études sur l'utilisation des services de santé²⁹, environ la moitié des personnes atteintes d'une dépression grave reçoivent maintenant de l'aide professionnelle pour des problèmes de santé mentale.

Les médecins généralistes et les médecins de famille sont habituellement les premiers professionnels de la santé qui sont consultés. Seulement une minorité de patients sont ensuite aiguillés vers des psychiatres ou des psychologues en vue d'une aide spécialisée – en général, ce sont les personnes les plus chroniquement ou

²⁶ Patten 2006

²⁷ Patten et Lee 2004a, 2004b

²⁸ Pour le calculateur : <https://dspace.ucalgary.ca/bitstream/1880/44274/1/standard.pdf>

²⁹ Cheung et Dewa 2007; Rhodes et coll. 2006a; Wang et coll. 2003

gravement déprimées, qui ont des idées suicidaires ou dont la capacité de vaquer à leurs occupations quotidiennes est gravement compromise. En d'autres mots, le *degré de besoin* de soins est le plus grand prédicteur de l'aiguillage vers des spécialistes au Canada, ce qui est rassurant puisque cela signifie que les services de soins de santé sont relativement équitables.

Néanmoins, les chercheurs commencent à cerner d'autres facteurs moins équitables qui peuvent influencer sur l'accès à des services spécialisés. Par exemple, bien que les femmes soient plus susceptibles de consulter un professionnel de la santé que ne le sont les hommes, elles sont moins susceptibles d'être dirigées vers un spécialiste de la santé mentale, comme un psychiatre ou un psychologue³⁰. Les jeunes adultes consultent plus souvent les spécialistes comparativement aux adultes plus âgés, tout comme le sont les citadins comparativement aux ruraux³¹.

Recours croissant aux antidépresseurs

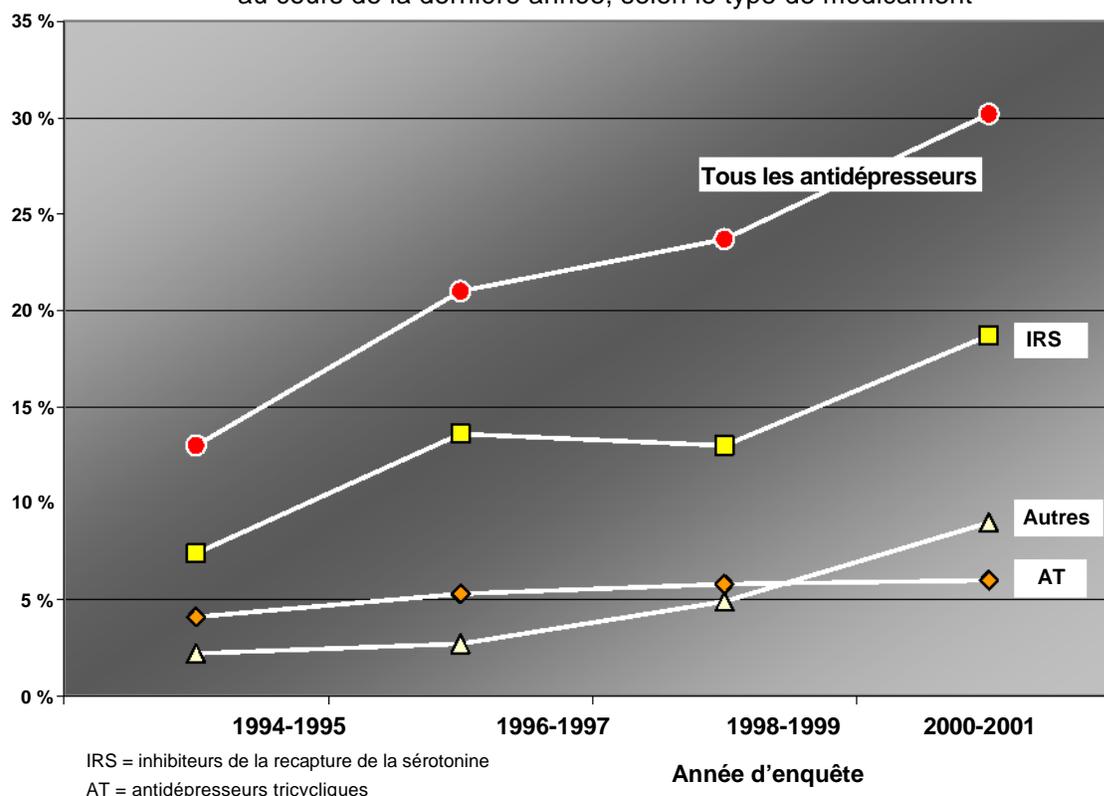
En 2002, environ 6 % de la population canadienne prenait des médicaments antidépresseurs. Le recours à des médicaments pour traiter la dépression a nettement augmenté vers la fin des années 90. Au cours d'une période de seulement six ans, entre 1994 et 2000, la proportion de personnes chez qui l'on a diagnostiqué une dépression clinique qui prenaient des antidépresseurs a plus que doublé (voir la figure 3)³². Ce sont surtout les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), un nouveau groupe de médicaments antidépresseurs comprenant des marques telles que Prozac, Zoloft et Paxil, dont l'utilisation a augmenté.

³⁰ Cheung et Dewa 2007; Rhodes et coll. 2006b

³¹ Wang et coll. 2003; Duhoux 2006; Starkes et coll. 2005

³² Patten et Beck 2004.

Figure 3 : Taux de recours aux antidépresseurs à chaque cycle d'enquête, parmi les personnes ayant vécu un épisode dépressif majeur au cours de la dernière année, selon le type de médicament



Bien que ces taux, estimés à partir des données tirées d'ENSP successives, représentent un indicateur fiable de l'évolution du recours aux antidépresseurs au cours de la période, ils sous-estiment la proportion réelle d'épisodes dépressifs traités au moyen d'antidépresseurs. Les répondants à l'ENSP ayant vécu un épisode dépressif au cours des 12 mois préalables ont été interrogés sur le médicament qu'ils prenaient *au moment de l'interview*. Par conséquent, étaient exclues des taux les personnes qui avaient déjà cessé de prendre des antidépresseurs avant l'interview.

Lors de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2002 (ESCC 1.2), les répondants ont été interrogés sur les médicaments pris au cours de la période complète de 12 mois. On a ainsi estimé que 40 % des épisodes dépressifs ont été

traités au moyen d'antidépresseurs³³. Cette proportion atteignait 50 % après ajustement pour les individus dont la dépression semblait être maîtrisée grâce aux médicaments (ceux qui prenaient des antidépresseurs, mais qui n'ont pas vécu d'épisode dépressif au cours de la dernière année)³⁴.

De plus, les habitudes d'utilisation ont changé entre 1994 et 2000. En 1994, les femmes étaient plus susceptibles de prendre des antidépresseurs comparativement aux hommes, tout comme l'étaient les personnes âgées comparativement aux plus jeunes. Sous l'effet d'une croissance démesurément rapide du recours aux antidépresseurs chez les hommes et les jeunes adultes, ces différences étaient presque complètement éliminées en 2000.

L'augmentation du recours aux médicaments ne signifie cependant pas que plus de gens consultent à propos de leurs problèmes, puisque cette proportion a à peine changé au cours de la période. Ce phénomène découle plutôt d'un changement dans la façon dont les médecins de premier recours traitent les gens qui se tournent vers eux pour des raisons de santé mentale. Ils prescrivent maintenant des médicaments antidépresseurs plus fréquemment que par le passé.

La recherche sur la dépression et la politique publique

Au cours des dernières décennies, la dépression clinique a été le point de mire de plusieurs études internationales, qui ont démontré qu'il s'agissait d'un important problème de santé de la population. La dépression est plus commune que la plupart des principaux troubles médicaux et elle compromet tout autant le bien-être et le fonctionnement des gens qui en sont atteints. Son effet sur la productivité au travail est particulièrement négatif, puisque la dépression est plus fréquente au sein de la population d'âge actif que chez les

³³ Beck et coll. 2005

³⁴ Cela explique partiellement le fait que plus de Canadiens ont dit utiliser des antidépresseurs en 2002 (5,8 %) que de Canadiens ont déclaré un épisode dépressif (4,8 %), une situation également attribuable à l'utilisation d'antidépresseurs pour traiter d'autres problèmes, comme la douleur ou des troubles anxieux.

gens âgés à la retraite, qui sont surtout susceptibles de souffrir de maladies graves. La dépression est aussi une importante cause de suicide : au Canada, c'est l'une des principales causes de décès prématuré et, dans le monde entier, elle réclame chaque année 850 000 vies.

Les efforts menés pour mieux faire connaître et comprendre la maladie mentale contribuent à réduire le stigmate associé à la dépression clinique, et il s'offre de nouveaux traitements efficaces sous forme de médicaments antidépresseurs et de psychothérapies fondées sur des données probantes. Cette combinaison de facteurs est une occasion en or d'améliorer la santé de la population. Comme l'indique l'Organisation mondiale de la santé (OMS) :

[traduction] « On peut maintenant diagnostiquer la dépression de façon fiable au moment de la prestation de soins primaires. Les médicaments antidépresseurs et de brèves formes structurées de psychothérapie sont efficaces pour 60 % à 80 % des personnes affectées et ils peuvent être administrés dans le cadre des soins primaires. Toutefois, moins de 25 % des personnes affectées (dans certains pays, moins de 10 %) reçoivent ces traitements. Parmi les obstacles à des soins efficaces figurent le manque de ressources, le manque de fournisseurs qualifiés et le stigmate social associé aux troubles mentaux, y compris la dépression³⁵. »

Par conséquent, l'OMS a lancé une initiative axée sur la dépression dans le contexte de la santé publique, dont l'objectif est de combler le profond écart qui existe entre l'offre de traitements économiques et le grand nombre de gens qui n'en bénéficient pas et d'éliminer les obstacles à des soins efficaces.

Bien que le Canada ait pris du retard par rapport à d'autres pays à mettre sur pied une initiative nationale contre la dépression majeure, il a récemment créé la

³⁵ Pour obtenir plus de renseignements, consulter la page d'information de l'OMS à : http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/

Commission de la santé mentale du Canada³⁶, investie du mandat d'assurer une stratégie nationale coordonnée de prestation de services de santé mentale accessibles et efficaces afin d'améliorer l'accès³⁷, la sensibilisation³⁸ et la responsabilisation³⁹.

C'est un défi de taille, et la recherche sur la santé de la population joue un rôle essentiel à cet égard. Simplement en permettant de mesurer la prévalence de la dépression et d'en démontrer le vaste effet négatif sur les Canadiens, elle a déjà apporté une contribution importante. Elle doit cependant aller plus loin et aider à répondre à quelques-unes des questions clés auxquelles font face les décideurs : Dans quelle mesure le traitement de la dépression clinique est-il efficace dans des conditions cliniques réelles? Les services de traitement sont-ils convenables? Peut-on prévenir la dépression majeure?

Les Canadiens bénéficient-ils d'un traitement efficace?

Bon nombre de Canadiens estiment que le traitement qu'ils reçoivent est efficace. Plus de 50 % des répondants à l'ESCC 1.2 qui ont consulté un professionnel de la santé au sujet d'une dépression ont indiqué que le traitement les avait « beaucoup » aidés⁴⁰. Leur perception était tout aussi positive, que le traitement ait été dispensé par des

³⁶ Le budget fédéral du 19 mars 2007 prévoyait la création de la Commission de la santé mentale du Canada, qui s'inspire largement de ce que préconisait l'APC et de ce que recommandait le Comité sénatorial.

³⁷ L'offre au sein de la collectivité d'un continuum de services de prévention, de traitement et de soutien sécuritaires et fondés sur des données probantes, auxquels des ressources sont affectées selon les besoins, qui sont gérés de manière responsable et qui sont assurés en collaboration par les professionnels de la santé, les familles et les patients, et où le patient bénéficie de la bonne intervention, au bon endroit, au bon moment et de la part du bon intervenant.

³⁸ La sensibilisation du public à la maladie mentale et son acceptation de la maladie mentale en tant que problème de santé, pour que les gens qui sont aux prises avec une maladie mentale vivent dans un environnement exempt de stigmatisation et de discrimination.

³⁹ Une grande capacité de recherche et de transfert de connaissances, où l'avancement continu de la recherche et des connaissances et où les pratiques exemplaires en matière de traitement et de prévention de la maladie mentale au niveau clinique, systémique et stratégique orientent la prise de décisions dans le système de soins.

⁴⁰ Wang et Patten 2007

fournisseurs de soins primaires, tels que des médecins généralistes et des médecins de famille, ou par des spécialistes de la santé mentale.

Il est cependant compliqué d'évaluer l'efficacité réelle, plutôt que perçue, du traitement. Premièrement, la gravité des épisodes varie énormément, et certains se résolvent sans intervention médicale. Deuxièmement, bon nombre d'épisodes dépressifs ne durent que quelques semaines – moins de temps qu'il n'en faut pour que les antidépresseurs fassent effet. Dans ce cas, il est impossible de juger si la « guérison » est survenue sous l'effet du médicament ou du temps.

Troisièmement, les personnes les plus gravement déprimées sont les plus susceptibles non seulement d'être traitées, mais également de faire une rechute. Ainsi, les études où l'on compare la récurrence de la dépression entre les personnes qui prennent des antidépresseurs et celles qui n'en prennent pas révèlent inévitablement que la récurrence est plus courante chez les personnes qui reçoivent un traitement⁴¹.

Jusqu'à maintenant, la recherche clinique se révèle plus efficace que la recherche épidémiologique pour ce qui est d'évaluer l'efficacité du traitement. Les études d'intervention (essais cliniques aléatoires et suivi des participants aux essais cliniques) confirment certainement que le traitement « d'entretien » à long terme au moyen d'antidépresseurs ou d'une psychothérapie fondée sur des données probantes réduit bel et bien le risque de rechute.

Cela pourrait changer si l'on améliorait les données longitudinales sur la santé de la population ou si l'on trouvait de nouvelles façons d'utiliser les données d'enquête sur la population à grande échelle pour évaluer l'efficacité. Au niveau macro, la simple estimation du nombre moyen de jours de productivité perdus à des intervalles réguliers pourrait donner une idée générale de tout progrès réalisé, bien qu'on évalue ainsi les changements globaux qui découlent de la prévention et de la prestation des services, et pas simplement de l'efficacité du traitement même.

⁴¹ Patten 2004; Wang 2004a

Les Canadiens reçoivent-ils des services de traitement convenables?

À première vue, il semble plus simple d'évaluer si le traitement est convenable plutôt qu'efficace. Si, comme nous l'avons constaté, seulement la moitié des personnes qui satisfont aux critères diagnostiques de la dépression clinique reçoivent une aide professionnelle, et un pourcentage encore plus faible consultent des spécialistes de la santé mentale, la réponse simple doit être négative.

L'accès aux médicaments antidépresseurs s'est peut-être grandement amélioré au cours des dernières années, mais on ne peut en dire autant de la psychothérapie, de la thérapie cognitive et d'autres types de traitements essentiels, mais sous-financés.

Bien qu'il soit certainement vrai que les personnes qui ont besoin d'un traitement ne le reçoivent pas toutes, la réponse à la question de savoir si le traitement est convenable est beaucoup plus complexe, comme s'en rendent bien compte les chercheurs qui ne s'attardent pas uniquement au pourcentage de gens *recevant* un traitement, mais qui cherchent à savoir : *pourquoi seulement la moitié des répondants à l'enquête qui satisfont aux critères de la dépression clinique demandent-ils de l'aide professionnelle?*

Jusqu'à maintenant, cette question n'a pas été posée aux répondants à l'enquête au Canada, et nous pouvons seulement faire des hypothèses sur les réponses qu'ils auraient pu donner. Néanmoins, la question amène les chercheurs, les décideurs et les cliniciens au cœur du débat. Est-ce pour des raisons personnelles que les gens ne consultent pas leur médecin – parce qu'ils ne veulent pas reconnaître leurs « problèmes mentaux » ou parce qu'ils considèrent ne pas avoir besoin d'aide – ou est-ce en raison de la médiocrité perçue ou réelle des services de santé au Canada?

Dans l'enquête nationale australienne, la réponse la plus fréquente à cette question était que les répondants ne considéraient pas avoir besoin d'aide. Bien que les chercheurs tendent à y voir une indication d'un « manque de culture en santé

mentale » (c.-à-d. que les gens ont besoin d'aide, mais ne s'en rendent pas compte), une autre interprétation est possible, à savoir que les personnes qui satisfont aux critères de la dépression du DSM n'ont en réalité pas toutes besoin d'aide professionnelle.

Les lignes directrices de la pratique clinique du National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) du Royaume-Uni traduisent cette réalité⁴². Selon ces lignes directrices, l'« attente vigilante » et un suivi dans les deux semaines constituent une intervention appropriée face à la dépression légère dans le contexte des soins primaires.

C'est la position adoptée par un nombre croissant de cliniciens de première ligne et de chercheurs canadiens à la lumière des études démontrant que des épisodes de dépression majeure se résolvent d'eux-mêmes sans traitement. Ils commencent à douter que les critères du DSM fournissent un indicateur clair du besoin de traitement, bien que ceux-ci représentent un important progrès par rapport aux anciennes échelles d'évaluation de la dépression.

Les épisodes de dépression clinique relevés dans le cadre des interviews diagnostiques nécessitent-ils tous une intervention médicale, ou certains d'entre eux sont-ils suffisamment légers pour qu'on les laisse se résoudre d'eux-mêmes? Il est essentiel de trouver des réponses à cette question pour interpréter les données épidémiologiques et pour orienter les interventions en matière de santé publique.

En fait-on assez pour prévenir l'apparition de la dépression majeure?

La prévention repose largement sur la sensibilisation – on dit qu'un homme averti en vaut deux. En étudiant les facteurs de risque et les éléments déclencheurs de la dépression majeure, les chercheurs ont un rôle important à jouer dans la détermination des zones de danger possibles où un investissement en sensibilisation et en prévention pourrait être bénéfique. Par exemple, la découverte des problèmes possibles que peuvent connaître les mères au cours de la période postérieure à l'accouchement a

mené à d'énormes progrès au chapitre de la sensibilisation, de l'information et de la prévention concernant la dépression post-partum.

Comme les études le démontrent, la prévention est particulièrement importante chez les jeunes Canadiens. Le premier épisode de dépression survient souvent à la fin de l'adolescence et au début de la vingtaine, et le suicide est la deuxième cause de décès parmi ce groupe d'âge, après les accidents de la route. Les programmes conçus pour sensibiliser les élèves, les parents et les enseignants aux dangers sont essentiels pour que les jeunes reçoivent un traitement rapidement et pour éviter que leur vie ne soit marquée par la dépression récurrente⁴³.

Une autre mesure importante consiste à renseigner les employeurs et les employés sur les aspects du milieu de travail qui sont les plus nuisibles à la santé mentale. Le rendement économique sur le plan de la productivité et de la réduction des coûts des soins de santé compenserait largement l'investissement fait pour assurer des milieux de travail sains et positifs. Il est particulièrement important d'accorder une attention accrue aux répercussions du stress professionnel sur la santé mentale, étant donné l'évolution actuelle de l'économie et du marché du travail. Les Canadiens occupent de plus en plus des emplois qui sont très exigeants au niveau cognitif et qui sont donc beaucoup plus incapacitants que ne le sont les emplois manuels pour les personnes atteintes de dépression.

Les études démontrent de façon tout aussi claire que les problèmes physiques alliés à la dépression majeure sont particulièrement coûteux : ils augmentent le recours aux médecins, la détresse subjective et l'absence du travail. Comprendre que les effets psychologiques des problèmes de santé physique chroniques peuvent être aussi débilissants que le problème ou la maladie même est la première étape de leur prévention.

La sensibilisation repose largement sur l'information. En réduisant le stigmate associé aux problèmes de santé mentale, l'information et la sensibilisation

⁴² <http://guidance.nice.org.uk/CG23>

encourageront plus de gens à demander de l'aide professionnelle avant que leurs problèmes ne s'enracinent. De plus, elles encourageront l'initiative personnelle et d'autres formes non médicales d'aide – des outils qui peuvent aider les gens à composer avec ce problème hautement récurrent à long terme.

Quelles sont les prochaines étapes?

Le message général à l'intention des décideurs est clair : investir dans la prévention et le traitement de la dépression majeure sera grandement profitable aux Canadiens *et* à l'économie canadienne. Le problème est de taille, l'investissement doit l'être également.

Qu'en est-il des messages particuliers sur la meilleure façon de canaliser ces investissements? Nous avons déjà discuté de quelques-uns des secteurs sur lesquels les efforts de prévention pourraient être axés. Quant au traitement, il est improbable qu'une approche « universelle » soit convenable étant donné que la gravité et la durée des épisodes dépressifs sont si variables.

Bien qu'il faille de toute évidence améliorer encore l'accessibilité et l'offre des soins spécialisés, les études semblent également faire ressortir la nécessité d'accroître l'éventail des services, ce qui ne signifie pas nécessairement les plus coûteux. L'autogestion à long terme est un secteur largement négligé auquel il faut accorder de l'attention. À cet égard, la dépression majeure a beaucoup en commun avec d'autres maladies chroniques telles que le diabète.

Les investissements en soins de santé tendent à être axés sur les soins de courte durée – la gestion de la crise actuelle au détriment de la surveillance et du soutien à long terme qu'exigent les maladies chroniques ou récurrentes. Le Canada doit élaborer une nouvelle stratégie de traitement de la maladie mentale qui est axée sur les « soins en collaboration ». Cette stratégie consiste à intégrer les travailleurs en santé mentale au système de soins primaires où la plus grande partie du travail

⁴³ Cheung et Dewa 2006, 2007.

psychiatrique se fait – une initiative dont se réjouissent tant les patients que les médecins, selon un projet pilote réalisé en Colombie-Britannique⁴⁴.

Pour les chercheurs en santé de la population, le message général est qu'il reste encore beaucoup à découvrir. Plus spécifiquement, il serait utile que la recherche sur la dépression soit axée sur la « résilience » plutôt que la « morbidité », ainsi qu'on le constate dans d'autres domaines de recherche, notamment en ce qui touche les résultats observés chez les enfants. La détermination des caractéristiques et des réseaux de soutien des personnes qui sont relativement peu affectées par des situations stressantes sur le plan du travail, de la famille ou de la santé pourrait jeter un éclairage utile sur la prévention de la dépression.

Il serait tout aussi utile de trouver la réponse à deux des questions que soulèvent ces études : « Pourquoi seulement la moitié des gens qui satisfont aux critères diagnostiques de la dépression demandent-ils de l'aide professionnelle? » et « quels facteurs contribuent au rétablissement des personnes qui satisfont aux critères diagnostiques de la dépression, mais qui n'ont pas demandé de l'aide professionnelle? »

Alors que les études antérieures ont surtout servi à porter la dépression majeure à l'attention du public, et à faire comprendre la réalité et l'importance du problème, les études ultérieures devront relever ce prochain niveau de défis et mettre l'accent sur l'amélioration des politiques.

⁴⁴ http://www.bcma.org/public/bc_medical_journal/BCMJ/2002/october_2002/BridgingPrimaryCare.asp

Références

- Beck C.A., S.B. Patten, J. V. A. Williams, J. Wang, S. R. Currie, C.J. Maxwell and N. El-Guebaly 2005. "Antidepressant utilization in Canada". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40: 799–807.
- Blackmore, E.R., S. Stansfeld, I. Weller, S. Munce, B. Zagorski and D. Stewart. 2007. "Major Depressive Episodes and Work Stress: Results from a National Population Survey". *American Journal of Public Health* 97 (11): 2088-2093.
- Breslin, F.C., W. Gnam, R-L Franche, C. Mustard and E. Lin. 2006. "Depression and activity limitations: Examining gender differences in the general population." *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 41(8): 648-655.
- Cheung A. and C. Dewa 2006. "Canadian Community Health Survey: Major Depressive Disorder and Suicidality in Adolescents". *Healthcare Policy* 2 (2): 76-89.
- Cheung A. and C. Dewa 2007. "Mental Health Service Use Among Adolescents and Young Adults with Major Depressive Disorder and Suicidality". *Canadian Journal of Psychiatry* 52 (4): 19-23.
- Currie, S.R. and J. Wang. 2004. "Chronic back pain and major depression in the general Canadian population." *Pain* 107 (1-2): 54-60.
- Currie, S.R. and J. Wang. 2005. "More data on major depression as an antecedent risk factor for first onset of chronic back pain." *Psychological Medicine* 35(9): 1275-1282.
- Duhoux, A. 2006. "Adéquation du traitement des troubles dépressifs au Canada". Masters dissertation in Santé Communautaire, Université de Montréal, Faculté des études supérieures.
- Gilmour, H. and S. Patten 2007. "Depression and Work Impairment". *Health Reports* 18(1). Statistics Canada cat:82-003.
- Lukassen J. and M. Beaudet 2005. "Alcohol dependence and depression among heavy drinkers in Canada". *Social Science & Medicine*, 2005 (Vol. 61) (No. 8) 1658-1667.
- Mathers C.D. and D. Loncar 2006. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* 3: e442. Available online at: <http://dx.doi.org/10.1371%2Fjournal.pmed.0030442>
- Matheson, F.I., R. Moineddin, J.R. Dunn, M.I. Creatore, P. Gozdyra and R.H. Glazier. 2006. "Urban neighbourhoods, chronic stress, gender and depression." *Social Science and Medicine* 63(10): 2604-2616.
- Nguyen, C.T., L. Fournier, L. Bergeron, P. Roberge and G. Barrette. 2005. "Correlates of depressive and anxiety disorders among young Canadians." *Canadian Journal of Psychiatry* 50(10): 620-628.

- Patten, S.B. 2002. "Progress against major depression in Canada." *Canadian Journal of Psychiatry* 47 (8): 775-780.
- Patten, S.B. 2004. "The impact of antidepressant treatment on population health: Synthesis of data from two national data sources in Canada." *Population Health Metrics* 2(9). Available at: <http://www.pophealthmetrics.com/content/2/1/9>.
- Patten, S.B. 2006. "A major depression prognosis calculator based on episode duration." *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 2: 13.
- Patten, S.B. and C.A. Beck. 2004. "Major depression and mental health care utilization in Canada: 1994-2000." *Canadian Journal of Psychiatry* 49(5): 303-309.
- Patten, S.B., C.A. Beck, J.V.A. Williams, C. Barbui and L. M. Metz. 2003. "Major depression in multiple sclerosis: A population-based study." *Neurology* 61(11): 1524-1527.
- Patten, S.B. and R.C. Lee. 2004a. "Epidemiological theory, decision theory and mental health services research." *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 39 (11): 893-898.
- Patten, S.B. and R.C. Lee. 2004b. "Refining estimates of major depression incidence and episode duration in Canada, using a Monte Carlo Markov model." *Medical Decision Making* 24 (4): 351-358.
- Patten, S.B., J. Wang, C. Beck and C. Maxwell 2005. "Measurement issues related to the evaluation and monitoring of major depression prevalence in Canada". *Chronic Diseases in Canada*, 26 (4): 100-106.
- Rhodes, A.E., J. Bethell and S.J. Bondy 2006a. "Suicidality, depression and mental health service use in Canada." *Canadian Journal of Psychiatry* 51(1): 35-41.
- Rhodes, A.E., R. Jaakkimainen, S.J. Bondy and K. Fung. 2006b. "Depression and mental health visits to physicians—a prospective records-based study". *Social Science & Medicine* 62 (2006) 828–834.
- Rotermann M. . "Marital breakdown and subsequent depression", *Health Reports*, 18, 2 (82-003-WXE).
- Smith, K.L.W., F.I. Matheson, R. Moineddin and R.H. Glazier 2007. "Gender, Income and Immigration Differences in Depression in Canadian Urban Centres". *Canadian Journal of Public Health* March/April 2007, Vol.98, No.2: 149-153.
- Starkes, J.M., C.C. Poulin and S.R. Kisely. 2005. "Unmet need for the treatment of depression in Atlantic Canada." *Canadian Journal of Psychiatry* 50(10): 580-590.
- Stephens T. and N. Joubert 2001. The economic burden of mental health problems in Canada. *Chronic Diseases in Canada* 22 (1): 18-23.
- Stewart, D., E. Gucciardi and S. Grace 2004. Depression. *BMC Women's Health* 4 (suppl. 1): S 19.

- Streiner, D.L., J.Cairney and S. Veldhuizen. 2006. "The epidemiology of psychological problems of the elderly." *Canadian Journal of Psychiatry* 51(3): 185-191.
- Vigod, S.N. and D.E. Stewart. 2006. "Major depression in female urinary incontinence." *Psychosomatics* 47 (2): 147-151.
- Wang, J. 2004a. "A longitudinal population-based study of treated and untreated major depression." *Medical Care* 42 (6): 543-550.
- Wang, J. 2004b. "Perceived work stress and major depressive episodes in a population of employed Canadians over 18 years old." *Journal of Nervous and Mental Disease* 192(2): 160-163.
- Wang, J., D.B. Langille and S.B. Patten. 2003. "Mental health services received by depressed persons who visited general practitioners and family doctors." *Psychiatric Services* 54 (6): 878-883. Available at: <http://psychservices.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/54/6/878>.
- Wang J. and Scott B. Patten 2007. "Perceived Effectiveness of Mental Health Care Provided by Primary-Care Physicians and Mental Health Specialists". *Psychosomatics* 48 (2): 123-127