

RÉSUMÉ : La dépression est une maladie très fréquente avec une prévalence sur la vie de 33,6 % dans la population de la Province de Liège. Outre la souffrance personnelle et familiale marquée qui y est associée, la dépression est responsable d'importants coûts socio-économiques, évalués à plus de 40 milliards de francs belges par an en Belgique, ce qui en fait la maladie la plus coûteuse après les affections cardio-vasculaires. La maladie dépressive est associée à des coûts indirects particulièrement élevés liés aux congés de maladie, à la perte de productivité et au suicide. Ces coûts indirects sont environ 6 fois plus importants que les coûts directs liés à la prise en charge de l'affection. La maladie dépressive reste insuffisamment traitée et une utilisation optimale des moyens thérapeutiques disponibles doit être réalisée.

INTRODUCTION

La dépression est une affection particulièrement fréquente. Selon l'étude épidémiologique la plus importante réalisée à ce jour, la National Comorbidity Survey (1), la prévalence sur la vie des troubles affectifs se monte à 19,3 % avec 17,1 % d'épisodes dépressifs majeurs, 1,6 % de troubles bipolaires et 6,4 % de troubles dysthymiques. Une étude toute récente réalisée dans la Province de Liège a mis en évidence des prévalences encore nettement supérieures de troubles affectifs au sein de la population (tableau I) (2).

TABLEAU I. PRÉVALENCE SUR LA VIE DES TROUBLES AFFECTIFS DANS LA PROVINCE DE LIÈGE (%)

Dépression majeure	29,1
Trouble bipolaire	2,7
Dysthymie	2,5
Total	33,6

Un état dépressif peut se développer à n'importe quelle période de l'existence, avec un âge moyen d'apparition au début de la quarantaine. La dépression chez l'enfant, l'adolescent et la personne âgée est en augmentation importante. La dépression est une maladie récidivante : selon de récentes études, seuls 5 à 20 % des patients ne présentent qu'un seul épisode et le nombre moyen d'épisodes dépressifs se situe entre 5 et 6. La durée moyenne d'un épisode dépressif non traité varie entre 4 et 8 mois mais entre 10 et 20 % des patients ont une évolution d'emblée chronique; de plus, la fréquence de passage à la chronicité augmente avec l'âge d'apparition du premier épisode.

(1) Chargé de cours, Université de Liège, Chef du Service de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, CHU, Sart Tilman.

SOCIO-ECONOMY OF DEPRESSION

SUMMARY : Depression is a very frequent illness with a lifetime prevalence of 33,6 % in the population of the Province of Liege. In addition to the marked personal and family suffering which is associated, depression is responsible for important socio-economic costs evaluated to more than 40 billions Belgian francs per year in Belgium, what makes it the most expensive illness after cardio-vascular disorders. Depressive illness is associated to particularly high indirect costs, depending on sick leaves, loss of productivity and suicide. These indirect costs are about 6 times more important than direct costs resulting from the treatment of the illness. Depressive illness remains unsatisfactorily treated and the use of available therapeutical methods should be optimized.

KEY-WORDS : *Depression - Epidemiology - Antidepressants - Socio-economy*

La dépression est une maladie potentiellement grave. La dépression implique une souffrance personnelle et familiale considérable et des répercussions sociales importantes. De plus, la dépression est associée à un risque suicidaire considérable : 15 % des déprimés majeurs meurent par suicide. L'incidence des suicides dans la plupart des pays industrialisés est en nette augmentation, particulièrement chez les adolescents et les jeunes adultes.

Heureusement, la dépression est une maladie curable. De nombreux traitements, psychologiques et pharmacologiques, ont clairement fait la preuve de leur efficacité. Cependant, le diagnostic et le traitement de la dépression posent encore de nombreux problèmes.

Tout d'abord, la proportion de patients déprimés qui consultent reste faible. Les raisons de ce faible taux de prise en charge sont multiples. Au niveau du public, la dépression a mauvaise réputation. Elle est généralement assimilée à une forme de "paresse", est un signe de "faiblesse" et risque de marquer celui qui en souffrirait de façon indélébile ...

Deuxièmement, parmi les déprimés qui consultent, le diagnostic est loin d'être fréquemment posé. D'une part, parce que la symptomatologie dépressive est souvent fluctuante et atypique, avec des symptômes somatiques prédominants. De plus, deux symptômes dépressifs caractéristiques reçoivent souvent une réponse symptomatique : l'insomnie et la fatigue. D'autre part, la dépression est un diagnostic difficile à poser vu son aspect péjoratif.

Dans le cadre de cet article, nous nous intéresserons aux conséquences économiques de la maladie dépressive.

APPROCHE ÉCONOMIQUE DE LA MALADIE DÉPRESSIVE

L'évaluation économique de la maladie dépressive doit tenir compte de trois facteurs :

1) les coûts directs, directement associés aux soins de santé et incluant notamment les honoraires médicaux, les médicaments, les frais d'hospitalisation;

2) les coûts indirects, liés à la perte de productivité, à l'absentéisme et aux décès prématurés;

3) les coûts intangibles, représentant la souffrance et l'inconfort associés à la maladie et à sa prise en charge qui peuvent être quantifiés en terme de réduction de qualité de vie. Il faut cependant noter que ces coûts ne sont, jusqu'à présent, jamais pris en compte dans les évaluations socio-économiques de la dépression.

Plusieurs études ont essayé d'estimer l'importance de la dépression en terme de coût économique. La première étude importante, réalisée aux USA par Stoudemire et coll. (3) a abouti à une estimation pour l'année 1980 de 16,4 milliards de US \$, se répartissant en 2,1 milliards de \$ pour les coûts directs, 10,3 milliards de \$ pour les coûts indirects liés à la perte de productivité et 4 milliards de \$ pour les coûts indirects liés à la mortalité. Les résultats de cette étude ont été récemment revus par Greenberg et Stiglein (4) qui ont obtenu pour l'année 1990 un coût total de 34,1 milliards de US \$ se répartissant en 2,8 milliards de \$ pour les coûts directs, 23,8 milliards de \$ pour la perte de productivité due à l'absentéisme et 7,5 milliards de \$ pour les coûts liés à la mortalité. Ces résultats sont nettement plus élevés que lors de l'estimation précédente, notamment parce qu'ils incluent le trouble bipolaire et la dysthymie en plus de la dépression majeure.

Des études similaires réalisées en Grande-Bretagne ont évalué les coûts directs de la dépression entre 222 et 420 millions de £ (5). Seules les maladies cérébro-vasculaires et les maladies rhumatismales représentaient un coût annuel plus important.

La situation belge a été extrapolée à partir des résultats de l'étude de Stoudemire et coll. (3). En 1988, la dépression aurait représenté un budget de 41,1 milliards de francs belges comprenant 5,9 milliards pour les coûts directs et 35,2 milliards pour les coûts indirects (6), ce qui en fait la maladie la plus coûteuse après les affections cardio-vasculaires. Cependant, si l'on prend comme référence l'évaluation plus récente de Greenberg et Stiglein (4), cette estimation devrait être au moins doublée.

L'ensemble des études mettent clairement en évidence l'importance des coûts indirects par rapport aux coûts directs du traitement de la dépression. Ainsi, Rice et coll (7) estiment la proportion à 13 % pour les coûts directs contre 87 % pour les coûts indirects (tableau II). Parmi l'ensemble des troubles psychiatriques, la dépression engendre d'ailleurs la proportion de coûts indirects la plus élevée après l'alcoolisme.

TABLEAU II. RÉPARTITION DES COÛTS DE LA DÉPRESSION (%)

Coûts directs		Coûts indirects	
	13,0		87,0
Hospitalisations	7,7	Perte de productivité	61,3
Soins ambulatoires	4,0	Mortalité	25,7
Médicaments	0,8		
Coûts non médicaux	0,3		

La perte de productivité liée à la dépression est particulièrement importante. D'après Broadhead et coll. (8), les patients souffrant de dépression majeure ont 4,7 fois plus de congés de maladie que des sujets non déprimés. Conti et Burton (9) ont montré que la durée du congé de maladie était plus longue pour les troubles dépressifs que pour n'importe quel autre diagnostic y compris les maladies cardiaques, les douleurs lombaires et l'hypertension avec une moyenne de 40 jours d'incapacité. L'étude DEPRES réalisée récemment dans 6 pays européens a mis en évidence une moyenne de 13 jours de congés de maladie au cours des 6 mois précédents chez les personnes souffrant de dépression majeure comparée à 3,2 jours dans la population non déprimée (10). Parmi les 6 pays évalués, la Belgique se classait en deuxième position, avec 16,9 jours d'absence, après les Pays-Bas avec 22,6 jours d'incapacité.

Enfin, une étude évaluant l'importance du handicap familial et professionnel lié à diverses affections a mis en évidence un impact plus marqué pour la dépression comparée à l'ensemble des autres maladies incluant l'hypertension, le diabète et l'arthrose (11).

COÛT DU TRAITEMENT

L'évaluation du coût du traitement doit tenir compte de la proportion importante de déprimés qui ne sont pas du tout pris en charge. Ainsi, l'étude européenne montre que 43 % des sujets déprimés n'ont jamais consulté un médecin ou un psychologue (9). Ces résultats sont très proches dans l'enquête épidémiologique liégeoise avec 41 % des déprimés n'ayant jamais parlé de leur trouble à un professionnel de la santé (2). Dans l'étude européenne, seulement 38,8 % des déprimés belges consultant un médecin ont reçu un traitement médicamenteux : une

benzodiazépine seule dans un quart des cas, un antidépresseur seul dans un quart des cas, d'autres médicaments telles que des vitamines ou des "fortifiants" dans un quart des cas et une association d'antidépresseurs et de tranquillisants chez environ un patient sur 10.

Plusieurs études ont comparé le coût économique de différents types d'antidépresseurs. En effet, les antidépresseurs récents, notamment les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (Selective Serotonin Reuptake inhibitors ou SSRIs) ont un coût moyen journalier environ 4 fois plus élevé que les antidépresseurs tricycliques (12). Alors que l'efficacité de ces deux types d'antidépresseurs paraît relativement similaire, le choix des SSRIs pourrait se justifier sur la base d'une meilleure tolérance aboutissant d'une part à l'utilisation de doses réputées efficaces, d'autre part à une meilleure observance thérapeutique ainsi que sur la base d'un moindre risque en cas d'intoxication suicidaire. En 1995, l'INAMI a dépensé environ 2,7 milliards de francs belges pour l'ensemble des antidépresseurs. De 1990 à 1995, la part prise par les SSRIs a été multipliée par 10, passant de 250 millions à 2,5 milliards de francs belges (13). Utilisant des méthodes de minimisation des coûts, plusieurs études semblent mettre en évidence l'avantage des SSRIs sur les tricycliques si l'on tient compte de l'ensemble des coûts directs et indirects (14). Ces résultats ne sont cependant pas toujours très convaincants dans la mesure où les données sont évaluées à partir de modèles théoriques enlevés de leur contexte.

CONCLUSION

L'ensemble des résultats disponibles à ce jour démontre clairement l'importance de la maladie dépressive tant par sa fréquence que par ses conséquences économiques. L'accent doit être mis d'une part sur une prise en charge précoce des troubles en sensibilisant la population et en faisant perdre à la dépression son statut de maladie "honteuse", d'autre part en améliorant au niveau des médecins la qualité de la démarche diagnostique et thérapeutique, non seulement dans les règles de prescription adéquates mais surtout dans la prise en charge psychologique de l'affection.

BIBLIOGRAPHIE

1. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S.— Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry*, 1994, **51**, 8-17.
2. Ansseau M, Reggers J.— Epidémiologie des troubles psychiatriques et de leur prise en charge dans la Province de Liège. A paraître (1998).
3. Stoudemire A, Franck R, Hedemark N.— The economic burden of depression. *Gen Hosp Psychiatry*, 1986, **8**, 287-394.
4. Greenberg PE, Stiglein E.— Depression : a neglected major illness. *J Clin Psychiatry*, 1993, **54**, 419-424.
5. Eckett E.— A commentary : Measuring the health economics of depression. *Hum Psychopharmacol*, 1995, **10**, 33-37.
6. Mendlewicz J.— La dépression : impacts épidémiologiques et cliniques. In, Leclercq V. (Ed). Aspects Socio-Economiques de la Dépression en Belgique. Bruxelles, Ligue Belge de la Dépression, 6-8, 1997.
7. Rice DP, Kelman S, Miller LS.— Estimates of economic cost of alcohol and drug abuse and mental illness. *Public Health Rep*, 1991, **103**, 280-292.
8. Broadhead WE, Blazer DG, George LK, Kits C.— Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. *JAMA*, 1990, **264**, 2524-2528.
9. Conti DJ, Burton WM.— The economic impact of depression in a workplace. *J Occup Med*, 1994, **36**, 983-988.
10. Lepine JP, Gastpar M, Mendlewicz J, Tylee A.— Depression in the community : the first pan-european study DEPRES. *Internat Clin Psychopharmacol*, 1997, **12**, 19-29.
11. Wells K, Stewart A, Hays RD.— The functioning and well-being of depressed patients. Results from the medical outcome study. *JAMA*, 1989, **262**, 914-919.
12. Commission de Transparence— Fiche de transparence n° 14, Antidépresseurs, 1994.
13. Boydens J.— Les coûts de la dépression dans le budget de l'INAMI en Belgique. In, Leclercq V. (Ed). Aspects Socio-Economiques de la Dépression en Belgique. Bruxelles, Ligue Belge de la Dépression, 15-17, 1997.
14. Crott R, Gilis P.— Economic comparison of the pharmacotherapy of depression : an overview. *Acta Psychiat Scand*, 1998, **97**, 241-252

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Pr. M. Ansseau, Service de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, CHU Sart Tilman, 4000 Liège.