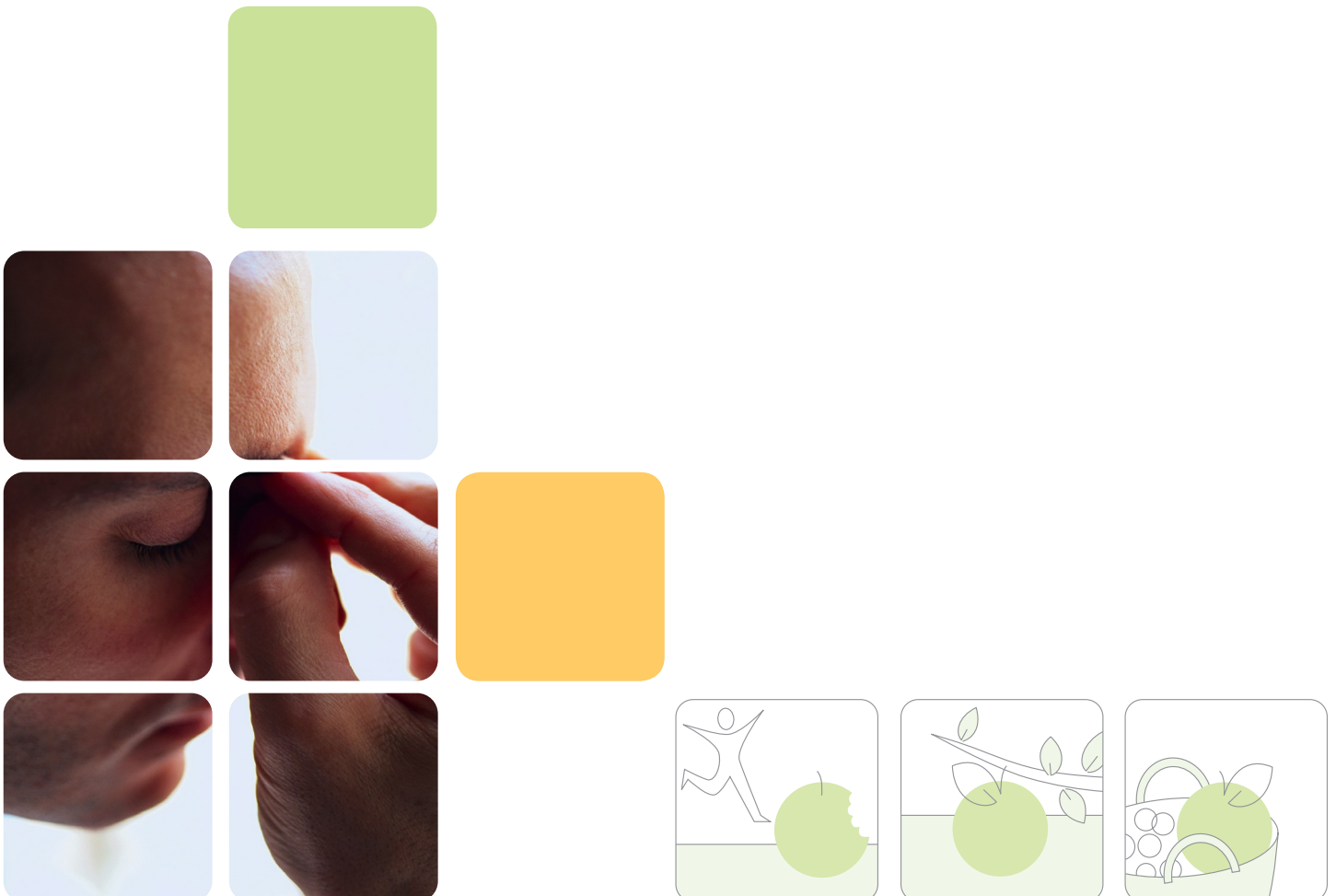




Actions contre la dépression

Améliorer la santé mentale et le bien-être en luttant contre les effets négatifs de la dépression sur la santé, la société et l'économie



Actions contre la dépression

Améliorer la santé mentale et le bien-être en luttant contre les effets négatifs de la dépression sur la santé, la société et l'économie



COMMISSION EUROPEENNE

Ni la Commission européenne ni aucune personne agissant en son nom n'est responsable de l'usage qui pourrait être fait des informations ci-après.

Les informations contenues dans la présente publication ne reflètent pas nécessairement l'opinion ou la position de la Commission européenne.

Reproduction autorisée, sauf à des fins commerciales, en mentionnant la source.

Europe Direct est un service destiné à vous aider à trouver des réponses aux questions que vous vous posez sur l'Union européenne

Nouveau numéro de téléphone gratuit :

00 800 6 7 8 9 10 11

Un grand nombre d'informations complémentaires sur l'Union européenne sont disponibles sur Internet. On peut y accéder par le serveur Europa (<http://europa.eu.int>)

ISBN 92-894-8252-4

© Communautés européennes, 2004

Imprimé par les services de la Commission européenne, Luxembourg

Préface

La dépression et les problèmes qui y sont liés comptent aujourd'hui parmi les préoccupations de santé publique les plus pressantes. Les estimations de la charge de morbidité totale, citées dans le présent rapport, indiquent que ces problèmes représentent plus de 7% de l'ensemble estimé des troubles de santé et de la mortalité prématurée en Europe, ce pourcentage n'étant dépassé que par les cardiopathies ischémiques (10,5%) et le cancer (11,5%).

Et la dépression s'accompagne d'autres charges que celles qui pèsent sur les systèmes de santé, telles que la perte de qualité de vie des personnes dépressives et de leurs familles, une perte de productivité pour les entreprises et un risque accru de chômage pour ces malades. La dépression peut entraîner ceux qui en souffrent à se retirer de toute vie sociale et, beaucoup trop souvent, à se suicider.

C'est pourquoi la direction générale Santé et protection des consommateurs de la Commission européenne a pris l'initiative de commander à un groupe d'experts éminents un rapport qui a été intitulé « Actions contre la dépression ».

Ce rapport se fonde sur toute une série d'activités, passées et en cours, menées en faveur de la santé mentale dans le cadre du programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2003-2008)¹. Ces activités visent principalement à améliorer l'information sur la santé mentale de la population ainsi qu'à promouvoir une bonne santé mentale et prévenir les maladies mentales.

Elles reposent sur la reconnaissance du fait que la santé mentale fait partie intégrante de la santé et sur la conviction que la santé est une ressource importante pour la qualité de vie des citoyens, le succès de l'économie européenne et la cohésion sociale.

Le présent rapport décrit la maladie qu'est la dépression et met en lumière ses conséquences économiques et sociales. Il présente les données disponibles et les domaines d'intervention efficace. Il identifie certains des obstacles à surmonter dans l'élaboration de stratégies de promotion et de prévention et indique des solutions possibles. Enfin, il formule des conclusions et des suggestions de marche à suivre à l'avenir.

Le présent rapport apporte une contribution appréciable à la lutte contre la dépression au niveau de la Communauté européenne.

Robert Madelin
Directeur général Santé et protection des consommateurs

¹ Décision n° 1786/2002/CE du Parlement européen et du Conseil du 23 septembre 2002 adoptant un programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique, Journal officiel L 271 du 9.10.2002, p. 1-12

TABLE DES MATIERES

SYNTHESE	7
CHAPITRE 1	9
Retour en arrière: ce qui a été fait	
CHAPITRE 2	15
La dépression: qu'est-ce ?	
CHAPITRE 3	20
La dépression: ses conséquences sociales et économiques	
CHAPITRE 4	24
Actions: ce qui peut être fait	
CHAPITRE 5	34
Mise en œuvre: les problèmes et les solutions possibles	
CHAPITRE 6	44
Conclusions	
Recommandations	46
Remerciements	48
Références	50

Synthèse

Le présent rapport fait le point sur les actions mises en œuvre conjointement par la Commission européenne et l'Organisation mondiale de la santé pour améliorer la santé et le bien-être mental en luttant contre les effets négatifs de la dépression sur la santé, la société et l'économie.

Le chapitre 1 expose le travail déjà accompli par les organisations internationales et les États membres dans le domaine de la santé publique.

Le chapitre 2 contient un exposé descriptif de la dépression en tant que maladie.

Le chapitre 3 recense les effets économiques et sociaux de la dépression.

Le chapitre 4 met en lumière les données de base permettant d'élaborer des actions efficaces et souligne l'importance de la participation d'un large éventail de parties prenantes.

Le chapitre 5 décrit les difficultés à surmonter dans l'élaboration de stratégies de promotion et de prévention et présente les éléments de solution pouvant être apportés.

Le chapitre 6 propose des conclusions et une marche à suivre.

Le rapport présente des modèles de bonnes pratiques. Les résultats positifs de ces exemples démontrent que des mesures efficaces peuvent être prises contre la dépression et les problèmes qui y sont liés.

La reconnaissance des droits des personnes qui souffrent de problèmes mentaux et leur pleine participation à la société sont une condition préalable de toute approche stratégique fructueuse permettant de mettre en œuvre des actions efficaces.

Chapitre 1

Retour en arrière: ce qui a été fait

Les enjeux

La santé des Européens est de plus en plus menacée par un éventail de facteurs qui puisent leur origine dans la société, la politique et les modes et circonstances de vie. Il est reconnu de plus en plus que ces facteurs exercent une influence non seulement sur la santé physique mais aussi sur la santé mentale et le bien-être. La mise en évidence de ces facteurs et leur élimination nécessite l'adoption, dans toute l'Europe, d'une démarche en matière de santé publique qui soit dynamique et fondée sur nos connaissances, notre expérience et nos compétences collectives. En Europe, la lutte contre la dépression représente l'un des problèmes de santé publique les plus pressants.

La dépression et les problèmes qui y sont liés touchent directement de 2 à 10 % des citoyens européens. Elle frappe les jeunes, les personnes âgées et les actifs, portant atteinte à la qualité de vie, à l'activité économique, à l'apprentissage, à la vie sociale et culturelle et à la capacité à participer à la société et à s'intégrer dans la vie quotidienne. Chaque année, nous perdons un nombre énorme de journées de travail à cause de la dépression, ce qui a des répercussions négatives sur nos économies et notre vie sociale, collective et familiale. La dépression affecte davantage la qualité de la vie que la plupart des maladies physiques et, dans certains cas, mène même au suicide ou à des tentatives de suicide. On a en outre démontré l'existence de liens réciproques entre les maladies physiques et la dépression.

Il existe cependant des raisons croissantes de se montrer optimiste. Nous disposons désormais de beaucoup plus d'informations sur les mesures qui sont efficaces à l'échelle de la population, au sein des systèmes de services, sur le lieu de travail, dans les écoles et dans la collectivité et sur celles qui aident les individus et leur famille à prévenir la dépression, à la soigner et à en guérir. Nous savons également que l'adoption d'une approche axée sur la santé publique ainsi que les efforts de sensibilisation et d'amélioration des connaissances sur la dépression contribuent considérablement à déstigmatiser cette maladie et à augmenter les chances de rétablissement des personnes atteintes, qui sont incitées à demander une aide plus rapidement.

Aussi, malgré l'existence indubitable d'un problème de santé dans toute l'Europe, des mesures qui contribueront considérablement à réduire l'impact de la dépression à travers l'Europe peuvent être prises au niveau national, régional et local dans le cadre d'une action plus générale sur la santé

mentale, la santé publique et la politique économique et sociale. Les investissements réalisés dans la promotion de la santé mentale et la prévention de la dépression permettront de diminuer les coûts sociaux directs et indirects de la dépression. Ils contribueront également à l'amélioration de la qualité de la vie des Européens et de la productivité de l'économie européenne.

Actions mises en œuvre

La santé mentale publique: actions de promotion et prévention

Les actions de la Communauté européenne dans le domaine de la santé publique ont pour base juridique l'article 152 (ex-article 129) du traité. Cet article stipule qu'«un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de la Communauté» et que «l'action de la Communauté, qui complète les politiques nationales, porte sur l'amélioration de la santé publique et la prévention des maladies et des affections humaines et des causes de danger pour la santé humaine».

L'amélioration de la santé mentale (qui englobe l'action sur la dépression) en tant qu'élément essentiel de l'agenda communautaire en matière de santé publique a été soutenue par l'Union européenne dans le programme d'action communautaire de promotion, d'information, d'éducation et de formation en matière de santé dans le cadre de l'action dans le domaine de la santé publique (1996-2000). Ce programme communautaire a été prolongé jusqu'à la fin 2002. Un projet soutenu par la Commission européenne intitulé *Putting Mental Health on the European Agenda* (inscrire la santé mentale sur l'agenda européen) a été coordonné par le ministère finlandais des affaires sociales et de la santé et le Centre national de recherche et de développement pour les affaires sociales et sanitaires (STAKES) en 1998-2000.

Les conclusions de ce projet ont été publiées sous le titre *Public Health Approach on Mental Health in Europe* (approche de santé publique en matière de santé mentale en Europe) (2000). Cette publication définit les grands éléments de l'action en matière de santé publique dans le domaine de la santé mentale. Le rapport affirme la nécessité constante d'intégrer la santé mentale au domaine plus général de la santé publique et de renforcer l'approche de la santé mentale de la population comme faisant partie d'une approche stratégique globale incluant la promotion, la prévention ainsi que les soins et le traitement des individus et de leur famille. Le rapport souligne également la nécessité d'accorder une plus grande attention à la bonne santé mentale comme ressource importante pour les individus, les familles, les collectivités, les régions et les nations. Cette insistance sur la promotion est importante pour relever le défi de santé publique que pose la dépression.

Actions communes

En avril 1999, une réunion conjointe de l'Organisation mondiale de la santé et de la Commission européenne s'est tenue à Bruxelles sur le thème de l'équilibre entre la promotion et les soins en matière de santé mentale. Les participants se sont mis d'accord sur la nécessité de respecter un **équilibre entre la mise en œuvre de soins de santé mentale et la réalisation d'activités de promotion de la santé mentale en Europe** durant les années à venir.

Dans le cadre du programme officiel de la présidence finlandaise de l'UE, une conférence intitulée «Conférence européenne sur la promotion de la santé mentale et l'intégration sociale» a été organisée en octobre 1999, à Tampere, en Finlande. Cette conférence a marqué une étape importante dans les efforts pour inscrire la santé mentale sur l'agenda européen. En novembre 1999, le Conseil de la santé de l'Union européenne a adopté une **résolution concernant la promotion de la santé mentale**. Celle-ci préconise d'accorder à la santé mentale une importance accrue et de la mettre mieux en relief et de promouvoir la bonne santé mentale, en particulier auprès des enfants, des adolescents et des personnes âgées ainsi que sur le lieu de travail. La résolution invite les États membres et la Commission à mener des **actions spécifiques de promotion de la santé mentale**, à recueillir des données de bonne qualité, à soutenir la recherche et à intégrer la santé mentale aux programmes d'action sanitaire futurs ; elle **affirme la nécessité d'envisager une proposition de recommandation du Conseil sur la promotion de la santé mentale**.

Les initiatives mentionnées à cet égard dans l'agenda européen ont été reprises par plusieurs présidences. Deux conférences ont été organisées au Portugal: l'une en mars 2000, intitulée «Les déterminants de la santé dans l'Union européenne», et l'autre en juin 2000, sur le thème «Violence and Promotion of Mental Health of Children and Young People» (La violence et la promotion de la santé mentale chez les enfants et les jeunes). En septembre 2000, une conférence sur le thème «Prévention du suicide des jeunes» a eu lieu en France, tandis qu'une autre sur «Les jeunes et l'alcool» s'est tenue en février 2001, en Suède. Ces activités insistent toutes sur l'importance de prendre des mesures contre la dépression, qui est l'un des problèmes de santé publique les plus répandus.

Durant la présidence belge de l'UE, en octobre 2001, le ministère fédéral belge des affaires sociales, de la santé publique et de l'environnement a lancé le rapport de l'OMS sur la santé dans le monde en conjonction avec la Commission européenne et l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Intitulé «La santé mentale: Nouvelle conception, nouveaux espoirs», ce rapport a été lancé en

octobre 2001, à Bruxelles, lors de l'inauguration de la conférence «Coping with Stress and Depression Related problems in Europe» (Faire face aux problèmes liés au stress et à la dépression). Le membre de la Commission qui a prononcé le discours inaugural a insisté sur l'importance de la promotion de la santé mentale en Europe et des efforts pour lutter contre le stress et les problèmes connexes dans l'UE et les pays en voie d'adhésion. Durant cette conférence, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a également souligné la forte prévalence et l'ampleur de la charge de la dépression dans la région. La conférence a examiné le stress lié au travail, le stress et la dépression chez les enfants et les adolescents, les programmes de prévention et les stratégies de surveillance et d'évaluation des actions.

En novembre 2001, le Conseil de la santé de l'Union européenne a adopté les conclusions de la conférence, qui invitent les États membres à accorder l'attention nécessaire à l'impact des problèmes liés au stress et à la dépression sur toutes les tranches d'âge, en se concentrant tout spécialement sur les problèmes du stress et de la dépression d'origine professionnelle. Les conclusions recommandent également à la Commission de faciliter le recueil de données comparables, d'envisager la mise en œuvre d'activités visant à récompenser les meilleures pratiques concernant la promotion de la santé mentale, ainsi que la reconnaissance, la prévention et la surveillance des problèmes liés au stress et à la dépression, et de réfléchir à la possibilité d'élaborer des stratégies de prévention.

Durant la présidence grecque de l'Union européenne, en mars 2003, une conférence a été organisée à Athènes sur le thème «Maladie mentale et stigmatisation en Europe: relever les défis de l'inclusion sociale et de l'équité». En juin 2003, le Conseil des ministres de l'emploi, de la politique sociale, de la santé et des consommateurs a adopté les conclusions de la conférence. Celles-ci invitaient les États membres à accorder une attention particulière à l'impact des stigmatisations et discriminations fondées sur les maladies mentales dans toutes les tranches d'âge et à s'intéresser tout spécialement à la réduction des risques d'exclusion sociale, qui sont importants. Elles recommandaient à la Commission de promouvoir une collaboration active dans toutes les politiques et actions communautaires appropriées, et notamment celles concernant l'emploi, la protection sociale, l'éducation et la santé afin de réduire les discriminations motivées par les maladies mentales. Elles recommandaient également que la Commission facilite les échanges d'informations dans le contexte des politiques nationales pour garantir la protection des personnes souffrant de troubles mentaux et promouvoir leur inclusion dans la société.

À Bruxelles, en septembre 2001, la Commission européenne et l’OMS/Euro ont organisé une réunion consultative intitulée «Future Mental Health Challenges in Europe: Impact of other policies on mental health» (Futurs enjeux pour la santé mentale en Europe: impact des autres politiques sur la santé mentale). Cette réunion a été consacrée à l’effet des politiques en matière d’environnement, de protection sociale et d’éducation sur la santé mentale et a souligné l’importance de mener des travaux sur la charge sociale et économique des troubles mentaux.

À Luxembourg, en décembre 2002, la Commission européenne et l’OMS Euro ont organisé un séminaire intitulé «Future Mental Health Challenges in Europe: Strengthening co-operation between EU and WHO» (Futurs enjeux pour la santé mentale en Europe: renforcer la coopération entre l’UE et l’OMS). Ce séminaire, qui a mis l’accent sur la prévention des décès prématurés et des suicides, les expériences d’actions de promotion de la santé mentale et les stratégies de prévention tout au long de la vie et durant les périodes de transition cruciales, a insisté sur la mise en œuvre de stratégies de prévention et de résistance aux problèmes liés au stress et à la dépression aux niveaux national, régional et local en Europe.

Durant la période 2001-2003, la Commission européenne a soutenu un projet coopératif de grande envergure intitulé «Promotion de la santé mentale et stratégies de prévention pour faire face à l’anxiété et à la dépression en Europe». Le projet portait sur les trois stades de la vie: l’enfance et l’adolescence, la vie active et le troisième âge. La dépression des enfants et des adolescents est un problème de santé publique hautement récurrent, dont la gravité est reconnue. De même, la dépression et les problèmes connexes sont fréquents durant la vie active et engendrent de fréquents congés de maladie de courte durée et une diminution importante de la productivité de la main-d’œuvre. La dépression est la maladie mentale la plus fréquente chez les personnes âgées. Le compte rendu du projet contient dix recommandations clés sur les activités de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles mentaux répandus tels que l’anxiété, la dépression et le stress qui contribuent eux-mêmes aux problèmes posés par la stigmatisation des personnes souffrant de problèmes de santé mentale.

Les indications fournies par les sept années d’expérience acquises dans le cadre du programme d’action communautaire dans le domaine de la santé publique et du programme de l’OMS sur la santé mentale font ressortir la nécessité de prendre des mesures contre la dépression, qui constitue l’un des principaux problèmes de santé publique à résoudre au XXI^e siècle.

TABLEAU 1 Principales manifestations communautaires sur la santé mentale organisées de 1999 à 2003

MOIS/ ANNÉE	TITRE DE LA MANIFESTATION	NIVEAU	RÉSOLUTIONS/ CONCLUSIONS DU CONSEIL
04/1999	Santé mentale: un équilibre entre la promotion et les soins	Réunion conjointe UE/OMS	
10/1999	Conférence européenne sur la promotion de la santé mentale et l'intégration sociale	Présidence de l'UE	Résolution du Conseil concernant la promotion de la santé mentale
03/2000	Les déterminants de la santé dans l'Union européenne	Présidence de l'UE	Résolution du Conseil sur l'action concernant les facteurs déterminants pour la santé
06/2000	Violence and Promotion of Mental Health of Children and Young People	Présidence de l'UE	
09/2000	La prévention du suicide des jeunes	Présidence de l'UE	
01/2001	Les jeunes et l'alcool	Conférence ministérielle de l'OMS/ Présidence de l'UE	Conclusions du conseil relatives à une stratégie communautaire visant à réduire les dommages liés à l'alcool
09/2001	Future Mental Health Challenges in Europe: Impact of Other Policies on Mental Health	Réunion conjointe UE/OMS	
10/2001	Coping with Stress and Depression-Related Problems in Europe	Réunion conjointe, présidence de l'UE et OMS	Conclusions du Conseil concernant la lutte contre les problèmes liés au stress et à la dépression
12/2002	Future Mental Health Challenges in Europe: Strengthening Co-operation between EU and WHO	Séminaire conjoint UE/OMS	
03/2003	Maladie mentale et stigmatisation en Europe: relever les défis de l'inclusion sociale et de l'équité	Réunion conjointe, présidence de l'UE, OMS et Conseil de l'Europe	Conclusions du Conseil sur la lutte contre la stigmatisation et la discrimination liées à la maladie mentale
10/2003	Mental Health in Europe: New Challenges, New Opportunities	Conférence financée par la CE avec le concours de l'OMS	

Chapitre 2

La dépression: qu'est-ce ?

La dépression: la maladie

La dépression varie d'un simple «sentiment de tristesse» à une maladie extrêmement grave.

- À tout moment donné, de 2 à 10 % des Européens souffrent d'une dépression.
- La dépression fait peser un lourd fardeau sur les individus, les familles et les sociétés.
- La dépression nuit plus à la qualité de la vie qu'une maladie physique.
- L'incapacité à ressentir du plaisir, la fatigue, le doute de soi, le sentiment d'impuissance, de désespoir et de culpabilité sont fréquemment des signes de problèmes dépressifs.
- Les personnes déprimées voient tout en noir, n'arrivent pas à se concentrer et ont une capacité fonctionnelle manifestement diminuée.
- La dépression n'est pas une maladie auto-infligée, ni un signe de faiblesse ou de mauvais moral.
- Des méthodes efficaces de prévention et de traitement de la dépression et des problèmes qui y sont liés sont disponibles.
- La majorité des dépressifs se rétablissent.

Description

«La dépression n'affecte pas seulement nos émotions, elle change également parfois notre manière de penser, notre comportement et le fonctionnement de notre corps» [1]. Cette maladie peut être décrite par l'expression de la langue courante «voir les choses en noir».

La dépression est un concept ambigu, aux sens divers. Il est souvent employé à tort dans la langue courante pour décrire une réaction émotionnelle normale, ordinaire, qui s'exprime par des sentiments de mécontentement, de tristesse et de frustration. Le présent rapport, cependant, concerne la dépression en tant que maladie grave et parfois même dangereuse. Dans les cas les plus sérieux, elle peut mener au suicide. Elle atteint non seulement celui qui en souffre mais aussi son entourage et ses collègues.

La dépression se caractérise par une baisse du moral et une incapacité à éprouver joie ou plaisir. L'humeur dépressive est la première réaction d'un être humain à la souffrance psychique et au sentiment de mal-être. En elle-même, la dépression est une émotion normale qui joue un rôle adaptatif important et que tout le monde a éprouvée.

Prévalence, gravité et charge mondiale

Les troubles dépressifs sont de loin les maladies mentales les plus fréquentes et, en utilisant les critères diagnostiques établis dans la CIM-10 et le DSM-IV, on estime qu'ils ont une prévalence de 2 à 10 %. Pour illustrer leur ampleur, on peut dire que chaque année, dans la région Europe de l'OMS, environ 33,4 millions de personnes sont atteintes d'une grave dépression [2]. Le rapport de l'OMS sur la santé dans le monde 2001 indique que la dépression clinique devrait se classer en deuxième position dans la charge mondiale de morbidité d'ici à 2020 si l'on mesure son impact en tant que cause de décès, de handicap, d'incapacité à travailler et de consommation de ressources médicales.

La dépression peut être une maladie grave, et parfois dangereuse, susceptible de nuire à la qualité de la vie de manière plus radicale que les troubles physiques chroniques tels que les maladies cardiovasculaires, le diabète mellitus ou les troubles musculo-squelettiques. En outre, la dépression est associée à un fort risque de suicide et de tentative de suicide. Environ 15 % des patients gravement atteints se donnent la mort, tandis que 56 % font une tentative de suicide [3], et la majorité d'entre eux ont des idées suicidaires durant leurs épisodes dépressifs. En Europe, la plupart des suicides (30-88 %) peuvent être attribués à des troubles affectifs [4]. Dans la plupart des pays européens, ce sont les hommes âgés qui sont les plus vulnérables, tandis que dans d'autres, on observe une hausse du risque de suicide chez les hommes jeunes. En ce qui concerne les femmes, c'est la tranche d'âge des 35-55 ans qui est la plus vulnérable, tandis qu'on remarque une progression des taux d'automutilation chez les femmes de la tranche inférieure.

L'étude de l'OMS intitulée *Global Burden of Disease* [5] fournit une méthodologie permettant de déterminer la morbidité et la mortalité globales associées à différents problèmes de santé. Celles-ci ont été calculées à l'échelle mondiale et peuvent être utilisées par les responsables politiques pour déterminer les priorités éventuelles en matière de promotion de la santé et de soins de santé (en supposant qu'il existe des interventions efficaces). La mesure principale utilisée est le nombre d'années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI), qui estime les années perdues par rapport à l'espérance de vie moyenne, chiffre qui est ensuite pondéré en fonction de la gravité du handicap associé à la maladie. On utilise également comme mesure les années vécues avec un handicap (YLD), chiffre aussi pondéré en fonction du handicap, qui reflète ainsi la chronicité de nombreuses maladies.

Les auteurs du rapport sur la santé dans le monde 2001 (*La santé mentale: Nouvelle conception, nouveaux espoirs*) estiment que la dépression unipolaire représente à elle seule plus de 6,1 % des

AVCI dans la région Europe (4,5 % dans le monde entier). Elle est aussi considérée comme la cause principale du nombre d'YLD, soit 11,9 %. Des différences sont signalées au niveau des sexes, ce chiffre étant de 9,7 % pour les hommes contre 14 % pour les femmes. Ces pourcentages sont encore plus élevés dans la tranche d'âge des 15-44 ans, soit 16,4 % de l'ensemble des YLD. En outre, on s'attend à ce que, d'ici à 2020, la dépression unipolaire devienne la cause principale de décès et d'invalidité dans les pays industrialisés.

Les signes et les symptômes

L'une des classifications internationales des maladies les plus fréquemment utilisées, la CIM-10, divise la dépression en trois catégories: légère, moyenne et sévère.

Durant un épisode dépressif typique, le sujet présente un abaissement de l'humeur, une perte d'intérêt et de plaisir et une fatigue accrue. Cet épisode peut se caractériser par une diminution de l'énergie et de l'activité.

Les symptômes généraux sont:

- des sentiments de culpabilité et de dévalorisation (même dans un épisode de type léger);
- une manière décourageante et pessimiste d'envisager l'avenir;
- des idées suicidaires;
- des lésions auto-infligées;
- une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi;
- une diminution de la concentration et de l'attention;
- une difficulté à prendre des décisions;
- des troubles du sommeil;
- une diminution de l'appétit;
- une perte de libido.

À côté de ces symptômes, le malade présente fréquemment d'autres graves symptômes d'anxiété.

Les manifestations cliniques et la progression de la dépression en tant que maladie mentale peuvent revêtir des formes multiples. La liste suivante fournit quelques exemples de cette diversité:

- Certaines dépressions surviennent plutôt soudainement et présentent un lien manifeste avec des événements traumatiques, d'autres se développent plus lentement et apparaissent sans raison évidente.
- Certaines personnes souffrent d'épisodes répétés de symptomatologie dépressive, tandis que d'autres ne subissent qu'un épisode grave durant toute leur vie.
- Certains souffrent de dépression toute leur vie, sans que cela nuise toutefois gravement à leurs capacités fonctionnelles ; chez d'autres la gravité de la maladie est telle qu'ils deviennent en deviennent invalides.
- Certaines personnes souffrent de troubles de l'humeur fluctuants, dans lesquels les épisodes dépressifs alternent avec des périodes d'exaltation.

Les causes et les facteurs de risque

La dépression et les problèmes dépressifs ont des causes multiples. L'étiologie de la dépression est manifestement de nature **multifactorielle** et englobe des facteurs **biologiques, psychologiques et sociaux**. Son déclenchement est influencé par les circonstances mais d'autres facteurs peuvent augmenter la susceptibilité d'une personne à cette maladie ou précipiter son apparition.

La dépression touche souvent plusieurs membres d'une même famille, ce qui tend à prouver l'existence d'une susceptibilité génétique. Des études menées sur des jumeaux ont révélé le rôle joué par l'hérédité: pour la dépression, le taux de concordance est de 54 % chez les jumeaux homozygotes, contre 19 % chez les jumeaux hétérozygotes. Cependant, cette prédisposition familiale n'explique pas tout: d'autres éléments que ceux d'ordre génétique interviennent bien sûr également. Des études sur l'adoption ont confirmé que l'hérédité et l'environnement jouent tous deux un rôle parmi les facteurs de risque.

Les recherches en neurochimie sur la dépression ont connu une expansion rapide depuis les années 50, époque du lancement des premiers antidépresseurs. On a découvert que plusieurs neurotransmetteurs du cerveau jouent un rôle dans son apparition, les plus importants étant les systèmes de la noradrénaline, de la sérotonine et la dopamine. La plupart des antidépresseurs augmentent la quantité de ces neurotransmetteurs dans le cerveau, en particulier celle de la noradrénaline et de la sérotonine. La dépression provoque également d'autres perturbations biologiques dans les systèmes hormonaux.

Les **théories psychologiques de la dépression** sont multiples. Certains traits de personnalité sont liés à une tendance à la dépression. Selon la théorie psychodynamique, la dépression est une

réaction au deuil causée par l'impossibilité de faire un travail intérieur normal. Le sentiment d'agressivité ressenti envers la personne disparue est dirigé contre soi. La théorie cognitive souligne les changements négatifs des processus de pensée et leur rôle central dans l'interprétation du monde environnant. Le sujet a tendance à voir automatiquement les choses sous un angle négatif. Cette disposition rend la personne particulièrement vulnérable aux événements traumatiques et aux problèmes qui surgissent dans les relations avec les proches.

Plusieurs **facteurs sociaux** sont associés à l'apparition d'une dépression. Des études ont également démontré l'existence d'un lien entre la situation socioéconomique et la dépression. Le chômage, en particulier le chômage de longue durée, est aussi un facteur de risque apparent. D'autre part, une dépression non diagnostiquée entraînant une diminution de la capacité de travail peut conduire à l'exclusion du marché du travail. L'alcoolisme et la toxicomanie sont parfois les conséquences d'une dépression mais peuvent aussi en être la cause. La solitude rend vulnérable, tandis que le soutien relationnel peut constituer une protection.

Diverses études montrent que les personnes atteintes d'une dépression ont été victimes de plusieurs événements traumatiques au cours des six mois qui ont précédé l'apparition de leur maladie. Les pertes et les séparations, par exemple le décès d'un conjoint ou le divorce, sont citées particulièrement fréquemment, tandis que chez les enfants, on évoque le divorce des parents ou une hospitalisation due à une maladie grave. Il existe des liens très forts entre les événements particulièrement dangereux ou néfastes et le déclenchement d'une dépression, le risque pouvant alors être multiplié par six. Cependant, un nombre important de personnes atteintes de dépression ne signalent aucun événement traumatique avant l'apparition de leur maladie.

On observe souvent des différences entre les **sexes** en ce qui concerne la prévalence de la dépression, les femmes présentant un taux de morbidité plus élevé. Cet écart a été expliqué par une plus grande tendance de la part des femmes à signaler des symptômes dépressifs dans les enquêtes, par des différences d'ordre biologique, en particulier au niveau de la stabilité hormonale, et par les différences entre les rôles des deux sexes dans la société.

Chapitre 3

La dépression: ses conséquences sociales et économiques

Les conséquences sociales et économiques de la dépression sont multiples:

- perte tragique de vies humaines
- risque accru de problèmes de santé physique
- coût économique global d'au moins 1 % du PIB sur l'ensemble des pays
- diminution de productivité du travail représentant de 60 à 80 % de son coût économique global
- difficultés financières pour les personnes atteintes de dépression et leur famille
- invalidité de longue durée et retraite anticipée (l'une de leurs causes principales)

Les coûts socioéconomiques globaux de la dépression²

Les coûts socioéconomiques de la dépression sont considérables, non seulement pour le système de santé, mais aussi pour la société dans son ensemble, et représentent environ 1 % du produit intérieur brut (PIB). La majeure partie des coûts économiques de la dépression se fait sentir en dehors du système de santé [7]. Selon de nombreuses études internationales, la perte d'emploi, l'absentéisme et les congés de maladie, la diminution de la performance professionnelle, la perte de possibilités d'activités récréatives et la mort prématurée représentent de 60 à 80 % de l'ensemble des coûts de la dépression. Ainsi, une étude sur la charge économique de la dépression menée au Portugal en a estimé le coût à environ 102 millions d'euros (50 millions d'euros aux prix de 1992) dont 80 % était dû à une perte de la productivité au travail. En tout, cette perte était équivalente à 50 % du budget de la sécurité sociale portugaise [8].

Au Royaume-Uni, l'ensemble des coûts de la dépression chez les adultes a été évalué à 15,46 milliards d'euros (9 milliards de GBP aux prix de 2000) dont seulement 636 millions (370 milliards de GBP aux prix de 2000) concernaient les soins directs [9]. Aux États-Unis, les dépenses annuelles totales associées à la dépression atteindraient 100 milliards d'euros (83 milliards d'USD en 2000), dont 69 % représentent les pertes d'emploi et les décès prématurés [10]. L'hospitalisation constitue

² Tous les coûts sont en euros, aux prix de 2002. Les devises sont converties aux taux interbancaires du 28/02/02.

le poste le plus important des dépenses de santé, dont elle représente 50 % dans des études américaines et britanniques, et 70 % dans des études italiennes [11].

Les coûts de la dépression des enfants et des adolescents

Il existe peu d'études socioéconomiques de la dépression et des troubles de l'humeur de l'enfant ou de l'adolescent. Dans une étude britannique récente, on observe que la dépression de l'enfant ou de l'adolescent exerce souvent sur la santé une influence négative à long terme qui persiste à l'âge adulte, nécessitant des services et un accompagnement spécialisés [12]. Dans une autre étude portant sur les liens entre les problèmes de santé mentale de l'enfant et les coûts encourus dans divers organismes à l'âge adulte, les auteurs concluent que les enfants souffrant de troubles du comportement (qui sont souvent également atteints d'un trouble dépressif) et ayant fait l'objet d'un diagnostic de «problèmes de conduite» à dix ans pouvaient nécessiter des coûts supplémentaires de 29 000 euros (16 000 GBP aux prix de 1998) de 10 à 27 ans, tandis que les enfants ayant fait l'objet d'un diagnostic de «troubles de la conduite» (plus graves que les problèmes de conduite) encouraient des coûts supplémentaires dépassant 109 000 euros (60 000 GBP aux prix de 1998) aux mêmes âges. Dans ces deux groupes, ces coûts supplémentaires se composaient en grande partie de frais de justice pénale, suivis par l'accompagnement pédagogique, le placement en famille ou dans un foyer d'accueil et les prestations sociales; les frais médicaux étaient inférieurs [13] (voir également le chapitre 4). À ces coûts attestés, on peut également ajouter des coûts liés aux chances qui n'ont pas été saisies, par exemple celle de faire des études supérieures, l'impact d'un risque accru de grossesse adolescente etc.



© Communauté européenne, 2004

L'absentéisme et la diminution de la performance professionnelle

Les coûts substantiels encourus par les employeurs de personnes atteintes de dépression et de troubles dépressifs sur le lieu de travail sont bien documentés. (Il convient de noter que ces personnes évitent de faire diagnostiquer leur dépression par crainte d'être classées parmi les malades mentaux. Par conséquent la plupart des problèmes dépressifs sont désignés sous le terme de stress). La dépression nécessite des congés de maladie plus longs que les autres problèmes de santé professionnelle [14, 15] et engendre également un plus grand nombre de demandes d'allocations d'invalidité ou de maladie. Selon une étude, près de 20 % des demandes effectuées sur une période de deux ans concernaient ce type d'allocations, 2,5 % de la main-d'œuvre souffrant d'au moins un épisode dépressif de courte durée. Les faits semblent indiquer que les employeurs encourrent des coûts beaucoup plus élevés pour les femmes [16], qui ont plus tendance à être en congé pour dépression, bien que la durée moyenne de leurs congés de maladie soit en général plus courte que celle des hommes [17].

En Allemagne, on a estimé qu'en 2002, la dépression aurait causé la perte de 18 millions de journées de travail, ce qui représente pour les employeurs un coût d'environ 1,59 milliards d'euros, alors qu'au Royaume-Uni, le Health and Safety Executive (Administration de l'hygiène et de la sécurité du travail) situe cette perte entre 5 et 6 millions de journées de travail. Selon une autre étude britannique visant à évaluer les coûts du temps de travail perdu pour cause de dépression, celle-ci aurait causé en 2000 la perte de 109,7 millions de journées de travail et 2615 décès. Dans toute l'Europe, on attribue les départs en retraite anticipée et les pensions d'invalidité principalement à des problèmes de santé mentale [18].

La plupart des estimations sont sans doute prudentes car elles ne tiennent pas compte des coûts supplémentaires résultant de la diminution de la performance professionnelle des personnes dont la dépression n'est pas soignée. Suivant une étude, pour l'ensemble des problèmes de santé mentale, le nombre de journées de performance professionnelle réduite pourrait être cinq fois supérieur au nombre de journées perdues en raison de congés [19]. Dans une autre étude, on a estimé que 81 % du temps de travail productif perdu était fonction d'une réduction de la performance au travail [20]. À ces coûts, peuvent encore s'ajouter ceux encourus par les travailleurs, y compris la perte de droits à pension et les possibilités de carrière manquées.

Les coûts de la dépression des personnes âgées

La dépression est la principale cause de suicide des personnes âgées. Dans plus de 90 % des pays, le taux de suicide atteint son maximum dans la tranche d'âge des plus de 75 ans tandis que les dépenses de santé relatives aux personnes âgées atteintes de dépression dépassent de peut-être 50 %

celles des personnes âgées en bonne santé mentale. Elles sont fréquemment admises en maison de retraite plus tôt et nécessitent plus souvent une aide professionnelle coûteuse [21, 22].

Les activités non rémunérées

Bien que les activités «non rémunérées» ne soient pas encore quantifiées dans les études, il ne faut pas non plus oublier que, dans ce domaine, toute perte de productivité entraîne des coûts substantiels, notamment dans le cas de personnes qui ne parviennent pas à remplir leurs responsabilités familiales. Les troubles dépressifs des parents peuvent ainsi menacer la santé, l'éducation et le fonctionnement social des enfants, ce qui peut avoir des conséquences à long terme importantes sur leur développement.

Les coûts encourus par les soignants

Les troubles dépressifs causent également parfois une grande détresse aux personnes atteintes et à leur famille. Les conjoints de patients atteints d'une dépression persistante ont de graves difficultés à garder leur emploi et leurs activités sociales et récréatives et se plaignent d'une diminution des revenus familiaux, tandis que leur couple est soumis à des pressions considérables [23, 24].

Les coûts supplémentaires de la mortalité/morbidité

Aux coûts associés à la dépression énumérés ci-dessus, s'ajoutent d'autres coûts importants qui sont parfois passés sous silence ou sont difficiles à intégrer dans une analyse économique. On observe ainsi des taux supérieurs de comorbidité physique et de mortalité prématurée chez les dépressifs: les risques de cardiopathies, par exemple, peuvent être quatre fois supérieurs à ceux du reste de la population [25, 26, 27]. Les dépressifs rencontrent parfois des difficultés dans leurs rapports avec les autres, ils courent un plus grand risque de perdre leur emploi ou leur domicile, sont souvent confrontés à la stigmatisation et à la discrimination dans la société et ont plus fréquemment affaire au système de justice pénale [28].

Les coûts du suicide

Aucun coût n'est supérieur à celui de la perte d'une vie humaine et à l'impact profond qu'elle exerce sur l'individu et sa famille, mais cette tragédie de la santé publique entraîne aussi des coûts économiques. On estime que le suicide représente environ 7 % des coûts d'ensemble de la dépression. Les coûts globaux du suicide, quelle que soit la maladie mentale qui l'ont provoqué, ont été estimés en 1997 au Royaume-Uni à environ 2,5 milliards de GBP, soit un peu moins de 10 % du coût global des maladies mentales [29]. En Suisse, le coût des suicides et des tentatives de suicide a atteint 1,7 milliards d'euros (2,5 milliards de CHF 2003) [30].

Chapitre 4

Actions: ce qui peut être fait

- Il existe des interventions efficaces et rentables.
- Les actions doivent être adaptées aux différents groupes: le grand public, les professionnels de la santé et d'autres secteurs, les employeurs, les écoles, les usagers et les familles.
- Les résultats les meilleurs sont donnés par une combinaison d'interventions diverses.
- Les interventions précoces, en particulier pour les enfants et sur le lieu de travail, sont d'une grande rentabilité.
- Les programmes d'intervention de proximité permettent de réduire considérablement la suicidalité.

Dans les trois premiers chapitres du présent rapport, nous avons résumé les travaux entrepris concernant la santé mentale dans le cadre du premier programme communautaire sur la santé publique ; nous avons défini et décrit la dépression et les troubles dépressifs et mis en lumière leur impact social et économique. Bien qu'il soit important de prendre conscience de l'énormité de cet impact, toute amélioration nécessite des interventions efficaces. Les ressources doivent être affectées à la mise en œuvre d'interventions qui ont fait leurs preuves dans la prévention et le traitement de la dépression. Dans un monde où les budgets sont limités, les responsables politiques doivent également comparer la rentabilité des différentes interventions possibles, mais ils ne doivent pas utiliser ce seul critère.

Dans ce chapitre, nous inventorions les faits qui justifient les stratégies susceptibles d'être utilisées face à la dépression et aux troubles dépressifs. Quand les chiffres sont disponibles, nous fournissons également une indication de la rentabilité de ces stratégies. Nous devons toutefois préciser que conformément au traité de l'Union européenne, nous traitons ici de la promotion d'une bonne santé mentale et de la prévention des conséquences secondaires de la dépression plutôt que du traitement médical. Nous examinons dans le présent chapitre les interventions visant à améliorer la formation du personnel médical et paramédical et celles mises en œuvre sur le lieu de travail. Nous n'abordons pas les traitements, bien que manifestement les interventions telles que la pharmacothérapie, la psychothérapie interpersonnelle et cognitive et d'autres méthodes jouent ensemble un rôle important dans la prise en charge et le traitement de la dépression et des troubles dépressifs [31].

Les stratégies

Les stratégies visant à promouvoir une bonne santé mentale et à réduire l'impact potentiel de la dépression peuvent être mises en œuvre à quatre niveaux:

- le grand public – la population
- les services de santé
- d'autres services et contextes
- les individus et les familles

Le grand public

La sensibilisation du public aux problèmes de santé mentale, y compris la dépression, est un élément essentiel de toute stratégie. On a montré que les personnes atteintes de troubles mentaux répugnent à entrer en contact avec les services médicaux officiels même en l'absence d'obstacles financiers [32, 33, 34]. Cela s'explique en partie par la stigmatisation et les discriminations qu'engendrent ces troubles et par la crainte qu'ont ces malades d'être étiquetés, difficultés qui peuvent être aggravées par leur ignorance des services disponibles. Les employeurs exercent parfois une discrimination contre les personnes atteintes de dépression par crainte qu'elles ne puissent faire leur travail avec efficacité. Une étude a ainsi montré que les employeurs donnaient ouvertement la préférence aux personnes atteintes d'une maladie physique même si les candidats souffrant de dépression possédaient des qualifications équivalentes [35].

Les campagnes constituent le moyen principal de sensibilisation du grand public. Cependant, il semblerait que seules les campagnes prolongées et appuyées par diverses actions locales soient vraiment efficaces [36].

Les services de santé

La plupart des évaluations des actes assurés par les services de santé ont porté sur les produits pharmaceutiques, mais des données justifiant diverses interventions de promotion sanitaire et de soins primaires se sont progressivement accumulées. Pour synthétiser cette information, on peut recourir entre autres aux revues systématiques et aux méta-analyses. Ces techniques consistent à combiner les résultats de plusieurs études afin de déterminer si une intervention particulière paraît systématiquement efficace par rapport à un comparateur. Leur utilisation contribue à réduire la probabilité que des facteurs spécifiques à une étude donnée conduisent à des conclusions difficilement généralisables dans d'autres contextes.

Le National Health Service Centre for Reviews and Dissemination (NHS CRD) de l'université de York, au Royaume-Uni, a effectué une évaluation systématique majeure d'études sur le diagnostic et la prise en charge de la dépression [37, 38]. Pour cela, les auteurs se sont appuyés sur des questionnaires remplis en unités de soins primaires et portant soit spécifiquement sur la dépression, soit sur la qualité de la vie liée à la santé, y compris sa dimension mentale. Ils ont examiné l'impact de ces questionnaires sur le diagnostic de la dépression, l'orientation inter-services et les résultats thérapeutiques. En eux-mêmes, les questionnaires n'ont pas permis d'identifier de différences significatives en ce qui concerne le diagnostic, l'orientation inter-services et les résultats obtenus. Quand les individus présentant un haut risque selon les questionnaires ont été randomisés dans un groupe «interventions» et un groupe témoin, le taux de diagnostic a augmenté considérablement sans amélioration toutefois des résultats obtenus concernant la santé à plus long terme.

En s'appuyant sur une revue de 34 études examinant les interventions axées sur l'éducation et l'organisation, les auteurs ont montré que pour réaliser des changements, il faut mettre en œuvre des interventions multiples et qu'il ne suffit pas de recourir à des méthodes de diffusion passive (publication d'informations) ou à des directives. Les résultats de cette revue concordent avec d'autres conclusions indiquant que pour évoluer, les méthodes de travail nécessitent une combinaison d'interventions, y compris des visites de sensibilisation, des rappels, des réunions interactives et des interventions associant deux ou plusieurs des méthodes suivantes: audits et informations en retour, rappels, réalisation de consensus locaux [39].

Les approches efficaces recensées par la revue du NHS CRD consistaient en un ensemble de mesures d'éducation des patients et des professionnels, de mesures de liaison entre les généralistes et d'autres professionnels de la santé et de services d'accompagnement et de soutien psychologique. La prise en charge des cas et le soutien psychologique téléphonique par le personnel infirmier se sont également révélés fructueux. Les stratégies de mise en œuvre de directives n'ont donné de bons résultats que lorsqu'elles étaient associées à d'autres interventions. La revue a conclu également que les stratégies d'éducation et de formation du personnel des soins primaires ne permettaient pas isolément d'améliorer les résultats.

Les auteurs ont également montré que certaines des interventions ont abouti à une réduction des coûts d'ensemble, la diversification de la prise en charge des patients ayant entraîné une amélioration des résultats thérapeutiques. Cette estimation ne donne peut-être qu'une faible idée de la réalité car elle ne tient pas compte de la réduction parallèle des coûts des secteurs extérieurs aux

services de santé pour l'individu et la société, ceux découlant par exemple du temps de travail perdu.

Autres services et contextes

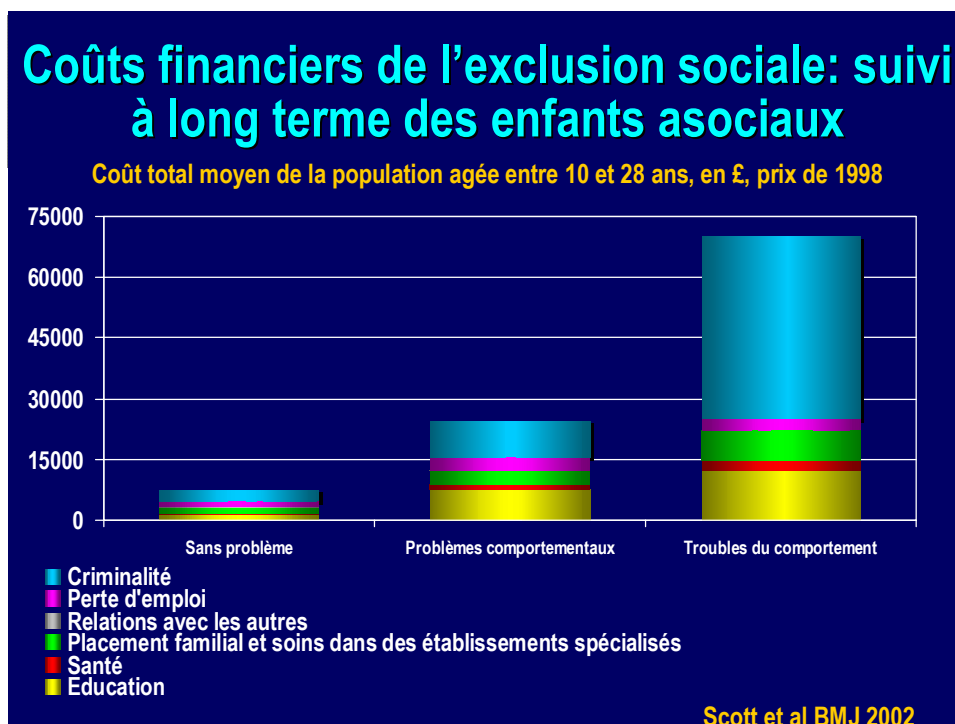
En élaborant des méthodes d'intervention complexes dans le domaine de dépression et de la promotion d'une bonne santé mentale, il est essentiel également de mettre les mesures d'éducation, d'information, de représentation des intérêts des patients, de formation et d'accompagnement qui ont été examinées dans le contexte des prestataires de soins de santé à la disposition d'autres prestataires de services et parties prenantes locaux. Ceux-ci peuvent être constitués de groupes tels que les travailleurs sociaux et les animateurs locaux, les responsables du logement, les enseignants, les membres du clergé, les forces de l'ordre et les professionnels de la justice pénale. Les médias jouent également un rôle vital dans la formation des opinions du public envers la santé mentale. Une formation et un dialogue visant à améliorer la couverture médiatique d'événements tels que le suicide et les tentatives manquées de suicide pourraient être mis en place, bien que l'efficacité de telles interventions ne soit pas connue.

L'intervention précoce auprès des enfants atteints de troubles dépressifs

Certains faits font ressortir les avantages socioéconomiques d'une intervention efficace précoce dans des secteurs multiples pour la prévention des conséquences négatives des problèmes de santé mentale chez l'enfant y compris la dépression. La non-intervention peut avoir des répercussions particulièrement graves: le suicide est la cause principale de décès des adolescentes. Des études de très longue durée ont été effectuées sur l'impact des problèmes de santé mentale de l'enfant lorsqu'il atteint l'âge adulte. On a montré qu'à Londres, des enfants sur lesquels avait été porté un diagnostic de troubles dépressifs graves accompagnés d'un trouble de la conduite comorbide, et qui avaient été suivis jusqu'à l'âge adulte, ont nécessité des dépenses en matière de santé et de protection sociale beaucoup plus élevées que les autres. En outre, les frais de justice pénale encourus par ce groupe étaient bien supérieurs [12]. On dispose de moins d'informations sur l'impact social et économique à long terme de la dépression à elle seule chez les enfants. Dans de nombreux cas, cependant, la dépression s'accompagne d'autres problèmes de santé mentale et d'autres études sont nécessaires. L'intervention précoce visant à résoudre les problèmes associés à un trouble de la conduite qui, s'il est un problème distinct, accompagne souvent la dépression, permet parfois d'éviter des coûts sociaux et économiques importants par la suite.

Nous décrivons ici une étude de ce type pour illustrer les avantages économiques potentiels d'une intervention précoce. Des enfants londoniens dont certains présentaient des troubles de la conduite ont été suivis de 10 à 28 ans. Les enfants qui avaient fait l'objet d'un diagnostic de troubles de la conduite ou qui présentaient certains problèmes de conduite (sans toutefois répondre à tous les critères de diagnostic) ont nécessité des dépenses beaucoup plus importantes que les enfants ne souffrant d'aucun problème de santé mentale (voir la figure 1). Si les dépenses médicales se sont révélées peu différentes, celles supportées par les systèmes de justice pénale et d'éducation ont été en revanche bien supérieures. Étant donné le coût de la non-intervention, les méthodes peu coûteuses telles que les programmes de formation des parents ont des chances d'être rentables [13]. Les coûts de la prise en charge d'enfants atteints de troubles comorbides sont probablement plus élevés pour les enfants qui souffrent en plus de troubles dépressifs. D'autres études menées dans des écoles ont également montré que l'emploi en milieu scolaire de travailleurs sociaux spécialisés et de psychologues est également parfois rentable [40]. Des programmes scolaires efficaces et peu coûteux de prévention du suicide ont également été élaborés [41]

Figure 1 : Coûts potentiels pouvant être évités grâce à une intervention précoce dans l'enfance



Les interventions sur le lieu de travail

Les conséquences socioéconomiques du temps de travail perdu ou de l'incapacité à garder un emploi sont profondes et ont une incidence non seulement sur l'individu, mais aussi sur son employeur (qui doit par exemple investir dans le recrutement et la formation d'un nouvel employé) et sur la société dans son ensemble, en raison de la perte de productivité. Une étude suédoise

récente a montré que les salariés mis en congé de maladie en raison d'une maladie physique grave (comme une maladie cardio-vasculaire) ont beaucoup moins de chances de reprendre leur travail s'ils souffrent de dépression [42]. De même, une évaluation menée au Royaume-Uni sur les interventions de proximité visant à aider les personnes atteintes de troubles mentaux à reprendre leur travail a indiqué également que leurs bénéficiaires avaient plus de chances de conserver leur emploi [43] mais qu'ils étaient peut-être moins productifs.

Il semble bien que des interventions efficaces de promotion de la santé physique et mentale sur le lieu de travail soient disponibles pour réduire les risques de stress³ et de troubles dépressifs au travail. Ces mesures permettent d'atténuer leurs conséquences négatives et d'augmenter la productivité [44]. Tout porte à croire également que dans la réduction du stress d'origine professionnelle, ce sont les démarches systématiques appliquées à l'ensemble de l'organisation et reposant de préférence sur un soutien au personnel, des structures de communications, une plus grande autonomie dans le travail, une augmentation de la participation du personnel et une amélioration du cadre de travail qui donnent les meilleurs résultats [45, 46].

Les *Employee Assistance Programmes* (programmes d'aide aux salariés – EAP) américains, qui consistent à fournir des services de soutien psychologique aux salariés et à leurs familles pour divers types de problèmes, y compris le stress et la dépression, sont connus de tous. Une étude du programme EAP mis en œuvre par la société McDonnell-Douglas a montré qu'il avait réduit les journées de travail perdues de 25 % et le taux de rotation des travailleurs souffrant de problèmes de santé mentale de 8 % [47]. Les gains de productivité obtenus grâce à de tels programmes et à d'autres mesures visant à aider les personnes souffrant de dépression et de troubles dépressifs à reprendre leur travail, à condition d'être mis en œuvre efficacement, peuvent l'emporter de beaucoup sur le coût de telles interventions, bien que d'autres évaluations soient nécessaires [48].

Il est essentiel cependant d'établir un bon partenariat entre les employeurs, les associations de salariés et les parties intéressées appartenant à d'autres secteurs pour promouvoir une mise en œuvre efficace des interventions. Les salariés hésitent parfois à participer à des programmes qui risquent de faire connaître leurs problèmes mentaux, par crainte que cela n'ait un effet négatif sur leur situation professionnelle. Quant aux employeurs, ils en sont quelquefois dissuadés par la possibilité d'une publicité négative ou d'une rupture avec les salariés visés par les interventions [17].

³ Il convient de noter que de nombreuses études menées sur les lieux de travail évitent les termes tels que «dépression», utilisant de préférence l'expression plus courante de «stress».



© Communauté européenne, 2004

Une revue des interventions mises en œuvre sur le lieu de travail exécutée pour le compte de la Commission européenne a permis d'inventorier, dans les entreprises de plusieurs pays européens, diverses mesures de qualité [21] reposant parfois sur le travail en partenariat (voir l'exemple 2, p.32). Malgré la diversité des contextes, il devrait être possible d'appliquer certains de leurs éléments à d'autres situations.

Bien que dans les cas ci-dessus, les efforts aient consisté à aider les travailleurs à garder leur emploi, il apparaît toutefois également que la thérapie cognitivo-comportementale de groupe peut contribuer efficacement à améliorer la santé mentale et les perspectives d'emploi des chômeurs et à réduire le risque de dépression. Les interventions les plus efficaces sont celles qui visent à favoriser l'auto-efficacité dans la recherche d'un emploi, l'acquisition de compétences de gestion des émotions et des relations avec les autres et l'accroissement du soutien social [49].

Les interventions auprès des personnes âgées

Chez les personnes âgées, les principaux facteurs de risque de la dépression sont les troubles et les maladies qui portent atteinte à leur capacité à exécuter les actes de la vie quotidienne ainsi que l'affaiblissement de leurs réseaux relationnels. Il est possible de prévenir ou d'atténuer un grand nombre de ces facteurs par des interventions adaptées. Ces actions englobent un meilleur accès aux thérapies psychologiques, la promotion du bien-être dans la vieillesse par la prévention ou la réduction de la morbidité physique et du handicap et la mise en place de programmes d'aide et de soutien pour ceux qui traversent une crise (par exemple un deuil) [21].

Les individus et leurs familles

Souvent, en fait, les usagers ne prennent pas contact avec les services concernés: il est donc également important de les encourager à s'aider eux-mêmes. Ces efforts personnels peuvent consister à demander l'aide de leur famille, à choisir un passe-temps ou d'autres activités agréables qui leur donneront une meilleure estime d'eux-mêmes et des compétences leur permettant de faire face à la vie. L'accès au soutien familial, par exemple, s'est révélé efficace pour les personnes souffrant d'une dépression légère [50]. Cependant, l'efficacité et la rentabilité des stratégies de sensibilisation à ces techniques ne sont pas encore vraiment prouvées. L'apport d'un soutien aux membres de la famille permet parfois à ceux-ci de réduire leurs coûts, notamment en leur évitant d'avoir à renoncer à leur activité professionnelle pour s'occuper de leur proche.

Études de cas

Quatre exemples de démarches de promotion de la santé mentale et de traitement de la dépression sont présentés ci-dessous:

Exemple 1: De l'Alliance de Nuremberg au projet de l'Alliance européenne contre la dépression

Les premiers programmes éducatifs de proximité, notamment une étude suédoise à l'intention des généralistes, se sont révélés d'un impact positif limité sur les taux de suicide et les coûts économiques [51]. Les programmes de proximité adoptent de plus en plus une approche multiforme de la dépression comme le démontre une étude récente menée en Allemagne. Celle-ci visait à évaluer l'efficacité d'un programme destiné à améliorer la prise en charge des patients atteints d'une dépression à Nuremberg, une ville de 480 000 habitants. Une évaluation approfondie a été effectuée dans laquelle les résultats obtenus au bout de deux ans ont été comparés avec des données de base et avec les résultats d'une région témoin, la ville de Wuerzburg, comptant 270 000 habitants.



Le projet intervenait à quatre niveaux:

1. **Les généralistes:** des activités de formation au diagnostic et à la prise en charge de la dépression, des ateliers, une vidéo d'information et une ligne d'assistance spécialisée ont été mis en place.
2. **Les animateurs:** des ateliers et matériaux pédagogiques ont été créés à l'intention des enseignants, des centres de soutien psychologique, des membres du clergé, du personnel d'une permanence téléphonique, des psychothérapeutes, des services de police, des auxiliaires de vie des personnes âgées et des pharmaciens.
3. **Les patients et leurs familles:** 2 vidéos ont été réalisées et des groupes d'entraide mis en place. Une

carte portant un numéro d'urgence a été remise aux patients ayant commis une tentative de suicide, pour leur permettre d'accéder rapidement à un spécialiste en cas de crise suicidaire.

4. **Le grand public:** une campagne de relations publiques professionnelle a été organisée afin de promouvoir des informations sur la dépression, ses symptômes et son traitement. Elle s'est articulée notamment autour de présentations par des responsables politiques, de la distribution de 25 000 brochures et 100 000 dépliant, d'affiches et d'une publicité au cinéma. Un guide des médias en dix points a été préparé afin d'influencer la couverture médiatique des suicides et de réduire les risques de tentatives de suicide inspirées par d'autres.

L'évaluation de l'impact du projet indique que la suicidalité (suicides + tentatives de suicide) avait diminué considérablement (d'environ 26 %) à la fin des deux années de la campagne par rapport à la région témoin de Wuerzburg. Une analyse systématique n'a pas encore été effectuée.

Le programme est en cours d'expansion et sera mis en œuvre dans de nombreuses autres régions d'Allemagne ainsi que dans d'autres pays européens. Ce développement pourra se faire rapidement et à faible coût car les matériaux et le concept sont disponibles et faciles à adopter. Le projet de l'Alliance européenne contre la dépression (EAAD), financé par la Commission européenne et lancé en avril 2004, travaille désormais dans 16 pays (y compris certains nouveaux États membres) à l'élaboration de programmes d'action locaux semblables. Ces expériences locales serviront par la suite de point de départ pour des actions nationales.

Exemple 2: La promotion de la santé mentale sur le lieu de travail

Ce programme est destiné aux responsables d'un magasin à succursales multiples implanté dans l'ensemble du Royaume-Uni. Il vise les principaux objectifs suivants:

- améliorer la santé psychosociale et éliminer les stigmatisations associées aux problèmes de santé mentale sur le lieu de travail;
- améliorer les compétences, le bien-être et le comportement des responsables opérationnels
- mettre en place un mécanisme permettant de diagnostiquer les problèmes de santé mentale et d'intervenir le plus tôt possible;

- favoriser une attitude plus positive dans les magasins;
- améliorer la qualité de l'accueil des clients et la bonne volonté des employés;
- améliorer le taux de présence du personnel.

Le programme s'appuie sur plusieurs types d'interventions, y compris:

- l'apport d'une aide par le formateur visant à permettre de mieux comprendre les profils personnels détaillés des participants;
- l'enseignement de compétences cognitivo-comportementales visant à équiper les participants d'une panoplie de moyens;
- le développement de l'entraide au sein du groupe;
- la possibilité de prendre contact avec le formateur en dehors du travail en vue d'un soutien psychologique.

En plus de ce programme, la société, qui reconnaît depuis longtemps les problèmes associés au stress et à la dépression, a mis en place une stratégie à long terme visant à établir un environnement de travail de qualité et des tâches clairement définies. Un soutien psychologique professionnel est également disponible sur place et durant la période de réadaptation, la société modifie parfois les heures de travail des personnes qui ont dû renoncer à leur activité et la reprennent progressivement. Elle fournit également un soutien financier dans le cadre de son programme d'indemnités de maladie pour réduire l'anxiété causée par la diminution de ses revenus.

Exemple 3: Un programme national

«*Doing well by People with Depression*» est un programme national mis en œuvre dans sept circonscriptions sanitaires écossaises, qui a été lancé en 2003. Ce programme aborde l'amélioration des services à travers une collaboration avec plusieurs organisations locales, y compris le secteur associatif. Il reçoit du Centre for Change and Innovation (Centre pour l'innovation et le changement) de l'Exécutif écossais un soutien financier annuel de 2,3 millions d'euros (1,5 millions de livres) qui sera octroyé jusqu'en mars 2006. Le programme est coordonné à l'échelon national et collabore avec les systèmes de santé locaux à la refonte des services destinés aux personnes souffrant de dépression en vue d'améliorer leur santé mentale et leur bien-être et d'accroître leur accès à une série d'interventions locales s'appuyant sur des services de proximité et de médecine générale qui ont fait leurs preuves.

Le programme développera également les mesures de soutien et les capacités des patients à gérer eux-mêmes leurs problèmes pour contribuer à répondre à leurs besoins. Il augmentera aussi les capacités en matière

d'interventions psychologiques du secteur des soins primaires pour réduire les pressions qui s'exercent sur le secteur des soins secondaires et améliorer l'évaluation des symptômes et des problèmes associés. Cette démarche permet de mieux appréhender les besoins des patients et la séquence de soins ou de soutien dont ils ont besoin. Ils disposeront en outre d'un accès accru à tout un éventail de services et de mesures de soutien de proximité.

Le programme a établi un réseau de développement national qui soutiendra les sept circonscriptions financées et diffusera des informations aux neuf autres circonscriptions écossaises. Le réseau se réunit trois fois par an et ses membres échangent des informations sur leurs expériences et les progrès accomplis. Le programme fait actuellement l'objet d'une évaluation indépendante, menée par un groupement d'universités écossaises et par le Scottish Development Centre for Mental Health (Centre écossais de développement pour la santé mentale). Le rapport d'évaluation sera publié en mars 2006.

Pour toutes informations complémentaires sur le programme, consulter le site Web du Centre for Change and Innovation www.cci.scot.nhs.uk

Exemple 4: Le traitement de la dépression dans le secteur des soins primaires – «l'étude slovène de Gotland»

Cette étude en cours d'exécution avait pour objectif principal de montrer que la mise en œuvre d'un programme de formation intensif sur la dépression et la prévention du suicide à l'intention des généralistes peut aboutir à: (1) une amélioration considérable du dépistage de la dépression, accompagnée d'une augmentation parallèle du nombre d'ordonnances d'antidépresseurs; et (2) une amélioration considérable de la détection des risques de suicide, qui entraîne à son tour une réduction des taux de suicide.

Deux régions voisines caractérisées par des indicateurs sanitaires globalement semblables et possédant les taux de suicide parmi les plus élevés des régions slovènes ont été sélectionnées: Celje et Koroska comme région d'essai et Maribor comme région témoin. Les généralistes de la région d'essai ont été invités en grande majorité à assister au stage intensif sur la dépression (deux brèves conférences, suivies d'un atelier de plus longue durée).

L'efficacité du stage a été évaluée de deux façons: (1) en comparant les habitudes de prescription d'antidépresseurs et d'anxiolytiques (comparaison entre les deux groupes d'une part, et entre la période de quatre mois qui a suivi le programme d'éducation et la période de quatre mois correspondante de l'année précédente d'autre part); et (2) en comparant les taux de suicides à l'échelon régional (comparaison entre les régions d'une part, et entre les deux périodes spécifiées d'autre part). Les médecins qui avaient suivi le

programme de formation ont rédigé un nombre d'ordonnances d'antidépresseurs supérieur à celui de leurs confrères du groupe témoin (différence entre les deux périodes: 90 ordonnances supplémentaires dans le premier groupe vs. 23 ordonnances supplémentaires dans le groupe témoin; $t = 3,2$; $p = 0,002$; IC à 95 %: 25 - 108). Le rapport 2003/2002 en ce qui concerne le nombre d'ordonnances d'antidépresseurs est également beaucoup plus élevé dans le groupe du stage que dans le groupe témoin (2,5 vs. 1,5; $t = 2,4$; $p = 0,017$; IC à 95 %: 0,2 - 1,9). Nous observons en outre une bien plus forte augmentation du nombre d'ordonnances d'anxiolytiques dans le groupe du stage que dans le groupe témoin, mais pas de grosses différences entre les deux groupes pour le rapport 2003/2002 du nombre d'ordonnances d'anxiolytiques. En effet, les changements remarquables représentent une proportion nettement inférieure de l'ensemble des anxiolytiques

habituellement prescrits. Par conséquent, nous observons une différence marquée entre les deux groupes en ce qui concerne l'amélioration du rapport «nombre d'ordonnances d'antidépresseurs: nombre d'ordonnances d'anxiolytiques», qui est de 1,8 dans le groupe du stage vs. 1,4 dans le groupe témoin ($t = 2,2$; $p = 0,027$; IC à 95 %: 0,5 - 0,7).

Pour la période étudiée, les taux de suicides régionaux n'ont pas encore été obtenus. Comme cette étude n'est pas terminée, il est impossible d'en tirer des conclusions importantes. Cependant, la forte augmentation du nombre d'ordonnances d'antidépresseurs est prometteuse et démontre de manière convaincante l'utilité d'une amélioration du diagnostic et du traitement de la dépression, qui peut à son tour entraîner une diminution des taux de suicide dans les deux régions.

Chapitre 5

Mise en œuvre: les problèmes et les solutions possibles

- La lutte contre la dépression doit faire partie intégrante d'une stratégie pour la bonne santé mentale.
- La société a parfois peu conscience et une médiocre compréhension de la dépression et de l'importance d'un vrai bien-être mental de la société.
- Les stigmatisations et l'ignorance peuvent dissuader les responsables d'investir dans des stratégies en matière de santé mentale.
- Il est possible d'améliorer le dépistage de la dépression et du risque de dépression par les employeurs de première ligne, les enseignants, les travailleurs sociaux, les généralistes et d'autres professionnels connexes.
- L'instauration d'un dialogue et d'un partenariat avec toutes les parties intéressées favorise le développement d'une politique nationale ou régionale de promotion de la santé mentale.
- La création de «défenseurs» locaux clés facilite parfois la mise en œuvre des politiques.
- Les actions mises en œuvre dans différents secteurs et à différentes périodes de la vie doivent être coordonnées.
- Les Européens doivent échanger leurs connaissances concernant les actions efficaces et les meilleures pratiques.

Malgré l'existence d'interventions efficaces (comme celles mentionnées dans le chapitre 4), la mise en œuvre des stratégies de lutte contre les conséquences négatives de la dépression pour la santé, la société et l'économie demeure problématique, comme le démontrent de la manière la plus évidente les nombreux besoins non satisfaits des personnes souffrant de troubles dépressifs. Les solutions proposées suscitent fréquemment des controverses quant à l'augmentation des services de santé mentale, qui prétendent, souvent à raison, qu'ils manquent de ressources.

Bien que cela soit indiscutable et que les services de soins de santé aient un rôle important à jouer dans la prévention primaire/secondaire de la dépression, il est également essentiel d'investir dans des stratégies globales qui ciblent l'ensemble de la collectivité et favorisent un bien-être mental positif. Ces stratégies doivent accorder une attention spéciale à des stades de la vie et périodes de transition particuliers (par exemple l'école, le lieu de travail et le départ en retraite), durant lesquels les risques de dépression et d'autres problèmes de santé mentale sont les plus élevés.

L'une des difficultés touche à l'insuffisance des moyens consacrés aux interventions de promotion de la santé et de l'hygiène publique, dont les effets ne se font pas sentir immédiatement. La

deuxième est de faire en sorte que les pouvoirs publics reconnaissent la nécessité d'intégrer la santé mentale aux stratégies de promotion de la santé et de l'hygiène publique. Il faut également sensibiliser le public à la valeur d'une bonne santé mentale et d'un bien-être mental positif, mieux l'informer sur la manière de garder une bonne santé mentale et améliorer la détection précoce des signes avant-coureurs et des symptômes de la dépression et d'autres problèmes de santé mentale. Cette sensibilisation contribuerait également à réduire les problèmes importants de stigmatisation et de discrimination qui risquent, entre autres, de dissuader les personnes atteintes de demander de l'aide par crainte d'être étiquetées et qui empêchent parfois le public de soutenir le financement d'interventions visant à améliorer la santé mentale. Un autre problème à résoudre est celui de l'image négative et dénaturée des personnes atteintes de troubles mentaux trop souvent donnée par les médias.

Il est également nécessaire de mettre en place un réseau de soutien efficace pour les personnes qui souffrent de troubles mentaux et pour leurs familles, afin les aider à en éviter les effets négatifs. Il faut convaincre les employeurs des avantages de l'introduction de programmes de promotion de la santé sur le lieu de travail et de la mise en place de dispositions de travail flexibles et persuader le système d'enseignement de l'utilité des dispositifs scolaires de dépistage précoce des troubles de l'enfance. La publication de guides pratiques à l'intention des personnes vulnérables peut aussi être utile dans le cadre d'une stratégie coordonnée de prévention des suicides.

Il est crucial d'établir une coordination entre les différents organismes du secteur professionnel et non-gouvernemental chargés de fournir des services de soins et d'accompagnement divers. La création de partenariats efficaces entre des groupes différents ne va pas sans difficultés, notamment s'ils ne sont pas habitués à collaborer. Aux problèmes que présente la mise en œuvre d'une communication adéquate et d'une collaboration à des objectifs communs, s'ajoutent aussi parfois des différences au niveau des modes de financement.

Bien que les investissements dans des stratégies visant à promouvoir et à préserver la santé mentale jouent un rôle important, il est essentiel de pouvoir dépister le plus tôt possible les troubles de la santé mentale tels que la dépression. À cet effet, on peut notamment veiller à ce que les généralistes et les auxiliaires médicaux de première ligne, ainsi que d'autres professionnels tels que les travailleurs sociaux, apprennent à reconnaître les signes et symptômes de la dépression. Sans ce dépistage, il arrive que certains patients ne bénéficient pas du traitement et de l'accompagnement dont ils ont besoin. On estime que de 30 à 87 % des suicides sont commis par des déprimés dont les besoins n'ont pas été reconnus.

La bonne mise en œuvre de ces stratégies nécessitera d'éliminer les causes des lacunes observées dans les mesures de promotion d'une santé mentale globale et d'un bien-être positif. En outre, ces stratégies aideront non seulement les professionnels de la santé et de la protection sociale, mais aussi tous ceux qui œuvrent à une plus grande inclusion sociale des personnes atteintes de problèmes de santé mentale à mieux les connaître et à mieux les comprendre.

Facteurs contribuant aux insuffisances actuelles

Certains des problèmes à résoudre concernant différents groupes cibles, dans différents contextes et à différentes périodes de la vie sont soulignés ci-dessous:

Conscience et compréhension du grand public

- Les stigmatisations associées à la dépression, qui peuvent dissuader les personnes atteintes de cette maladie de prendre contact avec les services de santé et de protection sociale ou de demander une aide à l'école ou sur le lieu de travail. Ces stigmatisations sont quelquefois renforcées par les comptes rendus négatifs qui paraissent dans les médias.
- Les stigmatisations, qui rendent parfois plus difficile pour les responsables politiques d'augmenter les ressources consacrées à la promotion d'une bonne santé mentale.
- L'ignorance des précautions à prendre pour conserver sa santé mentale et son bien-être et le manque de connaissances sur la dépression, ses signes et ses symptômes, ainsi que sur la gravité éventuelle de ses conséquences négatives.
- La crainte d'entrer en contact avec les services de soutien en raison des stigmatisations liées aux problèmes de santé mentale. Les craintes et l'ignorance concernant les traitements.
- Un manque de soutien et d'informations pour les familles de personnes atteintes de dépression.

À l'école

- Le nombre limité de programmes et stratégies mis en œuvre dans les écoles pour promouvoir une bonne santé mentale et le bien-être et pour faciliter le dépistage des enfants atteints de problèmes de santé mentaux et une prise en charge précoce.
- Le manque d'actions visant à empêcher les enfants d'avoir une image négative de leur corps et de services d'aide et d'accompagnement pour les problèmes tels que les brimades.

Sur le lieu de travail

- Le fait que, parfois, les employeurs n'ont pas conscience de l'effet du stress et de la dépression sur la productivité et ne connaissent pas les stratégies peu coûteuses qui permettent de promouvoir une santé positive sur le lieu de travail et d'aider les salariés à faire face à ces troubles.
- La répugnance des employeurs à créer de tels programmes par crainte qu'ils n'engendrent une publicité négative concernant la santé mentale de leurs salariés et ne provoquent des problèmes avec les syndicats et les salariés.
- L'hésitation des salariés à participer à des programmes de promotion de la santé et de dépistage par crainte d'être classés parmi les malades mentaux.

Les différents organismes œuvrant dans le domaine de la santé et de la protection sociale et dans des secteurs connexes: ressources, coordination et accès

- Infériorité des moyens financiers consacrés par certains pays européens aux services de promotion de la santé mentale, de soins et de réadaptation par rapport aux services de santé et de protection sociale, ce qui reflète une fois de plus la priorité inférieure accordée aux troubles de la santé mentale.
- Existence d'une coordination et d'une coopération insuffisantes entre les nombreux organismes et parties prenantes qui interviennent dans la prévention et le traitement de la dépression, notamment les systèmes de santé et de protection sociale, les établissements scolaires, les lieux de travail, le système de justice pénale etc.
- Compréhension limitée et difficultés de la mise en œuvre de services relatifs à la promotion de la santé mentale.
- Raisons insuffisantes pour inciter les responsables de budget à collaborer, en particulier quand d'autres secteurs retirent les bénéfices financiers de leurs efforts (par la réduction des problèmes relatifs à la dépression).

Soins primaires

- Capacités parfois limitées des généralistes à reconnaître et à prendre en charge la dépression. De ce fait, ils ne savent pas toujours quels sont les traitements disponibles, ni quelle est leur efficacité (y compris les thérapies non médicamenteuses).
- Tendances des personnes qui consultent leur médecin à insister parfois sur leurs symptômes physiques ce qui rend le diagnostic difficile.

- Répugnance de nombreux généralistes à diagnostiquer la dépression, qui demande beaucoup de temps et peut leur causer des difficultés émotionnelles, notamment lors d'idées suicidaires.
- Répugnance à donner à une personne une étiquette de «malade mental».

Les solutions à ces problèmes

Les actions contre la dépression nécessitent des interventions à plusieurs niveaux non seulement dans le secteur de la santé et de la protection sociale, mais aussi plus généralement dans la société. La lutte contre la dépression ne doit pas être considérée isolément, mais comme un élément clé d'une stratégie visant à promouvoir un vrai bien-être. En améliorant la qualité de la vie et en réduisant d'autres conséquences socioéconomiques négatives, une telle stratégie, au niveau européen, est conforme aux avantages socioéconomiques envisagés dans l'agenda de Lisbonne. Il est aussi important de reconnaître que l'état de santé mental dépend d'un large éventail de facteurs déterminants: la situation économique, la pauvreté, le développement des institutions de la société civile, les attitudes envers l'immigration, les facteurs environnementaux, l'accès au système de protection sociale, pour n'en nommer que quelques-uns.

Les mesures contre la dépression permettront de prévenir et d'inventorier plus facilement d'autres problèmes de santé mentale (et des problèmes de santé en général). Bien qu'ici nous nous intéressions surtout à la promotion et à la prévention, toute stratégie générale mise en œuvre au niveau national et local devra aussi aborder des problèmes tels que l'intervention précoce, le traitement et la réadaptation.

Malgré l'existence d'interventions efficaces qui permettent de lutter contre la dépression dans la collectivité, sur le lieu de travail, à l'école et dans les foyers et présentent en outre des avantages économiques positifs, il reste très difficile de persuader les décideurs de la nécessité d'investir dans des stratégies de prévention de la dépression. L'élaboration d'une stratégie de mise en œuvre est cruciale tout d'abord pour faire prendre conscience des problèmes sanitaires, sociaux et économiques causés par la dépression aussi bien à l'échelon national que communautaire, et deuxièmement pour transformer les actions efficaces en des pratiques quotidiennes.

Un cadre pour l'action européenne, nationale, régionale et locale

Les *acteurs clés* intervenant aux niveaux européens, nationaux/régionaux et locaux susceptibles de mettre en œuvre un plan doivent être identifiés. Ils regroupent *les professionnels, les usagers et leurs familles, les employeurs, les représentants des médias et le grand public*. Des informations

adaptées devront alors leur être communiquées. Cela nécessitera l'instauration d'un dialogue entre les parties intéressées, ce qui donnera la possibilité de tenir compte des différents points de vue dignes d'être pris en considération dans le contexte local. Cette démarche leur permettra de se sentir plus responsables des actions possibles et les incitera à modifier et à améliorer les politiques et pratiques locales. Quelques objectifs clés possibles sont définis ci-dessous.

Objectifs clés: sensibilisation et élaboration des politiques

- *Sensibilisation* aux difficultés de la prévention de la dépression et de la promotion du bien-être mental dans toutes les catégories ainsi qu'à leurs avantages pour la santé, la société et l'économie.
- Mise en œuvre d'initiatives communautaires pour *réduire les stigmatisations* associées aux problèmes de santé mentale.
- *Intégration de la promotion de la santé mentale aux politiques européennes, nationales et locales*, suivie par l'élaboration de *stratégies et de plans de mise en œuvre* fondés sur les faits, *visant à lutter contre la dépression* et tenant compte de la rentabilité, de l'équité, des valeurs individuelles et de l'éthique.
- *Acceptation par les professionnels et par les usagers des services* des stratégies recommandées et de la nécessité de mieux coordonner l'action.
- *Reconnaissance par les employeurs* des avantages offerts par un environnement de travail flexible et approprié permettant aux individus de garder leur emploi ou de le reprendre, ainsi que de réduire l'absentéisme, le chômage et le départ en retraite anticipée ou le recours aux pensions d'invalidité.

Objectifs clés: avoir un impact «sur le terrain»

- Renforcement de la *législation* pour réduire les discriminations et promouvoir l'inclusion sociale dans tous les contextes, y compris le lieu de travail, le domicile, l'école et les loisirs.
- *Fourniture, aux personnes* pouvant rencontrer des problèmes d'information, des moyens qui les aideront à garder une bonne santé mentale, ainsi qu'à obtenir des informations et à recevoir le soutien approprié.
- Facilitation de *l'élaboration de plans locaux de promotion de la santé mentale* (y compris des stratégies de prévention du suicide) permettant de satisfaire à des objectifs nationaux/régionaux.
- Stimulation de la *création de partenariats* entre les parties prenantes de différents secteurs.
- *Amélioration de la capacité des généralistes et d'autres professionnels de première ligne* à dépister la dépression et les problèmes connexes.

- *Amélioration des liens entre les services de soins primaires et d'autres services de soutien appropriés*, tels que les services d'orientation et de protection sociale, pour les inciter à orienter leurs usagers vers les services appropriés d'autres secteurs, peut-être en regroupant ces services sous le même toit.
- Création d'un *système de suivi* pour faciliter la mesure du succès des stratégies de réduction de la dépression et d'amélioration de la santé mentale.
- Introduction de mécanismes d'échange des informations et des données dans les pays et entre eux sur les stratégies possibles, leur impact et leur rentabilité.

Intégration de la promotion de la santé mentale et du bien-être aux politiques nationales et régionales

Une des mesures essentielles à prendre au niveau national et/ou régional consiste à intégrer la promotion de la santé mentale et du bien-être aux politiques générales en matière de santé physique et mentale. Cette mesure peut permettre de faire en sorte que les stratégies visant à réduire les conséquences de la dépression ne se limitent pas au traitement des personnes déjà malades. Pour être efficaces, les politiques en matière de santé mentale présupposent un engagement en faveur de l'amélioration de la santé et de la prévention, voire d'objectifs et principes plus généraux de la société, tels que la justice sociale. Le soutien officiel accordé à ces objectifs plus généraux peut également contribuer à l'élaboration de programmes et de stratégies visant à développer la coordination entre les organismes et à faire en sorte que la promotion de la santé mentale soit mieux connue et bénéficie d'une plus grande priorité. Par son titre même, le *National Programme for Improving the Mental Health and Well-Being of the Scottish Population* (programme national pour l'amélioration de la santé mentale et du bien-être de la population écossaise) est un exemple d'une approche stratégique de l'hygiène mentale publique, qui privilégie la santé mentale et le bien-être ainsi que leur maintien [52].

Coordination des actions à travers différents secteurs publics

Les politiques et programmes nationaux peuvent élaborer des stratégies adaptées à différents secteurs publics et à différentes périodes de la vie (par exemple santé, protection sociale, éducation, emploi et logement). En Nouvelle-Zélande, *Building on Strengths*, une politique nationale globale de promotion de la santé mentale, définit la philosophie, les valeurs, les principes, les objectifs, les actions prioritaires et les résultats visés à travers différents secteurs, pas seulement celui de la santé [53].

La nomination d'un coordinateur national ou régional responsable d'élaborer et de mettre en œuvre une stratégie de promotion de la santé mentale peut contribuer à inciter les différents organismes et secteurs à collaborer. Le coordinateur peut aussi jouer le rôle de «défenseur» auprès des pouvoirs publics et faire en sorte que des ressources suffisantes soient disponibles pour les actions. Ainsi, au Royaume-Uni, le National Director of Mental Health (directeur national de la santé mentale) est chargé de veiller à la mise en œuvre d'un cadre stratégique national de la santé mentale axé sur des stratégies fondées sur les faits et sur la promotion de la santé mentale ; il élabore également des normes nationales pour l'action entreprise dans les services.

Une diffusion ciblée et appropriée

Les informations sur la promotion de la santé mentale et la dépression, doivent atteindre de nombreux groupes différents. Pour les décideurs, les efforts porteront sur de brefs résumés **d'une page** décrivant les actions clés nécessaires et leur justification plutôt que sur de longs rapports techniques, qui seront lus seulement par un cercle restreint de personnes. La meilleure chose à faire serait de produire un résumé d'une page, une synthèse stratégique de trois ou quatre pages et un rapport détaillé de 25 pages au maximum, qui pourrait contenir au besoin des références à une documentation d'appui plus détaillée. Parfois, plusieurs résumés devront être préparés en tenant compte des publics visés. Les directives sont plus efficaces si elles précisent qui en sera responsable, ce qui devra être effectué, où et comment [54]. Les informations émanant de collègues ont plus de chance d'être prises au sérieux. Le «programme ambassadeur» du Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU – Conseil suédois sur l'évaluation de la technologie dans le secteur des soins de santé) emploie une trentaine de professionnels de la santé, qui parcourent le pays en diffusant des informations sur les conseils et les meilleures pratiques. Au niveau public, l'incorporation d'intrigues faisant intervenir la dépression et les problèmes connexes à des émissions populaires de télévision et de radio telles que les feuillets peut également jouer un rôle utile. Des conseils et les coordonnées de personnes à contacter peuvent être donnés à la fin de ces émissions.

La réduction des stigmatisations

Il reste un problème crucial à résoudre: les stigmatisations et discriminations qui dissuadent parfois les responsables d'investir dans des programmes efficaces de santé mentale. L'identification de «défenseurs locaux», de parties prenantes clés ou de modèles qui s'intéressent particulièrement à la dépression (peut-être à cause d'une expérience personnelle) peut contribuer à sensibiliser le public et à stimuler son intérêt. Tel est l'effet qu'a produit l'annonce du premier ministre norvégien qu'il avait dû prendre un congé de maladie pour dépression. Elle a contribué à réduire les stigmatisations

qui existaient au niveau national, tout en donnant une impulsion à l'élaboration d'une nouvelle stratégie nationale en matière de santé mentale [55]. Il pourrait être utile en outre d'instaurer un dialogue constructif avec les médias pour les inciter à éviter les grands titres à sensation, qui donnent une idée erronée des problèmes de santé mentale, car d'après certaines données, le portrait qu'ils dressent exerce une influence négative sur les attitudes du public et des responsables politiques [56].

La législation

La législation a également un rôle important à jouer dans les efforts pour réduire les discriminations envers la dépression et d'autres problèmes de santé mentale dans tous les domaines de la société. La bonne mise en œuvre de la législation sur le lieu de travail peut diminuer les discriminations et inciter les salariés et les syndicats à se montrer plus ouverts concernant les problèmes de santé mentale sans craindre les pertes d'emplois.

Les objectifs, le suivi et l'évaluation

Les objectifs relatifs à la santé mentale permettent parfois d'améliorer la performance et soulignent l'importance priorités et objectifs particuliers [57]. Dans certains pays, des objectifs sanitaires globalement liés à la promotion de la santé mentale ont été établis, notamment concernant la réduction du taux de suicide, mais il existe également un besoin urgent d'indicateurs concernant la santé mentale et le bien-être. Un projet de suivi de la santé soutenu récemment par la Commission européenne a établi un ensemble exhaustif d'indicateurs de la santé mentale privilégiant sa promotion [58].

La durabilité à long terme des actions de promotion de la santé visant à réduire la dépression sera renforcée si l'on peut démontrer leur efficacité par rapport à la réalisation des objectifs visés et à l'amélioration de la santé et si l'on peut en estimer le coût socioéconomique avec fiabilité. La mise en place de systèmes de suivi et de recueil des données permettra également de mener à l'avenir des évaluations de plus grande envergure. Comme l'impact de nombreuses actions, en particulier celles visant à réduire les stigmatisations et à promouvoir le bien-être, ne se fera pas sentir immédiatement, leur évaluation devra être effectuée à long terme. Lorsque les effets favorables se font sentir plus rapidement, par exemple sur le lieu de travail, il sera parfois possible de mener des évaluations à court terme pour démontrer le succès de la stratégie.

Liens entre les conclusions des travaux de recherche sur la promotion de la santé mentale et les politiques et pratiques

Les informations fournies par les travaux de recherche doivent être prises en compte dans l'élaboration des politiques en matière de santé mentale. La traduction des résultats de recherche en politiques et pratiques pourrait être facilitée par le recours à des «*courtiers de connaissances*», c'est-à-dire des personnes possédant des compétences à la fois en matière de recherche et d'élaboration de politiques, qui leur permettent de sélectionner dans les travaux de recherche les conclusions présentant un intérêt pour les politiques. Un tel dialogue contribuerait à faire en sorte que les travaux de recherche présentent une utilité pour les politiques et que des réponses puissent être trouvées aux questions de recherche soulevées par les politiques.

Il sera également utile de disposer au niveau national et international d'un système d'échange des données sur l'efficacité et le coût de différentes actions. Il n'est pas nécessaire de réinventer la roue pour optimiser les capacités éventuellement limitées d'évaluation et de recherche au niveau national et international. Elles pourront alors être utilisées pour le transfert et l'adaptation d'actions réussies d'un contexte particulier à d'autres contextes et pays ainsi que pour l'évaluation de leur impact social et économique à l'échelle internationale.



© Communauté européenne, 2004

Chapitre 6

Conclusions

«Les coûts de l'inaction face à la dépression sont trop importants. Il est impossible de rester passif.»

Les diverses actions menées par la Commission européenne en collaboration avec l'OMS et les États membres répondent à l'engagement pris dans le programme de santé publique, récemment établi par la CE, de mener une action contre la dépression. Ce programme reconnaît que la lutte contre la dépression constitue un problème de santé publique.

Dans ce contexte, des actions doivent être menées dans l'ensemble des populations et des systèmes de service ainsi qu'en soutien des interventions et de l'accompagnement des familles et des individus. Elles doivent porter autant sur la bonne santé mentale et le bien-être que sur l'amélioration de la qualité de la vie des personnes atteintes de dépression, afin de faciliter leur rétablissement.

La dépression est un terme utilisé couramment dans la langue courante pour décrire des sentiments de tristesse, de mécontentement, de désespoir, de découragements et de mésestime de soi. Ces réactions sont jugées normales face aux événements et aux agressions de la vie quotidienne. Cependant, pour certaines personnes, la persistance dans le temps de ces sentiments et de leurs symptômes, ainsi que les troubles de la concentration et l'incapacité à accomplir les gestes de la vie quotidienne, mène à la manifestation clinique d'une maladie mentale reconnaissable, susceptible d'un diagnostic.

En tant que maladie, la dépression représente l'aboutissement de plusieurs facteurs, réunissant des éléments, des causes et des influences neurologiques, psychologiques, biologiques et sociaux.

Elle représente aujourd'hui en Europe l'un des problèmes de santé les plus sérieux. Elle est parfois grave et souvent dangereuse.

La dépression coûte cher à la société. Elle a un impact sur la richesse économique et la productivité ainsi que sur l'emploi et la vie professionnelle, elle grève les budgets des systèmes de santé et de protection sociale et nuit non seulement à ceux qui en sont atteints, mais aussi à leur famille et à ceux qui les soignent.

Il existe des interventions efficaces permettant de promouvoir la santé mentale et de lutter contre la dépression dans la collectivité, sur le lieu de travail et dans le contexte des soins primaires et secondaires.

Ces mesures portent à un plus grand optimisme. Nous connaissons aujourd'hui beaucoup mieux les mesures qui donnent de bons résultats auprès du grand public, celles qui sont efficaces dans les systèmes de services, sur les lieux de travail, à l'école et dans la collectivité et celles qui aident les individus à prévenir et à traiter la dépression et à se rétablir.

Conformément aux paramètres établis par le traité sur l'Union européenne pour les politiques, les interventions doivent consister à sensibiliser et informer le public, à promouvoir une santé mentale positive, à éliminer les stigmatisations et à prendre des mesures pour prévenir et réduire l'impact de

la dépression en se concentrant sur ses causes et ses conséquences. Tel est le défi en matière d'hygiène publique qui doit être relevé.

Parallèlement, dans les États membres, des efforts suivis doivent être entrepris pour mettre en place, dans la prise en charge et le traitement cliniques de la dépression, une approche reposant sur l'effort personnel, la thérapie interpersonnelle et cognitive et la pharmacothérapie. Il est également nécessaire d'améliorer les capacités de divers professionnels et d'autres travailleurs à dépister, à évaluer et à traiter la dépression.

Bien que les connaissances se développent, il convient d'accorder plus d'attention aux évaluations systématiques, à long terme et approfondies des interventions cliniques et des stratégies axées sur la population, y compris de leurs dimensions économiques. Des exemples d'évaluations de ce type existent déjà. Des projets de proximité axés sur l'action telle que «l'Alliance européenne contre la dépression» (EAAD) ont été mis en œuvre pour démontrer qu'il est possible d'améliorer considérablement le processus et la qualité de l'évaluation au moyen d'une meilleure collaboration internationale et du partage et du transfert des meilleures pratiques.

Interpeller la société pour qu'elle reconnaisse la dépression comme une maladie susceptible d'être soignée et guérie demande des efforts plus grands d'information et de sensibilisation.

La lutte contre la dépression ne doit pas être envisagée isolément cependant, mais considérée comme un élément essentiel d'une stratégie visant à promouvoir un bien-être positif et à prévenir et soulager les troubles de la santé mentale. L'adoption, pour atteindre cet objectif en matière de santé publique, d'une démarche axée sur le cycle de vie et les contextes mettra en lumière les efforts de coordination et de communication que devront consentir les secteurs et les organismes.

Il est également essentiel de faire en sorte que la dépression soit reconnue comme une maladie et d'améliorer l'accessibilité et l'acceptabilité des services et mesures d'accompagnement fournis. Cela nécessitera de la part des travailleurs du secteur primaire une meilleure capacité à réagir efficacement.

L'élimination du fléau des stigmatisations et des discriminations demeure essentielle pour faciliter la mise en œuvre d'actions contre la dépression.

La réalisation de l'objectif européen d'une amélioration de la santé publique et l'intégration de l'idéal d'une meilleure protection de la santé humaine à toutes les actions et politiques communautaires, en complément des actions des États membres, définit les actions prioritaires à mener dans la lutte contre la dépression dans toute l'Europe.

Recommandations

L'article 152 du traité stipule que l'action de la Communauté, qui complète les politiques nationales, porte sur l'amélioration de la santé publique et la prévention des maladies et des affections humaines et des causes de danger pour la santé humaine. Cette action comprend également la lutte contre les grands fléaux, en favorisant la recherche sur leurs causes, leur transmission et leur prévention ainsi que l'information et l'éducation en matière de santé. L'action de la Communauté dans le domaine de la santé publique respecte pleinement les responsabilités des États membres en matière d'organisation et de fourniture de services de santé et de soins médicaux.

La dépression constitue un problème de santé publique majeur dans toute l'Europe et tous les États membres. Il est nécessaire de poursuivre l'amélioration des programmes de santé locaux visant à lutter contre les conséquences négatives de la dépression pour la santé, la société et l'économie. Des innovations et des actions s'imposent à présent, en complément de celles qui relèvent de la responsabilité des États membres, concernant l'organisation et la mise en œuvre des services de santé.

Les recommandations à l'intention des **Etats membres** basées sur le rapport «Actions contre la dépression» sont les suivantes:

Action politique nationale

Prendre des mesures contre la dépression dans le cadre d'une approche globale de la santé (mentale) publique au niveau de la population. Cette approche doit reposer sur les principes suivants:

- Les interventions mises en œuvre au niveau de la population et de l'individu doivent viser à sauver des vies et à accroître la qualité de la vie, à améliorer la santé et à augmenter le bien-être de la population et des individus.
- Les États membres doivent tenir compte des besoins spécifiques des catégories et des personnes qui, pour des raisons particulières, courent un plus grand risque de dépression (en raison notamment de leur catégorie sociale, de leur environnement, de leur profession, de leur mode de vie, de leurs circonstances de vie, de leur sexe, de leur appartenance ethnique, de leur sexualité, de leurs gènes).

2. Mettre en œuvre des actions durant l'ensemble du cycle de vie, de la petite enfance au troisième âge en passant par l'enfance, le début de l'âge adulte et la vie active.

3. Adopter une approche axée sur plusieurs niveaux et secteurs comportant les éléments essentiels suivants:

- identification et dépistage précoces de la dépression;
- action au niveau des soins primaires visant à améliorer le diagnostic, l'évaluation, le traitement et l'orientation des patients;
- mise en place de programmes publics d'éducation, de sensibilisation et de lutte contre les stigmatisations dans les écoles, sur les lieux de travail, au sein de la collectivité et dans les médias;
- création de programmes d'entraide et
- mise en place de programmes de formation et recyclage pour divers travailleurs des services de santé et de services connexes.

4. Mise en place d'une promotion de la santé mentale pour informer et sensibiliser le public sur la dépression et réduire les stigmatisations et discriminations subies par les personnes souffrant d'une dépression.

5. Soutien pour le recueil et la diffusion de données et de nouveaux travaux de recherche sur la lutte contre la dépression.
6. Recueil de données et d'informations nationales sur l'incidence et les tendances de la dépression. Suivi de l'impact des politiques et programmes nationaux contre la dépression.
7. Rapport à la Commission sur ces recommandations dans les trois ans suivant leur adoption.

Les recommandations à l'intention de la **Commission** basées sur le rapport «Actions contre la dépression» comprennent les suivantes:

Programme de santé publique

1. Mise en place d'actions contre la dépression au moyen du programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique.
2. Mise en place d'une méthodologie de recueil, à l'échelle européenne, de données sur l'incidence de la dépression et les tendances émergentes dans les États membres.
3. Assurer le recueil systématique de données relatives à des interventions efficaces axées sur la population et les individus pour prévenir et traiter la dépression.
4. Assurer le développement d'indicateurs et d'outils d'évaluation économique de la rentabilité et de l'efficacité destinés à mesurer l'impact des interventions axées sur la population et les individus pour prévenir et traiter la dépression.
5. Soutenir l'échange des politiques et pratiques à travers les États membres et entre eux de telle manière que l'échange des meilleures pratiques et des connaissances acquises ajoute une valeur aux efforts propres des États membres.

Rapport de mise en œuvre et suivi

Un rapport sur ces recommandations sera transmis à la Commission dans les trois ans qui suivront leur adoption.



© Communauté européenne, 2004

Remerciements

Le présent rapport a été commandé par l'unité C2 de la DG Santé et protection des consommateurs de la Commission européenne. Il vise à fournir en temps opportun une description à jour des actions contre la dépression dans le but de mettre en lumière les travaux déjà accomplis dans ce domaine et d'ouvrir la voie pour des actions futures.

Un «groupe de rédaction» a été établi pour l'exécution ce travail. Les membres du groupe ont été sélectionnés sur la base de leur expertise concernant divers aspects du phénomène en question. Un équilibre a été respecté entre les personnes issues de l'enseignement supérieur et celles travaillant au niveau administratif. Les membres du groupe étaient:

M. Horst Kloppenburg (président), *Commission européenne, DG SANCO/C2, Luxembourg*

Prof. Wolfgang Gaebel (*Université de Düsseldorf, Düsseldorf, Allemagne*)

Prof. Ulrich Hegerl (*Ludwig-Maximilians-Universität München, München, Allemagne*)

M. Gregor Henderson (*Mental Health and Well-Being, Exécutif écossais, Édimbourg, Écosse*)

D^r John Henderson (*Mental Health Europe-Santé Mentale Europe, Haddington, Écosse*)

D^r Karl Kuhn (*Institut fédéral pour la santé et la sécurité au travail, Dortmund, Allemagne*)

D^r Juha Lavikainen (*Centre national de recherche et de développement pour les affaires sociales et sanitaires, STAKES, Helsinki, Finlande*)

M. David McDaid (*London School of Economics, Londres, Angleterre*)

M^{me} Leen Meulenbergs (*Service public fédéral, Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, Bruxelles, Belgique*)

D^r Wolfgang Rutz (*Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague, Danemark*)

M. Jürgen Scheftlein, *Commission européenne, DG SANCO/C2, Luxembourg (à partir du 1^{er} janvier 2004)*

Prof. Armin Schmidtke (*Université de Würzburg, Würzburg, Allemagne*)

Les membres du groupe de travail sur la santé mentale de la CE, un groupe informel créé dans le contexte du programme communautaire d'action dans le domaine de la santé publique (2003-2008), ont été invités à soumettre leurs observations sur le manuscrit.

Au cours des travaux, la responsabilité principale du rapport a été confiée à un «groupe de base» composé du D^r J. Henderson, de M. G. Henderson, du D^r Juha Lavikainen et de M. McDaid. La version finale du rapport est le fruit de la collaboration de ce groupe.

Le groupe de base s'est réuni plusieurs fois avec des responsables de la Commission pour évaluer les progrès et décider de l'orientation et de la rédaction définitive du rapport. La contribution de ce groupe a été particulièrement importante durant les stades finals de la production du rapport.

Références

1. BluePages: Informations sur la dépression <http://bluepages.anu.edu.au/symptoms.html>
2. Factsheet de l'OMS EURO/03/03.
3. Jamison K. R., «Suicide and bipolar disorder», *Journal of Clinical Psychiatry*, 61 Suppl 9:47-51, 2000.
4. Lönnqvist 2000. Psychiatric aspects of suicidal behaviour: Depression. In: Hawton K, van Heeringen K ed. Suicide and attempted suicide. Sussex: John Wiley & Sons, Ltd, pp.107-120.
5. Murray C., Lopez A., *The Global Burden of Disease*, Harvard University Press, Harvard, 1996.
6. Classification internationale des maladies (ICD-10), Organisation mondiale de la santé.
7. Rosenbaum J. F., Hylan, T. R., «Costs of depressive disorders: a review», *Depressive Disorders*, 21, 1999, p.401-449,
8. Ramos F., Sennfelt J., Amaral M. J., Valente P., «Economia da saúde e saúde mental: Os custos da depressão», *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 14, 1996, p. 53-68.
9. Thomas C. M., Morris S., «Cost of depression among adults in England in 2000», *British Journal of Psychiatry*, 183, 2003, p. 514-519.
10. Greenberg P. E., Kessler R. C., Birnbaum H. G., Leong S. A., Lowe S. W., Berglund P. A., Corey-Lisle P. K., «The economic burden of depression in the United States: how did it change between 1990 and 2000?», *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 2003, 1465-1475.
11. Berto P., D'Ilario D., Ruffo P., Di Virgilio R., Rizzo F., «Depression: cost-of-illness studies in the international literature, a review», *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 3 (1), 2000, p. 3-10.
12. Knapp M., McCrone P., Fombonne E., Beecham J., Wostear G., «The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression: 3. Impact of comorbid conduct disorder on service use and costs in adulthood», *British Journal of Psychiatry*, 180, 2002, 19-23.
13. Scott S, Knapp M, Henderson J, Maughan B. «Financial cost of social exclusion: follow up study of antisocial children into adulthood», *British Medical Journal*, 323, 2001, p. 191-196.
14. Kessler R. C., Barber C., Birnbaum H. G., Frank R. G., Greenberg P. E., Rose R. M., Simon G. E., Wang P., «Depression in the workplace: effects on short-term disability», *Health Affairs* 18(5), 1999, p. 163-171.
15. Almond S., Healey A. «Mental health and absence from work: new evidence from the UK Quarterly Labour Force Survey», *Work Employment and Society*, 17(4), 2003, p. 731-742.
16. Birnbaum H. G., Leong S. A., Greenberg P. E., «The economics of women and depression: an employer's Perspective», *Journal of Affective Disorders*, 74, 2003, p. 15-22.
17. Dewa C. S., Goering P., Lin E., Paterson M., «Depression-related short-term disability in an employed population», *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 44(7), 2002, p. 628-33.
18. Mental Health Economics European Network, Mental Health Economics and Employment, Document de travail 2004.
19. Kessler R. C, Frank R. G., «The impact of psychiatric disorders on work loss days», *Psychological Medicine*, 27(4): 1997, p. 861-873.
20. Koopman C., Pelletier K. R., Murray J. F., «Stanford presenteeism scale: health status and employee productivity», *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 44, 2002, p. 14-20.
21. *Mental Health Promotion and Prevention Strategies for Coping with Anxiety, Depression and Stress related disorders in Europe*, Rapport 2001-2003, Série de publications de l'Institut fédéral de la sécurité et de la santé au travail, 2004.

22. Katon W. J. et al., «Increased medical costs of a population-based sample of depressed elderly patients», *Archives of General Psychiatry*, 60(9), 2003, p. 897-903.
23. Sartorius N., «The economic and social burden of depression», *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 Suppl 15, 2001, p. 8-11.
24. Magliano L., McDaid D., Kirkwood S., Berzins K. (sous presse), «Carers and families of people with mental health problems», in *Mental Health Policy and Practice Across Europe* (réd.) Knapp M., McDaid D., Mossialos E., Thornicroft G., Open University Press.
25. Harris E. C., Barraclough B., «Excess mortality of mental disorder», *British Journal of Psychiatry*, 173, 1998, 11-53.
26. Lloyd K. R., Jenkins R., Mann A., «Long-term outcome of patients with neurotic illness in general practice», *British Medical Journal*, 313, 1996, p. 26-28.
27. Lawrence D., Holman C. D. J., & Jablensky A. V., *Preventable physical illness in people with mental illness*, The University of Western Australia, Perth, 2001.
28. McNair B. G., Highet N. J., Hickie I. B., Davenport T. A., «Exploring the perspectives of people whose lives have been affected by depression», *Medical Journal of Australia* 176 Suppl, S69-76, 2002.
29. Patel, A. & Knapp, M., *The Cost of Mental Health in England*, Centre for the Economics of Mental Health, Mental Health Research Review 5, 1998
30. Neuer Burcher Zeitung. Suicide costs Switzerland billions of francs. 11 September 2003.
31. National Institute for Clinical Excellence, *Draft guidance on depression*, 2004 <http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=20093>
32. Andrews G., Henderson S., Hall W., «Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation, Overview of the Australian national mental health survey», *British Journal of Psychiatry*, 178, 2001, p.145-153.
33. McAlpine D. D., Mechanic D., «Utilisation of speciality mental health care among persons with severe mental illness: the role of demographics, need, insurance and risk», *Health Services Research*, 35 (1 Pt 2), 2000, p. 277-292.
34. Zuvekas S. H., «Health insurance, health reform and outpatient mental health treatment: Who benefits?» *Inquiry*, 36(2), 1999, p.127-146.
35. Glozier N., «Workplace effects of the stigmatisation of depression», *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 40(9), 1998. p.793-800.
36. Nuremberg Study: Hegerl et al., «Public attitudes towards treatment of depression: effects of an information campaign», *Pharmacopsychiatry* 36, 2003, p. 288-291.
37. Gilbody S., Whitty P., «Improving the recognition and management of depression in primary care. Effective Health Care Bulletin», *NHS Centre for Reviews and Dissemination*, York, n° 5, 2002.
38. Gilbody S., Whitty P., Grimshaw J., Thomas R., «Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review», *JAMA*, 289, 2003, 3145-51.
39. Bero L. A., Grilli R., Grimshaw J. M., Harvey E., Oxman A. D., Thomson M. A., «Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings», The Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group, *British Medical Journal*, 317(7156), 1998, p.465-8.
40. Pritchard C., Williams R. «A three-year comparative longitudinal study of a school-based social work family service to reduce truancy, delinquency and school exclusions», *Journal of Social Welfare and Family Law*. 23(1), 2001, p.23-43.
41. Aseltine R. H., DeMartino R., «An Outcome Evaluation of the SOS Suicide Prevention Program», *American Journal of Public Health*, 94, 2004, p. 446-451.

42. Soderman E., Lisspers J., Sundin O., «Depression as a predictor of return to work in patients with coronary artery disease», *Social Science and Medicine*, 56(1), 2003, p.193-202.
43. O'Brien A., Price C., Burns T., Perkins R., «Improving the Vocational Status of Patients with Long-Term Mental Illness: A Randomised Controlled Trial of Staff Training», *Community Mental Health Journal*, 39(4), 2003, p.333-347.
44. National Electronic Library for Health, Mental Health Promotion, Know how that works, «The workplace», disponible à <http://www.nelh.nhs.uk/nsf/mentalhealth/whatworks/knowhow/workplace-cfa.htm>
45. Williams S, Michie S, Pattani S., *Improving the health of the NHS Workforce: report of the partnership on the health of the NHS Workforce Leeds*, The Nuffield Trust. 1998
46. Stansfield S., Head J., Marmot M., *Work related factors and ill health. The Whitehall II Study*, Health and Safety Executive, 2000
47. Alexander, A. C. G., McDonnell Douglas Corporation employee assistance program financial offset study, 1985-1989, Westport CT, Alexander Consulting Group: 20, 1990.
48. Simon G. E., Chisholm D., Treglia M., Bushnell D; LIDO Group. «Course of depression, health services costs, and work productivity in an international primary care study», *General Hospital Psychiatry*, 24(5), 2002, p.328-35.
49. Price R. H., Van Ryn M., Vinokur A.D., «Impact of a preventive job search intervention on the likelihood of depression among the unemployed», *Journal of Health and Social Behavior*, 33, 1992, p.158-167.
50. Goldberg, D., Huxley, P., *Common Mental Disorders: A Biosocial model*, Tavistock, London, 1992
51. Rutz, W., «Preventing suicide and premature death by education and treatment», *Journal of Affective Disorders*, 62, 2001, 123-129.
52. *National Programme for Improving the Mental Health and Well-Being of the Scottish Population*, Executif écossais, 2003. <http://www.wellontheweb.net>
53. *Building on Strengths. A Mental Health Promotion Strategy*, ministère de la santé, Nouvelle-Zélande, 2002, disponible à <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/4a305bd9534765ffcc256cbc0010a6a5?OpenDocument>
54. Michie S., Johnston M., «Changing clinical behaviour by making guidelines specific», *British Medical Journal*, 328, 2004, p. 343-345.
55. McDaid D., «Dagfinn Hoybraten, Norwegian Minister of Health speaks to Eurohealth», *Eurohealth* 9(2), . 2003, p.5-9.
56. Angermeyer M. C., Matschinger H., «The effect of violent attacks by schizophrenic persons on the attitude of the public towards the mentally ill», *Social Science and Medicine* 43(12), 1996, p.1721-8.
57. Marinker M. (réd.) *Health Targets in Europe. Polity, Progress and Promise*, BMJ Books, Londres, 2002.
58. Korkeila J., Lehtinen V., Bijl R., Dalgard O. S., Kovess V., Morgan A., Salize H. J., «Establishing a set of mental health indicators for Europe», *Scandinavian Journal of Public Health* 31, 2003, 451-459.

Ouvrages complémentaires:

- Barkow, K., et al., «Identification of somatic and anxiety symptoms which contribute to the detection of depression in primary health care», *European Psychiatry*, 2004, 19, 250-257.
- Chisholm D., Sanderson K., Ayuso-Mateos J.L., Saxena S., «Reducing the global burden of depression. Population-level analysis of intervention cost-effectiveness in 14 world regions», *British Journal of Psychiatry*, 2004, 184, 393-403.
- Crawford, M., «Depression: international intervention for a global problem» *British Journal of Psychiatry*, 184, 2004, 379-380.
- Dawson A. et Tylee A. (réd.) *Depression: social and economic time bomb*, BMJ Publishing Group, Londres, 2001.

Depression and work function: Bridging the gap between mental health care and the workplace, Mental Health Evaluation & Community Consultation Unit, Vancouver, Canada.

Harnois, G., et Gabriel, P., *Mental Health and Work: Impact, Issues and Good Practices. Nations for Mental Health. Organisation mondiale de la santé et Organisation internationale du travail*, OMS, Genève, 2000

Jane-Llopis E. et al., «Predictors of efficacy in depression prevention programmes. Meta Analysis» *British Journal of Psychiatry*, 183, 2003, p.384-397

Mental Health Improvement: What Works? A briefing for the Scottish Executive, Exécutif écossais 2003.

Merry S. et al., «Psychological and/or educational interventions for the prevention of depression in children and adolescents (Cochrane Review)», in: *The Cochrane Library*, John Wiley & Sons, Ltd, Chichester, R.-U., 2004

Üstün T. B., Ayuso-Mateos J. L., Chatterji S., Mathers S., Murray C. J. L., «Global burden of depressive disorders in the year 2000», *British Journal of Psychiatry*, 184, 2004 p. 386-392.

Commission européenne

Direction générale Santé et protection des consommateurs
Direction C2 – Information sur la santé

Bâtiment Jean Monnet, L – 2920 LUXEMBOURG
adresse Internet: http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/information_fr.htm