

Mémoire de Maîtrise en médecine No 144

**Dépistage de la dépression chez des patients consultant
pour une plainte physique en médecine de famille en Suisse
romande : existe-t-il une différence selon le genre ?**

Etudiante

Nouchine Ammar Saidi

Tuteur

Dr. Lilli Herzig

Médecin adjoint, Responsable de recherche, Institut Universitaire de
Médecine Générale (IUMG)

Expert

Prof.ass.Pascal Singy

Service de psychiatrie de liaison, CHUV

Lausanne, 15.12.2011

Abstract

Introduction

La dépression est une maladie fréquente à travers le monde. D'un point de vue épidémiologique, une différence entre hommes et femmes a été observée, un diagnostic de dépression étant attribué à deux fois plus de femmes que d'hommes. Le médecin de famille est souvent le premier professionnel sollicité face à une dépression, cependant un grand nombre patients atteints de dépression consultent leur médecin de famille pour une plainte physique.

Objectifs et méthodes

L'objectif de ce travail est de déterminer s'il existe une différence entre hommes et femmes dans la prévalence de la dépression dépistée chez des patients consultant leur médecin de famille exclusivement pour une plainte d'ordre physique en Suisse romande. Afin d'y parvenir, nous avons effectué une sous-analyse de l'étude SODA (SOmatoform, Depression, Anxiety dont nous disposons de la base de données). Il s'agit d'une étude menée en Suisse romande qui a pour but de d'évaluer la prévalence des troubles anxieux, dépressif et somatoforme, à une année d'intervalle, chez des patients consultant leur médecin de famille exclusivement pour une plainte physique. Le Patient Health Questionnaire (PHQ) est le questionnaire utilisé dans l'étude SODA afin de déterminer le diagnostic de dépression.

Résultats

L'analyse statistique effectuée n'a pas permis de mettre en évidence une différence entre hommes et femmes dans la prévalence de la dépression au sein de l'étude SODA, que ce soit au moment de l'inclusion (t_0 , $p=0.764$), à une année d'intervalle (t_1 , $p=0.9$) ou dans l'évolution de la dépression.

Conclusion

Nous nous attendions à trouver une différence significative dans la prévalence de la dépression avec une prépondérance féminine comme le suggère la littérature. L'absence de différence significative entre hommes et femmes dans la prévalence de la dépression au sein de l'étude SODA pourrait provenir de certaines modalités de l'étude telles que le PHQ par exemple et du choix de ne considérer que les patients se présentant pour une plainte somatique. Ceci a peut être contribué à une meilleure détection de la dépression chez les hommes et ceci, peut-être, au détriment des femmes.

Mots-clés : genre, dépression, médecine de famille

Table des matières

Avant-propos.....	p.5
Objectifs et méthode.....	p.6
Revue de littérature.....	p.9
Résultats.....	p.22
Discussion.....	p.27
Conclusion.....	p.29
Bibliographie.....	p.31
Annexes.....	p.33

Avant propos

La dépression est une maladie fréquente et ceci à travers le monde. Il s'agit d'un problème majeur de santé publique engendrant des coûts élevés qu'ils soient économiques, sociaux ou tout simplement individuels, témoignant de l'atteinte à l'intégrité morale et physique qu'engendre une dépression.

Le médecin de famille, également appelé médecin de premier recours ou médecin généraliste, est directement concerné par cette problématique tant il est fréquemment, comme son nom l'indique, le premier professionnel sollicité face à une dépression. Cependant, le motif de consultation annoncé n'est pas toujours ce qui préoccupe le plus le patient. L'altération de l'humeur éprouvée qui pourrait évoquer au médecin la possibilité d'une dépression sous-jacente n'est pas toujours évoquée. Il a été observé que 50-70% des patients déprimés se présentent au cabinet du médecin de famille avec une plainte d'ordre physique comme motif de consultation. Cette dernière constatation reflète la complexité devant laquelle le médecin de famille se trouve. En effet, un patient dépressif peut avoir une plainte somatique et ne pas désirer parler de sa dépression à son médecin de famille, avoir une plainte somatique et ne pas être conscient de sa dépression ou ce dernier pourrait également se servir d'une plainte somatique pour entrer en contact avec son médecin, révélant, dans certains cas, un agenda caché plus ou moins consciemment.

D'un point de vue épidémiologique, une différence importante entre hommes et femmes a été observée en ce qui concerne la dépression. La prévalence est environ deux fois plus élevée chez ces dernières. Cet écart ne se rencontre pas seulement en Suisse, c'est également un constat international. Cette différence de genre dans la dépression est un phénomène bien connu, présente depuis trois décennies dans la littérature scientifique et déjà mis en évidence dès le 18^{ème} siècle (1773) par Edgar Shepherd, qui spéculait déjà sur les possibles raisons de la différence de prévalence¹.

C'est dans cette optique qu'il nous a paru intéressant d'évaluer dans quelle mesure cette problématique se retrouve au sein de la population Suisse romande. S'il est vrai qu'en Suisse, les femmes représentent deux tiers des premières consultations pour cause de dépression au cabinet du médecin de famille, qu'en est-il de cette proportion lorsque la population étudiée demande à consulter spécifiquement et uniquement pour une plainte physique ? Si les femmes sont davantage diagnostiquées dépressives que les hommes et qu'un grand nombre de patients dépressifs consultent pour une plainte somatique, qu'observe donc le médecin de famille ?

Afin d'investiguer cette question, nous avons à disposition la base de données de l'étude SODA, (SOmatization, Depression, Anxiety) qui est une étude effectuée en Suisse romande et qui a pour but de déterminer les prévalences à une année d'intervalle des troubles de

l'humeur, anxieux et somatoformes chez des patients se présentant pour une plainte physique en médecine de famille. Ce questionnaire nous le permettant, nous nous sommes demandé s'il existait, dans la région romande, une différence de genre chez des patients pour lesquels un diagnostic de dépression avait été retenu alors qu'ils consultaient initialement leur médecin de famille pour une plainte d'ordre physique. Nous avons donc décidé d'investiguer cette problématique en effectuant une sous-analyse de l'étude SODA.

Nous commencerons par une première partie portant sur la revue de littérature effectuée en vue de clarifier ce que sont le genre, la dépression et quels sont les enjeux qu'ils représentent. Nous verrons par la suite de quelle manière nous avons procédé afin d'établir s'il existe ou non une différence de genre dans l'étude SODA et ferons part de nos résultats autour desquels nous discuterons par la suite avant de conclure.

Objectifs et méthode

L'objectif de ce travail est d'évaluer s'il existe, en Suisse romande, une différence de prévalence entre hommes et femmes chez des patients pour lesquels un diagnostic de dépression a été retenu alors qu'ils consultaient leur médecin de famille exclusivement pour une plainte d'ordre physique. Afin de comprendre la pertinence de cette question de recherche, une revue de littérature a été effectuée afin de clarifier les termes de « genre » ainsi que de « dépression » et de fournir un aperçu du contexte actuel.

D'un point de vue méthodologique, nous nous sommes servis de la base de données de l'étude SODA qui a déjà servi à la publication de plusieurs articles médicaux²⁻⁴. Il s'agit d'une étude effectuée en Suisse romande avec pour but d'établir les prévalences à une année d'intervalle des troubles de l'humeur, anxieux et somatoforme chez des patients se présentant pour une plainte d'ordre physique en médecine de famille. Elle a été conduite par 21 médecins de famille installés et trois médecins assistants dans un centre académique de médecine de famille, La Policlinique médicale universitaire de Lausanne (PMU). Les patients potentiellement éligibles pour l'étude devaient être âgés de 18ans au minimum et consulter un médecin de famille avec comme motif un ou plusieurs symptôme(s) somatique(s) ancien(s) ou nouveau(x) en début de consultation, que cette dernière soit planifiée ou non. Les antécédents de plaintes somatiques qui n'étaient pas présents lors de la consultation dédiée à l'étude n'ont pas été pris en considération. L'inclusion de chaque patient potentiellement éligible pouvant interférer de manière excessive avec la pratique quotidienne du médecin de famille installé, ces derniers ont bénéficié d'une randomisation de leurs patients potentiellement éligibles afin qu'ils ne proposent qu'à un seul patient de participer à l'étude par demi-journée de consultation. A l'inverse, la proposition de participer à l'étude a été faite sans randomisation préalable à tous les patients consultant les médecins de la PMU ; les auteurs de l'étude SODA expliquent cette décision par le fait du faible nombre de patients potentiellement éligibles dans ce milieu. Les patients ont été

recrutés de novembre 2004 à juillet 2005 et revus à une année. Les urgences vitales, les consultations à domicile, un diagnostic de démence, un déficit intellectuel, l'incapacité à comprendre le français ainsi qu'une maladie psychiatrique aiguë empêchant le patient de répondre au questionnaire de manière appropriée constituaient les critères d'exclusion de cette étude. Les patients ont été informés de l'étude ; ils ont donné leur consentement oral à participer à l'étude SODA et ont explicitement agréé et accepté que leur médecin envoie leurs informations personnelles anonymisées au centre de données. Le protocole de l'étude a été accepté par le comité officiel d'Ethique du canton de Vaud (Prot.100/4).

Les auteurs de l'étude SODA ont utilisé la version française du Patient Health Questionnaire (PHQ) dans son intégralité afin de d'établir les diagnostics des troubles anxieux, dépressif et somatoforme. Il s'agit d'une version révisée du questionnaire PRIME-MD (PRIMary care Evaluation of Mental Disorders). Ce dernier permet d'identifier différents troubles mentaux tels que la dépression, l'anxiété, les troubles somatoformes, l'alcoolisme ainsi que les troubles du comportement alimentaire en médecine de famille; les critères d'interprétation des résultats en vue d'un diagnostic sont basés sur le DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition). La validité du PHQ est comparable à celle du PRIME-MD, qui est plus facile à utiliser que ce dernier⁵. En effet, le PRIME-MD s'effectue en plusieurs étapes impliquant le médecin et le patient tandis qu'avec le PHQ, le patient dispose du questionnaire qu'il remplit seul. Lors de l'étude SODA, le patient était libre de remplir le questionnaire à la fin de la consultation ou de le remplir chez lui et de l'adresser par courrier fermé à son médecin traitant afin qu'il le transmette à la centrale de collecte de données de l'étude. En aucun cas le médecin a pris connaissance du contenu du PHQ et il possédait une liste des patients inclus qui n'a pas été transmise au centre de collecte afin de garantir l'anonymat de la récolte des données. Le PHQ a été complété d'une part au moyen de questions sociodémographiques, et d'autre part grâce à un questionnaire rempli par le médecin visant à collecter des données concernant les diverses modalités de consultation telles que la durée ou le nombre d'exams effectués par exemple.

Analyse de la base de données de l'étude SODA

La base de données de l'étude SODA nous a été transmise sous le format Microsoft excel et nous l'avons employée sous le format Microsoft Excel 2007. Elle contient les résultats du questionnaire PHQ au moment de l'inclusion t0 et à une année d'intervalle t1 (que nous désignerons dans ce texte par t0 et t1), les résultats du questionnaire adressé au médecin à t0 et t1, ainsi qu'un tableau intitulé « SODA BDD » contenant une synthèse à laquelle se joint une interprétation diagnostique de certaines données récoltées des questionnaires PHQ remplis par les patients. La base de données contient un total de 937 patients, dont 590 femmes, 346 hommes et un participant dont le genre n'est pas codé. Concernant les données portant sur la dépression, les patients sont codés dans la base de données selon les critères diagnostiques suivants : dépression majeure, dépression mineure et absence de symptômes dépressifs. Ces critères sont déterminés au moyen de la question n°2 du PHQ,

également connue sous le nom de PHQ-9 ou de version brève du PHQ, qui permet de retenir un diagnostic de dépression. Le PHQ-9 a une sensibilité de 81% et une spécificité de 92%⁶. Cette question n°2, ainsi que l'interprétation des réponses qui lui est associée, sont conçues à partir des critères d'épisode dépressif majeur du DSM-IV, plus spécifiquement d'après le critère A (cf. Annexe 1). A noter que le dépistage de la dépression en médecine de famille peut se faire au moyen des deux premiers critères a et b de la question n°2 du PHQ qui sont identiques aux critères 1 et 2 du critère A du DSM-IV. Elles ont une sensibilité de 96% et une spécificité de 66%⁷.

Le diagnostic de dépression majeure est donc appliqué lorsqu'un patient répond par « plus d'un jour sur deux » à l'un des deux premiers critères a ou b et qu'en plus, il répond « plus d'un jour sur deux à au moins quatre autres questions a-i. (i est compté même s'il est inférieur à un jour sur deux). Un diagnostic de dépression est retenu chez un patient de l'étude SODA dans le questionnaire PHQ, il est codé par le chiffre « 1 » sous le titre « MajdeprP1 » dans la colonne X ou « MajdeprP2 » dans la colonne Y du tableau intitulé « SODA BDD » du classeur Microsoft Excel qui nous a été transmis. Les critères de dépression mineure sont dénommés par le PHQ sous « other depressive syndromes ». Si les critères a ou b sont présents et si 2,3 ou 4 de a à i sont présents « plus d'un jour sur deux », le diagnostic de dépression mineure est retenu. (i est compté même s'il est inférieur à un jour sur deux). Lorsqu'un patient de l'étude SODA remplit les critères de dépression mineure, il est codé par le chiffre « 1 » sous le titre « MindeprP1 » de la colonne Z et « MindeprP2 » de la colonne Aa du tableau intitulé « SODA BDD ». Les patients qui ont des réponses à la question n°2 du PHQ qui permettraient d'exclure un diagnostic de dépression majeure et mineure sont codés par le chiffre « 0 » dans les colonnes X, Y, Z, Aa du tableau intitulé « SODA BDD » précédemment cité.

Nous disposons d'une colonne intitulée « gender » qui correspond à la colonne P du tableau « SODA BDD ». Afin de savoir si un patient est un homme ou une femme, il est mentionné dans la base de données respectivement par 1 et 0 dans la colonne « gender ». Nous ne connaissons pas les données sur lesquelles se sont basés les auteurs pour déterminer le critère « gender ». Nous supposons qu'il s'agit du sexe, nous ne savons pas si certains participants appartenaient à une catégorie intermédiaire telle que l'intersexualité ou la transsexualité par exemple.

Après lecture de la base de données, il s'est avéré que 716 patients sur les 937 patients de la base de données avaient des réponses codées à t0 et t1 concernant le genre et la question n°2 du PHQ portant sur la dépression. 221 patients, soit 137 femmes et 83 hommes avaient des données manquantes soit concernant la question n°2 du PHQ soit concernant le codage d'après leur genre (il ne s'agit que d'un seul cas), parfois à t0 et parfois à t1. Ces données manquantes étaient impossibles à obtenir malgré une recherche dans tous les questionnaires disponibles transmis (PHQ et questionnaire médecin au deux temps). Face à ce constat, une analyse de sensibilité a été effectuée afin de vérifier s'il n'y avait pas un biais

d'échantillonnage entre les patients avec des « missing datas » (données manquantes) et ceux dont les réponses étaient codées. En d'autres termes, nous avons vérifié si les personnes qui n'ont pas de réponse codée à la question n°2 du PHQ présentaient un pattern (profil) particulier afin de s'assurer de n'avoir exclu un groupe de patients avec des différences considérables associées à la dépression. Pour tester cela, nous avons choisi comme critères comparatifs des variables connues dans la littérature pour avoir un impact sur la dépression. Il s'agit du genre, de l'âge, du nombre de facteurs de stress psychosociaux et du niveau de formation^{2,8-9}. Ces variables n'ont pas pu permettre de différencier les patients avec des réponses non codées (« drop outs ») des participants avec des réponses codées, nous avons donc pu conclure que, sur la base de ces variables, nous pouvions travailler avec notre échantillon. Partant de cette observation, nous avons procédé aux analyses en comptant tous les patients ayant des données complètes à chaque moment concernant la question n°2 du PHQ et le genre. Par exemple, un patient avec présence (« 1 ») ou absence (« 0 ») de diagnostic de dépression mineure à t0 et aucune réponse (diagnostic) codée à t1, sera compté uniquement à t0

Méthodes statistiques

Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel Stata11. Pour comparer le genre à la dépression, nous avons effectué des tableaux croisés. Pour tester l'indépendance, nous avons effectué des tests d'indépendances du χ^2 (chi carré) lorsqu'il y avait assez des mesures par cellules, sinon des tests exacts de Fisher. Une régression logistique sur les « dropouts » a été effectuée pour l'analyse de sensibilité. Lorsque nous avons analysé la dépression de manière transversale, nous avons travaillé avec toutes les personnes ayant répondu à cette période et cela même si elles ne n'avaient pas répondu à l'autre période (par exemple, les personnes qui ont répondu à t0 mais pas à t1). Le niveau du seuil de significativité a été retenu à 0.05 ($p \leq 0.05$).

Revue de littérature

La revue de littérature proposée a pour but de familiariser le lecteur aux termes de « genre » et de « dépression » qui sont au cœur de ce travail. Nous commencerons tout d'abord par définir le terme « genre », expliquer le contexte dans lequel son utilisation actuelle a émergé et les raisons pour lesquelles nous nous y sommes intéressés. Nous poursuivrons par une approche du terme « dépression » et tenterons d'expliquer certains enjeux qui y sont rattachés.

Le terme de « genre »

Le terme « genre » possède de multiples définitions en fonction du contexte auquel il est rattaché. Le dictionnaire Larousse fait part de ces différents contextes dans lesquels le terme « genre » peut être appliqué comme par exemple la biologie, les beaux-arts, la linguistique

et la philosophie. Le terme de « genre », tel que nous le considérons dans ce texte, fait référence à la médecine et aux sciences sociales.

La notion de genre que nous traitons ici est décrite comme ayant été empruntée à la grammaire pour être appliquée tout d'abord aux sciences sociales et humaines dès les années 1970 puis, deux décennies plus tard, au champ de la médecine et de la santé afin de permettre la distinction entre genre et sexe¹⁰.

Le terme « sexe » est utilisé pour désigner ce qui relève du biologique et le terme « genre » renvoie à l'ensemble des rôles et caractéristiques attribués respectivement aux hommes et aux femmes¹⁰.

Nancy Krieger, épidémiologiste spécialisée dans la question du genre, nous explique dans un article intitulé « Gender, sexes and health : what are the connections and why does it matter? » que le terme de « genre » a permis l'introduction de la notion de « genre » dans la langue anglaise durant les années 1970 comme une alternative au mot « sexe », trop enclin à un certain déterminisme biologique. Cette intervention avait pour but de clarifier les pensées à une époque où la seconde vague du mouvement féministe américain et anglais appelait au débat quant à savoir si les différences observées dans les rôles sociaux, les performances et le statut de santé (non reproductif) des hommes et des femmes étaient liées à des différences biologiques ou à des standards culturels différents pour les hommes et les femmes¹¹. C'est entre autres à Ann Oakley, figure du féminisme, que nous devons cela. Elle est l'une des premières sociologues à élaborer la distinction entre le sexe et le genre en 1972 dans *Sex, Gender and society*, en expliquant que le genre n'est pas inhérent mais découle de toute une construction sociale. Nancy Krieger nous rappelle que le terme « genre » a ensuite fait son apparition dans la littérature scientifique, mais le manque de distinction claire entre le sexe et le genre ont parfois semé la confusion. D'après elle, le genre fait référence à un concept social concernant des conventions, des rôles et des comportements culturels entre, et parmi, les hommes, les femmes, les garçons et les filles. Les rôles liés au genre varient le long d'un continuum et aussi bien les relations au genre que l'expression biologique du genre varient au sein des sociétés, typiquement dans le contexte de relations sociales basées sur le pouvoir et l'autorité (p.ex : classe sociale, race/ethnie, nationalité, religion). Le sexe est un concept basé sur des caractéristiques biologiques liées à la capacité de reproduction. Chez les êtres humains, le sexe biologique est associé tant aux caractéristiques sexuelles secondaires, aux gonades qu'aux chromosomes sexuels (sexe génétique, le sexe gonadique et le sexe corporel). Les différentes catégories comprennent : masculin, féminin, intersexuel (personnes nées avec des caractéristiques sexuelles autant masculines que féminines) et transsexuel (changement de sexe par chirurgie ou hormono-thérapie). Les caractéristiques biologiques liées au sexe (présence ou absence d'ovaires, testicules, pénis, vagin ; hormones, grossesse...) peuvent dans certains cas contribuer aux différences entre genres dans le domaine de la santé, mais peut aussi être expliqué comme étant des expressions de la biologie orientées préférentiellement vers un genre plutôt que l'autre, et être invoqué à tort

pour expliquer les expressions biologiques du genre¹². Certains auteurs décrivent le genre comme un phénomène social décrivant ce que signifie être un homme ou une femme dans une société donnée en tenant compte de sa culture et de son époque¹³.

Ainsi, le fait d'être un homme ou une femme est une condition qui se construit perpétuellement, activement et en relation à d'autres personnes. Le genre est soumis à des variations qui dépendent du contexte historique et culturel dans lequel les personnes concernées évoluent, lui conférant un potentiel de changement. Le genre est ainsi constamment négocié et renégocié en fonction des normes culturelles qui influencent les diverses façons d'être « homme » ou d'être « femme »¹⁴. Chaque homme ou femme participe de manière active à la notion de genre par l'expression de son individualité, ce qui permet d'enrichir les diverses façons d'être un homme ou une femme.

Voici quelques définitions qui permettent d'illustrer l'application du terme genre¹⁵.

L'identité de genre (*gender identity*) fait référence à la manière dont une personne voit ou définit son propre genre. Les rôles de genre (*gender roles*) font référence aux rôles qui sont assignés aux hommes et aux femmes dans notre société. Les relations de genre (*gender relations*) font référence aux types de relations qui existent en raison de facteurs basés sur le genre. La notion d'institutionnalisation du genre (*institutionalized gender*) réfère aux façons qu'ont les institutions sociétales (comme le DSM-IV par exemple) de renforcer des rôles de genre particuliers et des stéréotypes.

En résumé, nous pouvons retenir que le terme « sexe » possède en anglais un champ sémantique restreint qui ne lui permet pas d'englober de secteurs autres que celui de l'organique, ce qui lui vaut la caractéristique d'être emprunt d'un certain déterminisme biologique et que le terme « genre » lui a été adjoint afin de faire référence à toutes les différences non organiques, découlant essentiellement d'une construction socioculturelle, qui orientent un être vers un genre masculin ou féminin tout en sachant qu'entre ces deux pôles opposés existe un continuum ; sans oublier qu'il existe une relation d'interdépendance entre le sexe et le genre.

L'importance du genre en médecine

En 1977, Engel introduit la notion de modèle bio-psycho-social dans un article intitulé « The need for a new medical model: a challenge for biomedicine » dans la revue *Science*¹⁶. Dès lors, les interactions entre l'être biologique et son environnement psycho-social n'ont cessé d'être questionnées. La notion de déterminant de la santé fait référence au concept selon lequel il existe certaines conditions qui exercent une influence sur la santé et, parmi ces différents déterminants, se distinguent les déterminants sociaux de la santé. L'organisation mondiale de la santé (OMS) a précisément publié en 2003 un ouvrage définissant ces déterminants sociaux de la santé et a créé en 2005 une commission ayant pour but d'instaurer l'équité en santé en agissant sur ces derniers. Un rapport spécifique sur les

inégalités de genre dans le domaine de la santé à été rédigé pour cette commission en 2007 soulignant le rôle du genre comme partie intégrante des déterminants sociaux de la santé en plus du sexe biologique, de l'âge, de l'origine ethnique ou du statut socio-économique par exemple¹⁷. Les inégalités entre hommes et femmes en matière de santé ont par ailleurs été fréquemment documentées et il a été décrit qu'elles relèvent à la fois de facteurs biologiques liés au sexe que de facteurs sociaux qui interagissent entre eux¹⁸.

Outre l'impact que les différences de genre peuvent avoir sur la santé, les différences biologiques entre hommes et femmes n'ont pas toujours été reconnues non plus. En effet, la plupart des maladies ont été étudiées sur les hommes et les propriétés pharmacocinétiques de certains agents pharmacologiques ne tiennent pas compte des variations physiologiques cycliques des femmes¹⁹. Cette lacune s'explique du fait que les femmes ont pendant longtemps été exclues des études cliniques. Suite à des catastrophes survenues dans les années 1940-1950 telles que l'effet tératogène du Thalidomide ou encore l'apparition de cancer après administration de diethylstilbestrol chez des femmes enceintes menacées d'avortus ont poussé la Federal Drug administration (FDA) à exclure en 1977 les femmes des phases II-III des essais cliniques aux Etats-Unis afin de les protéger. Partant d'une bonne intention, cette décision a au cours du temps joué un rôle défavorable aux femmes en induisant un biais de sélection dans le domaine de la recherche médicale. Les essais cliniques constituent la pierre angulaire de l'Evidence-Based Medicine (EBM), la médecine fondée sur les preuves, qui dicte la pratique médicale actuelle. L'EBM se base en effet sur les preuves qu'apporte la recherche médicale afin d'améliorer la prise en charge des patients que ce soit du point de vue des décisions cliniques ou de la prescription médicamenteuse entre autres. Le fait que les femmes aient été négligées de certains essais cliniques implique que l'on manque de connaissances sur la santé des femmes et la question vient à se poser de savoir si les différentes prises en charge cliniques s'appliquent réellement aussi bien aux femmes qu'aux hommes.

La recherche a néanmoins, au fil des années, mis en évidence de nombreux aspects de santé et de maladie différents entre les hommes et les femmes ; cela part de différences neuro-anatomiques à l'expression différentes de maladies en passant par des réponses pharmacologiques différentes. Afin d'améliorer les connaissances et la prise en charge plus spécifique des hommes et des femmes, un courant a émergé en médecine, la « Gender-specific medicine ». Elle peut se définir comme un courant de la pratique médicale qui met en évidence une différence liée au genre et au sexe, associée à la santé comme à la maladie, ayant une influence sur la survenue des maladies, leurs diagnostics et leurs traitements²⁰. Cette dernière reconnaît la multitude d'intrications entourant le genre et le sexe ; elle vise une prise en charge plus adaptée et individualisée des patients en tenant compte de davantage de paramètres. Elle s'appuie sur les différences entre les genres, mais aussi sur ce qui les rapproche, s'abstenant de recourir à des stéréotypes. Le fait que le terme « genre » soit apparu dans la littérature scientifique à une période en lien avec le féminisme peut parfois pousser certains à comprendre la « Gender-specific medicine » comme synonyme de

santé des femmes. Or, la « Gender-specific medicine » s'intéresse tant aux hommes qu'aux femmes sans oublier les personnes transgenres ou transsexuelles. Ce nouveau courant de la médecine, ainsi que la conception du genre comme l'un des déterminants sociaux de la santé, permet de comprendre comment le concept de genre influence directement l'être bio-psycho-social dans son histoire personnelle en lien avec son état de santé ou de maladie.

En Suisse, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) crée en 2001 un service « Gender Health » et depuis 2003 un réseau de recherche dans le domaine du « Gender health » a été créé avec le soutien de l'OFSP¹⁰.

Le terme de « dépression »

Le terme « dépression » est employé dans le monde médical, cependant sa compréhension s'avère parfois ardue voire parfois ambiguë. On peut parler de dépression respiratoire en faisant référence à une insuffisance respiratoire ou de dépression en tant que diagnostic faisant référence à un trouble de l'humeur à caractère dépressif. Reprenant d'une part la définition du Larousse et d'autre part celle de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la dépression peut être définie comme un état pathologique caractérisé par une humeur triste et douloureuse, associé à une faible estime de soi, à un sentiment de culpabilité, à des troubles du sommeil, à un manque d'énergie ainsi qu'à une réduction de l'activité psychomotrice et à un désintérêt intellectuel. Ajoutons que cet état peut conduire à une incapacité à assumer ses responsabilités quotidiennes et, dans les cas les plus sévères, aboutir au suicide²¹. Le monde médical utilise des critères bien précis pour caractériser la dépression. Le DSM-IV, manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux, est l'une des références employées en psychiatrie afin d'intégrer la notion de dépression à la pratique clinique. Le terme commun de dépression se précise alors sous l'égide du DSM-IV en « troubles dépressifs », comprenant « le trouble dépressif majeur », « le trouble dysthymique » et « le trouble dépressif non spécifié ». Les « troubles dépressifs » s'inscrivent dans la catégorie « troubles de l'humeur » de l'axe I du DSM-IV.

La dépression au niveau international

D'un point de vue épidémiologique, la dépression est la maladie psychique la plus fréquente. Il s'agit d'un problème majeur de santé publique tant au niveau national qu'international, avec une haute prévalence à travers le monde, engendrant de la souffrance, des coûts économiques et sociaux. Une incapacité fonctionnelle ainsi qu'une mortalité croissante y sont associées. D'un point de vue économique, la charge attribuée à la dépression a été estimée à 83 milliards de dollars aux US en 2000 et 118 milliards d'euros en 2004 en Europe²¹. En 1993, l'Organisation Mondiale de la Santé et la Banque mondiale ont introduit un nouvel instrument de mesure pour évaluer la diminution de la vie due à des problèmes de santé. Le DALY (Disability-Adjusted Life Years) est une mesure qui permet d'évaluer le nombre d'années de vie en bonne santé perdues du fait de la maladie et de l'infirmité ainsi que les années potentielles perdues par décès prématuré. Elle peut être définie par la

somme du nombre d'années de vies perdues par décès prématuré additionnées au nombre d'années vécues avec une invalidité²².

Dans la liste de classement des DALYS, la dépression chez les hommes et femmes âgés de 15 à 44 ans occupe le second rang, après les maladies cardio-vasculaires. Leur espérance de vie est estimée en moyenne inférieure de neuf ans à celle de la population en santé²³. Selon l'OMS, le taux de morbidité dû à des troubles mentaux progresse. « L'exemple le plus éloquent est constitué par les troubles dépressifs, qui constituent la quatrième cause de maladie et d'incapacité, et devrait occuper la deuxième place d'ici 2020²⁴. »

La dépression au niveau national

Concernant la Suisse, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) révèle que, chaque année, approximativement 20 à 25% de la population suisse souffre de troubles psychiques, et que le nombre de maladies psychiques pris en charge par l'assurance invalidité augmentant de manière continue, il existe une surreprésentation de personnes atteinte de troubles psychique au sein des assurés²⁵.

D'après l'office fédéral de la statistique (OFS) et selon l'enquête suisse sur la santé (ESS), la dépression constituait la troisième maladie chronique en termes de prévalence en 2007, ce qui signifie qu'elle atteignait 8% de la population résidante de 15 ans et plus avec une prévalence de 6.2% chez les hommes et 9.8% chez les femmes, soit un ratio d'environ 1 :1,5²⁶. L'OFS a pu démontrer que l'évolution des suicides entre 1974 et 2004 diffère selon l'âge et le sexe²⁷. En effet, le taux de suicide baisse chez les hommes de manière continue depuis 1980 tandis qu'il augmente chez les femmes dès 1999. En 2008, il y a 20.1/1000 hommes qui décèdent par suicide contre 9.3/1000 femmes, soit plus du double.

Ceci engendre, outre une souffrance humaine et personnelle, des coûts d'ordre social et économique et a poussé la Confédération et les cantons à considérer cette problématique en priorité dès l'an 2000. En effet, pour des raisons évidentes, l'atteinte à la santé des populations et d'importants coûts économiques engendrés par une invalidité croissante ont mis en lumière l'importance de la santé psychique et de sa prise en charge. La Confédération, en accord avec les cantons, a donc chargé l'Observatoire Suisse de la santé (OBSAN) ainsi que la Direction du projet de la politique nationale de la santé en Suisse d'élaborer les fondements d'une politique de santé psychique. Il en émergera en 2004 un projet, la « Stratégie nationale pour la santé psychique » visant à protéger, promouvoir, maintenir et rétablir la santé psychique de la population en Suisse. Ce projet sera mis en consultation auprès de la Confédération, des cantons ainsi que des organisations privées (comme par exemple des médecins installés ou des associations, des groupes de soutien). Le projet lui-même, ainsi que l'aboutissement de cette consultation, serviront de cadre de référence pour tout nouveau projet partageant le même dessein. Le 7 avril 2005, lors de la séance de dialogue entre la Confédération et les cantons sur la politique de santé, il a été

décidé de garder la santé psychique comme thème national et d'assurer des échanges réguliers sur les développements actuels dans ce domaine²⁶.

C'est donc dans ce contexte qu'apparaît en Suisse, tout d'abord à Zoug dès 2003 puis dans différents cantons, l'« Alliance contre la dépression ». L'« Alliance contre la dépression » est un mouvement issu d'Allemagne et débuté en 2001 sous l'égide du réseau de compétences de l'Université de Munich. Elle a été nommée « L'Alliance de Nuremberg contre la dépression »²⁸. Ce projet, élaboré afin d'améliorer la prise en charge et les conditions de vie des personnes dépressives, a démontré son efficacité et sa pratique s'est rapidement étendue au reste de l'Allemagne ainsi qu'à d'autres pays européens. Il repose sur quatre niveaux d'intervention dont la première étape repose sur les épaules des médecins de famille. Cette étape consiste à former ces derniers à « identifier la maladie à temps et à la soigner par un traitement approprié ». Les médecins sont tenus à jour des dernières innovations concernant les données relatives à la dépression et disposent de matériel d'information à destination de leurs patients. Le deuxième niveau correspond à une campagne d'information au public, le troisième à une collaboration avec les multiplicateurs et les groupes cibles qui correspond à former les « figures clés de la vie publique » (pharmaciens, soignants, enseignants...) sur le thème de la dépression afin qu'elles sensibilisent leur entourage et le quatrième niveau à former des groupes de soutiens pour les personnes concernées et leurs familles.

Dans le canton de Vaud, une politique cantonale en santé mentale a été élaborée. Elle ne participe pas au mouvement « Alliance contre la dépression » mais agit dans la même direction. Le Service de santé publique, le CHUV et la Fondation de Nant ont créé le « Plan pour la santé mentale ». La mise en œuvre de cinq programmes prioritaire retenus par le Plan pour la santé mentale figurent par ailleurs dans le rapport du Conseil d'Etat sur la politique sanitaire 2008-2012. Ils sont retenus pour la législature 2007-2012 et seront progressivement mis en œuvre en fonction des moyens disponibles. Il s'agit de la lutte contre les conduites suicidaires, le renforcement de la liaison et de la coordination, la lutte contre la violence, l'amélioration de la prise en charge pédopsychiatrique et le thème du handicap en psychiatrie²⁹.

Le thème de la dépression en médecine de famille

Cette décision prise par l'« Alliance contre la dépression » d'impliquer en premier lieux les médecins de famille installés n'est pas anodine. Ce sont des médecins de premier recours, et par définition, ils sont souvent sollicités en première intention par les personnes souffrant de dépression.

Le plan vaudois souligne lui aussi la nécessité de former les acteurs de première ligne, dont les médecins de famille, à la détection précoce des maladies mentales.

D'après un bulletin de l'Observatoire suisse de la santé (OBSAN) paru en 2010³⁰, en présence

de troubles mentaux, bon nombre de patients préfèrent être pris en charge par un médecin de famille plutôt que par un spécialiste en psychiatrie. On estime que 25 à 40% des patients d'un médecin de famille présentent accessoirement ou exclusivement des troubles mentaux et que 50-70% des patients déprimés consultent un médecin de premier recours initialement pour une plainte physique³¹. L'importance croissante de la dépression se fait également sentir ; entre 2000 et 2008 et selon les données de l'Indice suisse des diagnostics (SDI), les médecins en cabinet, toutes disciplines confondues, ont vu leur nombre de diagnostics psychiatriques augmenter de 8,4 mio à 9,3 mio³⁰. Ceci implique une hausse de la part des diagnostics psychiatriques sur l'ensemble des diagnostics posés en cabinet, qui passent de 10 à 11 %. La dépression reste en tête de liste des diagnostics psychiatriques diagnostiqués depuis plusieurs années (32%) et elle est détectée autant par les généralistes-internistes que par les psychiatres-neurologues installés. Ce sont d'abord les femmes (62%) et les personnes de 45 à 54 ans (23%) qui sont touchées. (Les critères sur lesquels se sont basés les médecins installés participant à l'étude afin de poser le diagnostic de dépression ne sont pas mentionnés).

Retenons qu'en médecine ambulatoire, la dépression est le diagnostic psychiatrique le plus fréquent et les antidépresseurs sont les psychotropes les plus souvent prescrits. D'après le SDI, les antidépresseurs représentent 50% des psychotropes prescrits en cabinet en 2008.

Concernant les données comparatives entre les différentes régions de la Suisse, l'étude effectuée par l'observatoire suisse de la santé via le système « Sentinella »³² et publiée en novembre 2010³³ a particulièrement retenu l'attention des médias. C'est dans les cabinets de médecine de famille de Suisse romande que l'on a rapporté le plus de dépressions diagnostiquées. Les chiffres parlent de 21.1/1000 de diagnostics de dépression dans les cantons romands (GE, JU, NE, VD, VS) pour une moyenne nationale de 11/1000. Les cantons de Suisse romande montrent ainsi des taux deux à huit fois supérieurs aux autres régions (Suisse alémanique).

Les auteurs de l'étude concluent que « Ces premières évaluations [portant sur une année de déclaration Sentinella] donnent un bon aperçu du rôle central des médecins de premier recours dans l'identification et le traitement des dépressions. Ce recensement montre clairement que la Suisse doit, elle aussi, adopter une démarche uniforme pour optimiser la détection et le traitement. [Les cantons d'Appenzell Rhodes-Extérieures et d'Appenzell Rhodes-Intérieures, de Bâle-Ville, de Berne, de Genève, des Grisons, de Lucerne, de Soleure et de Thurgovie appliquent le programme «Alliance contre la dépression». Ce programme contient notamment des recommandations en matière de formation continue pour les cabinets de généralistes.] »

Le canton de Vaud pour sa part ne fait pas partie du programme « Alliance contre la dépression » comme nous l'avons expliqué, toutefois il rejoint cette volonté d'uniformité par un « Plan pour la santé mentale » qui lui est propre et qui partage les mêmes objectifs.

Différence de genre dans la dépression

Comme nous l'avons précédemment exposé, la médecine a adopté le terme « genre » afin d'englober une dimension supplémentaire que le terme « sexe » ne pouvait permettre à lui seul. En effet, le sexe permet certes de différencier un homme d'une femme d'un point de vue anatomo-biologique, cependant il limite la compréhension de phénomènes épidémiologiques. Pour en revenir à la dépression, le fait qu'un diagnostic de dépression soit posé chez deux fois plus de femmes que d'hommes et ceci de manière continue durant les trois dernières décennies dans plusieurs pays sans pour autant que l'on ait pu identifier une origine claire en a fait un grand sujet de recherche. Pour l'instant, cette différence ne saurait être exclusivement attribuée au genre ou au sexe. Quoiqu'il en soit le genre influence tous les aspects de la psychopathologie, y compris les stressors et les expositions favorisant la survenue de la maladie, la manière dont les symptômes sont exprimés, le fait qu'un patient recherche ou non de l'aide ainsi que la manière dont ces derniers sont traités¹³.

Les paragraphes suivants ont pour but de fournir au lecteur un aperçu des tendances trouvées dans la littérature qui tentent d'expliquer la différence de prévalence entre hommes et femmes dans la dépression.

Différence réelle ou artefact ?

Face à ce phénomène, certains auteurs, Weissmann et Klerman en 1977, se sont demandés si cette différence était réelle ou si elle relevait d'un artefact. Pour soutenir cette dernière proposition, ils avancent comme argument que les femmes ont plus tendance à chercher de l'aide (médicale) face à une dépression et qu'elles induiraient donc un biais d'échantillonnage dans les études cliniques. Cette observation fut contrecarrée suite à l'analyse du taux de dépression dans la population américaine via le National Co-morbidity Survey Replication en 2005 (NCS-R). Le NCS-R est un questionnaire qui a permis de recenser plus de 9000 personnes anglophones et qui a permis d'établir que le risque de survenue d'un trouble de l'humeur (sans préciser lequel) est d'1.5 fois plus élevé pour les femmes.

Par la suite, de multiples études ont retrouvé cette prépondérance féminine dans la prévalence de la dépression avec un ratio femme : homme de 2 :1. Il a été démontré que les femmes ont en effet plus facilement recours à des professionnels en matière de santé et qu'elles communiquent plus volontiers leurs symptômes de dépression que les hommes ce qui n'exclut évidemment pas la possibilité d'un artefact lors des études cliniques. Toutefois, il a été mis en évidence par des études de population, dans lesquelles les participants étaient dans leur environnement quotidien (c'est à dire chez eux et pas à l'hôpital), qu'il existe un facteur réel qui participerait à la différence de prévalence de la dépression entre hommes et femmes¹⁵.

Le facteur social

Certains milieux étudiés ne présentent pas une telle différence de prévalence. En effet, lorsque des populations socialement homogènes (en termes de niveau de formation/éducation, culture, parité homme/femme) sont étudiées, cette différence de genre dans la dépression n'est pas toujours observée. C'est le cas d'études menées dans la communauté Amish, chez des étudiants universitaires, dans une communauté juive en Angleterre et chez des membres du Service Civil Britannique. Certains auteurs proposent que le fait de retrouver davantage de femmes dépressives dans les populations hétérogènes laisse entrevoir l'importance de facteurs d'ordre social³⁴. D'après leur recherches, dans des communautés socialement hétérogènes, les femmes sont soit plus fréquemment exposées à des facteurs de stress sociaux qui peuvent précipiter une dépression, soit plus vulnérables à ces mêmes facteurs, ou alors elles y sont plus fréquemment exposées et y sont également plus vulnérables.

Parmi ces facteurs d'ordre social ayant une association avec la différence de genre dans la dépression, nous pouvons citer en exemple les facteurs sociodémographiques, le statut de santé, l'hygiène de vie, les facteurs psychologiques, sociaux et relationnels. Parmi les facteurs démographiques, l'inégalité de répartition des ressources économiques illustrées par le fait que les femmes ont en moyenne un salaire plus bas que les hommes est un des arguments mis en évidence. La démonstration faite que les femmes ont une moins bonne santé que les hommes et qu'une moins bonne santé prédispose à une dépression ou encore le fait que les hommes consomment plus d'alcool et de tabac que les femmes et que ces conduites soient associées à un risque de survenue d'une dépression sont des exemples s'inscrivant dans la catégorie de ces facteurs d'ordre social³⁵.

Denton et al ont regroupés ces facteurs sociaux en trois catégories principales : le statut socio-économique, l'environnement psychosocial ainsi que les comportements des individus¹⁸.

Le sexe¹

D'autres auteurs attribuent la différence de prévalence de la dépression entre hommes et femmes à la biologie, propre à chaque sexe, en insistant sur les différences hormonales. Ces derniers prennent pour exemple le fait que l'écart le plus important dans la prévalence de la dépression entre homme et femme se manifeste par deux pics, l'un correspondant à la ménarche et l'autre à la ménopause. Ils s'appuient également sur le fait que la fluctuation hormonale féminine est corrélée à des manifestations telles que la dépression associée au trouble dysphorique prémenstruel, à la dépression liée au postpartum, à la ménopause ou aux contraceptifs oraux. Une autre théorie suggère que le cycle menstruel module l'humeur, qui à son tour modifierait la sévérité d'apparence de certaines maladies mentales ou déclencherait la rechute de maladies mentales déjà vécues. Certaines études ont aussi démontré que la période entourant le cycle menstruel était corrélée à une augmentation

des admissions dans les dispensaires de soins psychiatriques. Une autre théorie hormonale met en cause les hormones glucocorticoïdes, impliquées dans la réponse neuroendocrine au stress, qui ont été associées à la médiation de la dépression. Cette réponse neuroendocrine au stress met en jeu des différences significatives entre hommes et femmes qui seraient liées la présence de stéroïdes sexuels gonadiques. Un autre fait mentionné est celui de la différence entre hommes et femmes aux traitements antidépresseurs pharmacologiques. Les hommes répondraient davantage aux antidépresseurs tricycliques que les femmes malgré des taux plasmatiques identiques amenant un argument supplémentaire en faveur d'une origine biologique à la différence entre hommes et femmes dans la dépression, sans forcément parler de prévalence.

Le tempérament

Une vision psychologique de cette différence de prévalence entre hommes et femmes a également été défendue en comparant les types de tempéraments psychologiques associés à la dépression. Le neuroticisme, selon Eysenck, serait une dimension de la personnalité caractérisée par une forte tendance à éprouver des émotions négatives et des troubles émotionnels tels qu'anxiété et dépression associée à des réponses du système nerveux autonome et qui peut être mesurée à l'aide de scores³⁶. Certains auteurs ont rapporté en se basant sur une méta-analyse que les femmes avaient des scores de neuroticisme plus élevés que les hommes. Ils ont également mis en évidence que le neuroticisme est un important facteur de risque de dépression et de survenue d'un premier épisode de dépression, qu'il est le plus important élément prédictif de la persistance d'une dépression en médecine de famille et que le neuroticisme peut être modifiable par des facteurs sociaux. Ce dernier s'accompagnerait de caractéristiques diverses (dont une implication du système nerveux autonome) aboutissant à un état d'« hyperréactivité au stress »³⁴.

Le « diathesis stress model »

Outre cette définition du neuroticisme, ces mêmes auteurs, proposent une explication à cette prépondérance féminine. Reprenant les différentes tendances que nous venons de citer, ils s'appuient également sur les similitudes de profil épidémiologique du trouble anxieux et de la dépression (le trouble anxieux est aussi plus souvent retrouvé chez les femmes) qui d'après ce qu'ils suggèrent serait dû à un facteur causal commun d'ordre biologique, pour proposer un modèle compréhensif (ce facteur causal commun d'ordre biologique correspond au neuroticisme, qui peut aussi être appelé indifféremment « susceptibilité de réponse au stress » ou « hyperactivation du système limbique »). Il s'agit du modèle de « diathèse au stress ». Il suggère que les femmes ont une prédisposition à la dépression et que cette prédisposition est modulée par des facteurs sociaux. Ils rapportent que les changements hormonaux s'effectuant à la puberté induiraient une « hyperactivation du système limbique » (synonyme de neuroticisme ou de « susceptibilité à la réponse au stress ») chez les femmes, ce qui augmenterait leur susceptibilité à répondre à des émotions négatives, les conduisant à un risque plus élevé de souffrir d'anxiété ou de dépression (il

s'agit de la diathèse). Chez les femmes après la puberté, cette hyperactivation limbique en réponse à des stressors négatifs serait une conséquence de l'influence des hormones gonadiques et le score élevé de neuroticisme en serait un marqueur de cette propension à une réponse de manière émotionnelle et représenterait une diathèse qui, en relation avec des facteurs socioculturels, générerait la différence de prévalence entre hommes et femmes dans la dépression (et les troubles anxieux).

Les hommes et le vécu

La littérature n'est pas aussi abondante au sujet des hommes et de la dépression qu'elle ne l'est pour les femmes, rendant difficile la compréhension de la dépression chez les hommes. Il a été suggéré que les symptômes de dépression chez les hommes sont souvent sous-diagnostiqués et sous-traités. Le taux de décès par suicide est deux fois plus élevé chez les hommes. Certaines études récentes se sont intéressées au vécu subjectif de la dépression que les hommes et les femmes exprimeraient de manière différente. Des récits narratifs ont été récoltés et les grandes tendances qui en émergent révèlent que les femmes auraient davantage tendance à demander de l'aide, et ceci plus précocement, lorsqu'elles éprouvent un sentiment de détresse et elles disposeraient d'un plus grand vocabulaire pour exprimer leur détresse. Les hommes quant à eux, tenteraient de refouler leur sentiment de détresse jusqu'au moment celui-ci s'extérioriserait par de l'agressivité (envers eux-mêmes ou autrui) ou par une tentative de suicide ; ils parleraient plus facilement de sensations de détresse physique que de leurs émotions qu'ils auraient tendance à mettre de côté. Il a aussi été relevé que les femmes feraient preuve de culpabilité et d'autocritique (négative) envers elles-mêmes en regard de leur état, état apparaissant de manière insidieuse, alors que les hommes feraient référence à des phénomènes extérieurs apparaissant soudainement tels que du stress au travail ou des problèmes financiers^{14,34,35,37}. Ces phénomènes peuvent être décrits par les termes d'« acting in » et d'« acting out ». Kessler et al ont établi trois types de styles de rétribution des symptômes : les « psychologisants », les « banalisants » et les « somatisants » (psychologizing, normalizing, somatizing). D'après leur étude, les médecins détectaient mieux les personnes qui expriment leur état par des termes psychologiques, les « psychologisants », le plus souvent des femmes, et manquaient souvent les « banalisants » qui avaient de la peine à rapporter des symptômes « affectifs », qui étaient le plus souvent des hommes. Le fait que les médecins, et surtout les médecins de famille, doivent exclure une maladie physique grave en premier lieu avant de poser un diagnostic de dépression peut masquer des situations relevant d'un problème émotionnel.

Ainsi, le fait que les femmes cherchent de l'aide plus rapidement que les hommes et qu'elles arrivent mieux à faire comprendre verbalement leur état augmente leur chance de recevoir un diagnostic psychiatrique, à l'inverse des hommes qui, en ayant des difficultés à exprimer leur état et à demander de l'aide, encourent le risque d'être sous-diagnostiqués, leurs problèmes émotionnels restant cachés aux yeux des professionnels qui pourraient ne se focaliser que sur l'aspect physique de la plainte.

Un autre argument pour expliquer le sous-diagnostic de la dépression chez les hommes dénonce le DSM-IV. En effet, les critères de dépression ne prendraient pas assez en considération les différentes modalités d'expression de détresse chez les hommes (ils citent l'hostilité, l'abus de substances, la critique envers d'autres personnes) en faveur d'une présentation de symptômes dépressifs qu'ils qualifient de féminine (culpabilité, sentiment d'inutilité)³⁹⁻⁴⁰.

Certains auteurs en concluent que les institutions de la santé, via le DSM-IV, renforcent les constructions sociales liées au genre en diagnostiquant les femmes et en ignorant les hommes. La tendance précédemment décrite chez les hommes découlerait d'après les sociologues d'un modèle appelé « hégémonie masculine » (Hegemonic masculinity). La théorie de l'hégémonie masculine est définie comme étant « la configuration de la pratique du genre qui garantit aux hommes la position dominante et la subordination aux femmes »⁴¹. Cela signifie qu'il existe un modèle de masculinité qui, lorsqu'il est appliqué, permet aux hommes d'être position de dominance par rapport aux femmes. Ainsi, ce modèle suggérerait à l'homme qu'afin d'accomplir sa masculinité, il ne devrait pas se soucier de sa santé ou de son bien-être, cette indifférence qui lui renverrait une image de lui-même physiquement et émotionnellement plus forte que les femmes¹⁵.

En d'autres termes, le fait que l'on observe une tendance à ne pas rechercher de l'aide médicale chez les hommes prendrait ses origines dans un accord « collectif » qui imputerait aux hommes de ne pas se mettre dans une position où l'on demande de l'aide ni de consulter un médecin car cela renverrait à une forme de vulnérabilité ou de faiblesse que l'on considérerait comme féminine. Cet accord renforce la croyance qu'un homme, un vrai, sait s'occuper de lui-même (« a real man can manage himself »). Ceci pourrait aussi se refléter dans la peur qu'éprouvent certains patients hommes de perdre la face lorsqu'ils sont en consultation face à leur médecin⁴².

Ce concept a été fréquemment utilisé et il fait face à des critiques croissantes quant à son applicabilité de nos jours. Des études mettent en avant le fait qu'il existe une variabilité entre les hommes et que certains sont tout à fait prêts à discuter de leur dépression et à prendre soin de leur santé. On ne saurait se limiter qu'à un seul modèle pour tous, même si ce dernier a été et est peut-être toujours, le modèle dominant¹⁵.

Un autre fait permettant de différencier les hommes des femmes dans le vécu d'une dépression se refléterait dans l'attente des patients envers leur médecin. Les femmes valorisent les médecins qui ont une grande capacité d'écoute tandis que les hommes valorisaient davantage les médecins qui réussissaient à les faire parler¹⁴.

Résultats

1. Résultats du questionnaire d'après le genre au moment de l'inclusion (t0)

Echantillon étudié

906 patients de la base de données sur 937 avaient répondu à la question n°2 du PHQ concernant la dépression à t0. Parmi ces 906 patients, 571 étaient des femmes et 335 étaient des hommes ce qui représente respectivement 63% et 37% de l'échantillon (Figure 1).

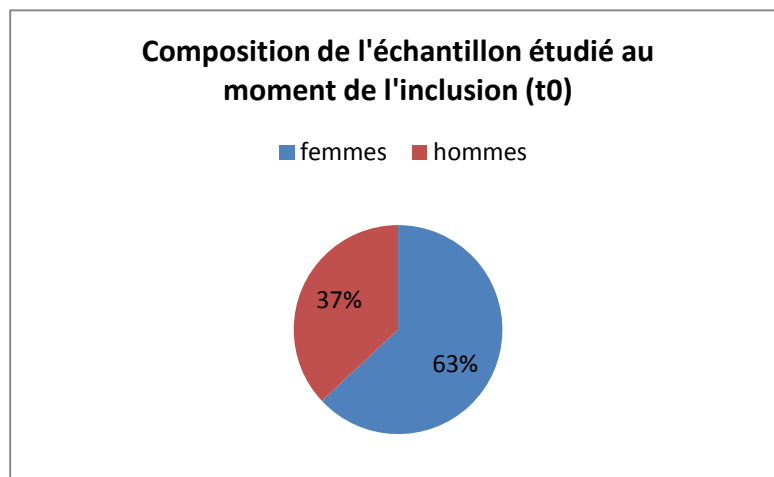


Figure 1 : Composition de l'échantillon étudié à t0

Dépression

La prévalence totale de la dépression dans notre échantillon, qui regroupe dépression mineure et majeure, est de 20.53%. L'analyse du taux de dépression n'a pas montré de différence significative selon le genre ($p = 0.764$). Le diagnostic de dépression a été retenu chez 21.19% des femmes et 19.4% des hommes pour un seuil de significativité à 0.05 (Figure 2). 13% des femmes et 11% des hommes présentaient une dépression mineure, 8% des femmes et 8% des hommes présentaient une dépression majeure (Figures 3 et 4).

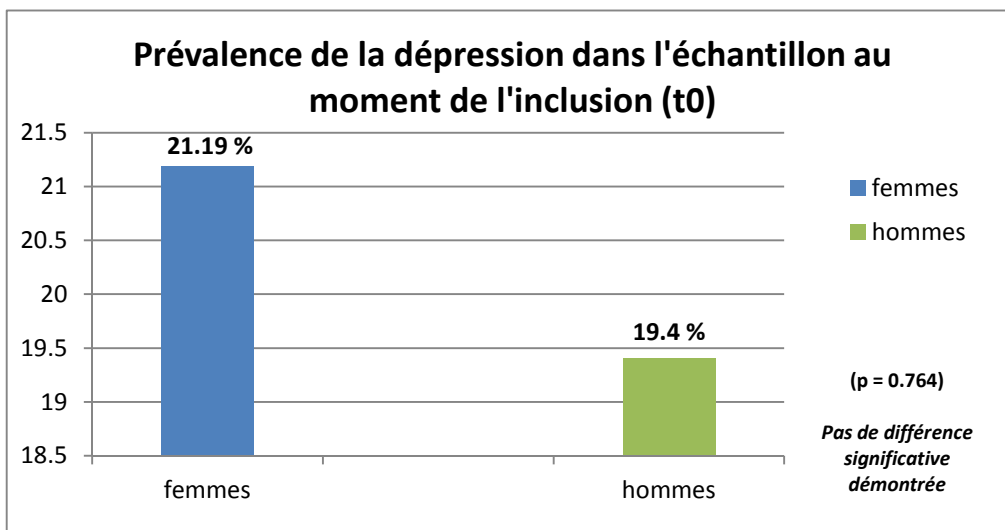


Figure 2 : Prévalence de la dépression dans l'échantillon à t0

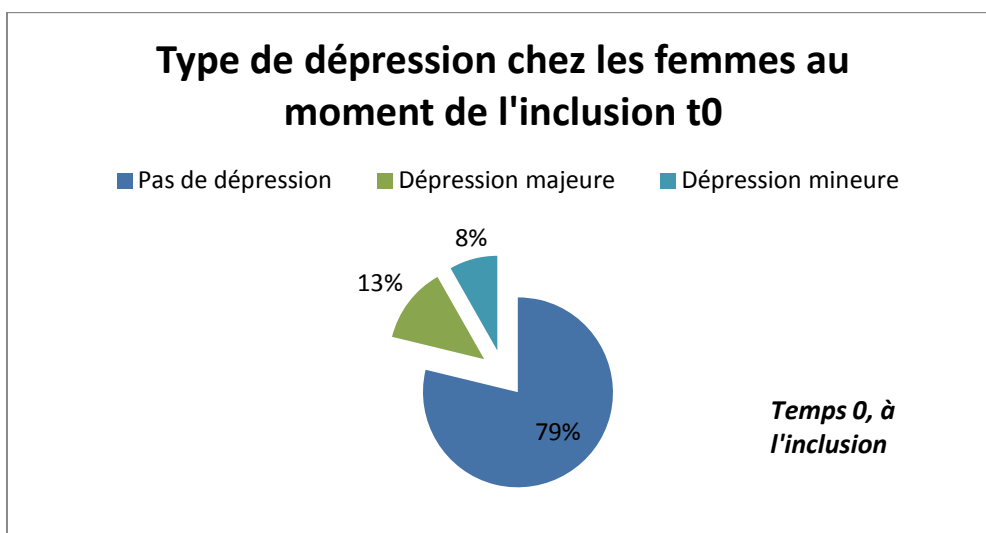


Figure 3 : Type de dépression chez les femmes à t0

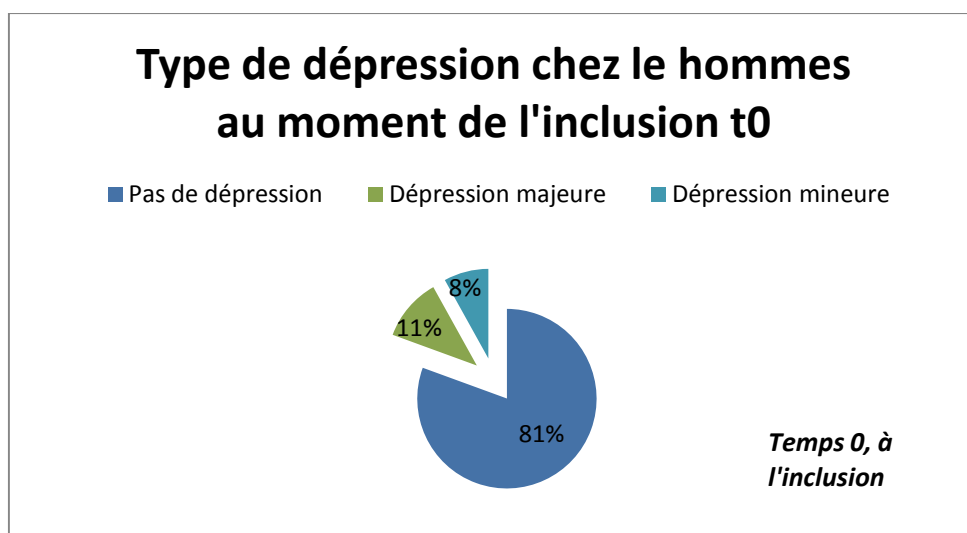


Figure 4 : Type de dépression chez les hommes à t0

Gender	Pas de dépression	Dépression	Dépression majeure	Dépression mineure	Total
Femmes	450	121	74	47	571
%	78.8	21.2	13.0	8.2	100
Hommes	270	65	38	27	335
%	80.6	19.4	11.34	8.06	100
total	720	186	112	74	906
%	79.5	20.5	12.4	8.2	100

($p = 0.764$)

Tableau 1 : Données relatives à la dépression issues de la question n°2 du PHQ à t0

2. Résultats du questionnaire à une année, t1

Population étudiée

On observe une diminution de 19% de patients avec réponses concernant la dépression par rapport à t0, le total de patients de la base de données passant de 906 à 734 sur 937 transmis à l'origine (Figure 5). L'échantillon que nous avons utilisé est constitué de 465 femmes et 269 hommes. Les femmes représentent 63% de l'échantillon étudié ce qui correspond la proportion de femmes à t0 (Figure 6).

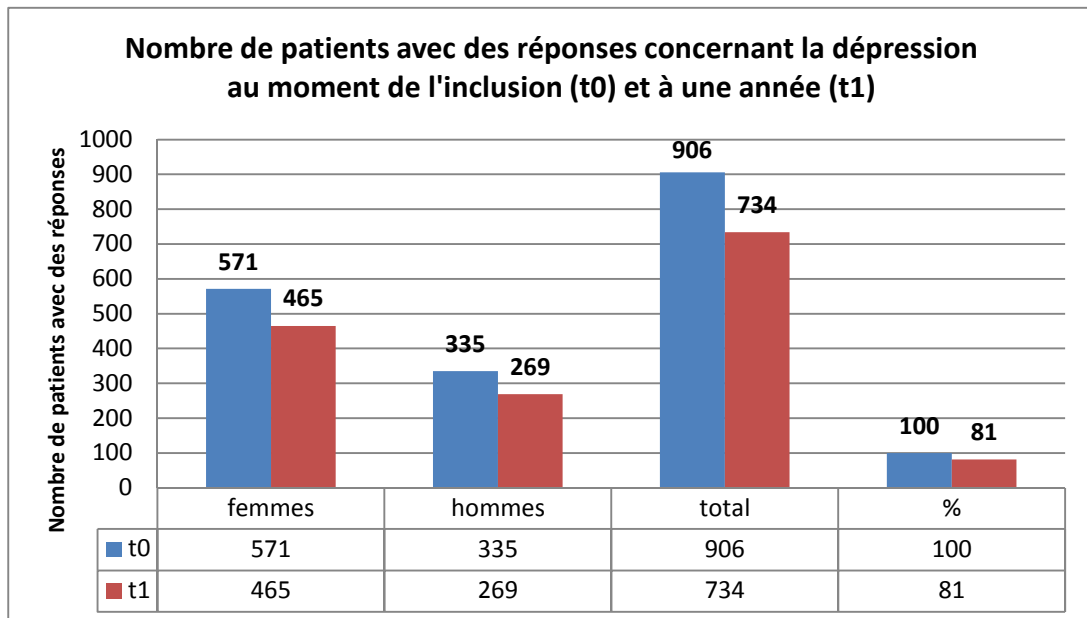


Figure 5 : Comparaison de la composition de l'échantillon entre t0 et t1

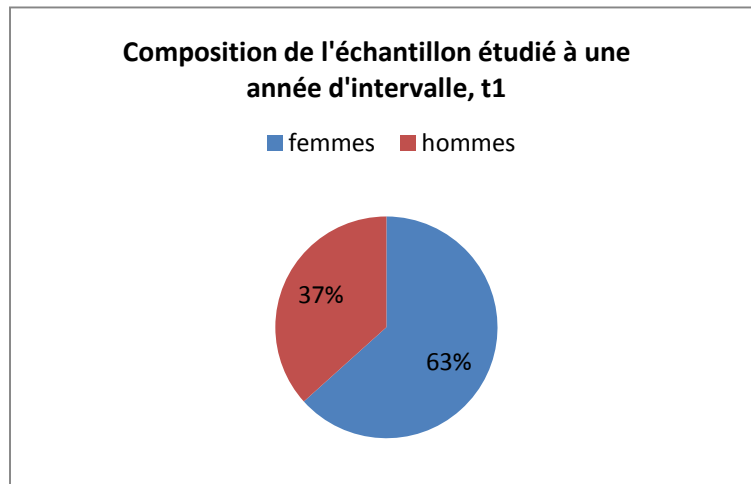


Figure 6 : Composition de l'échantillon étudié à t1

Dépression

La prévalence de la dépression dans notre échantillon ne montre pas de différence significative selon le genre ($p= 0.9$). Elle est de 17.64% chez les femmes et de 16.72% chez les hommes pour un seuil de significativité à 0.05 (Figure 7). 10% de femmes et 9% des hommes présentent une dépression majeure, 8% des femmes et 8% des hommes présentent une dépression mineure (Figures 8 et 9).

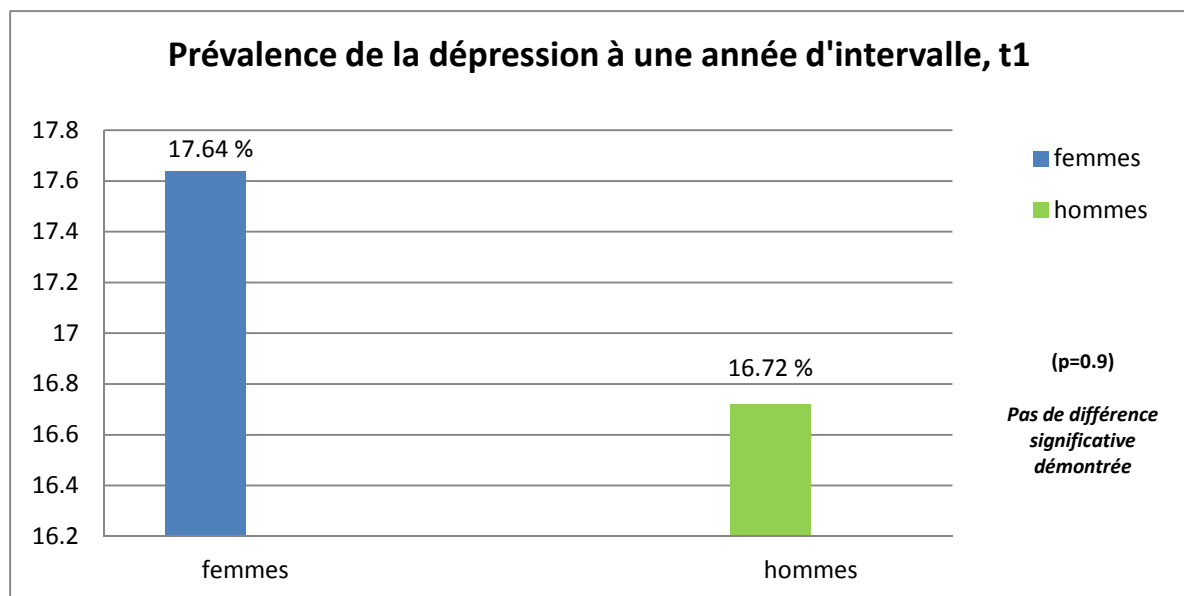
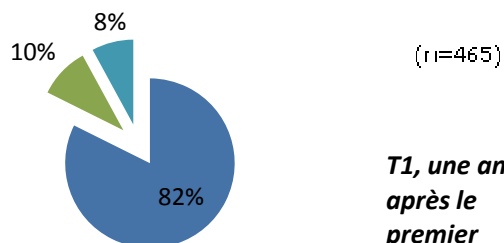


Figure 7 : Prévalence de la dépression à une année d'intervalle, t1

Type de dépression chez les femmes à une année d'intervalle, t1

■ Pas de dépression ■ Dépression majeure ■ Dépression mineure

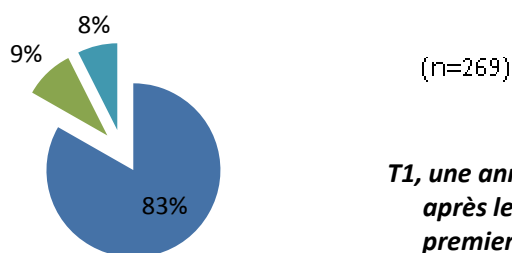


(n=465)
T1, une année après le premier questionnaire

Figure 8 : Type de dépression chez les femmes à t1

Type de dépression chez les hommes à une année d'intervalle

■ Pas de dépression ■ Dépression majeure ■ Dépression mineure



(n=269)
T1, une année après le premier questionnaire

Figure 9 : Type de dépression chez les hommes à t1

Genre	Pas de dépression	Dépression	Dépression majeure	Dépression mineure	Total
Femmes	383	82	45	37	465
%	82.37	17.64	9.68	7.96	100
Hommes	224	45	25	20	269
%	83.27	16.72	9.29	7.43	100
Total	607	127	70	57	734
%	82.7	17.31	9.54	7.77	100

(p= 0.9)

Tableau 2 : Données relatives à la dépression issues de la question n°2 du PHQ à t0

Evolution

Les mesures effectuées lors de l'analyse des données relatives à la dépression ne permettent pas d'affirmer qu'il existe une différence significative selon le genre ($p=0.724$) (Figure 10).

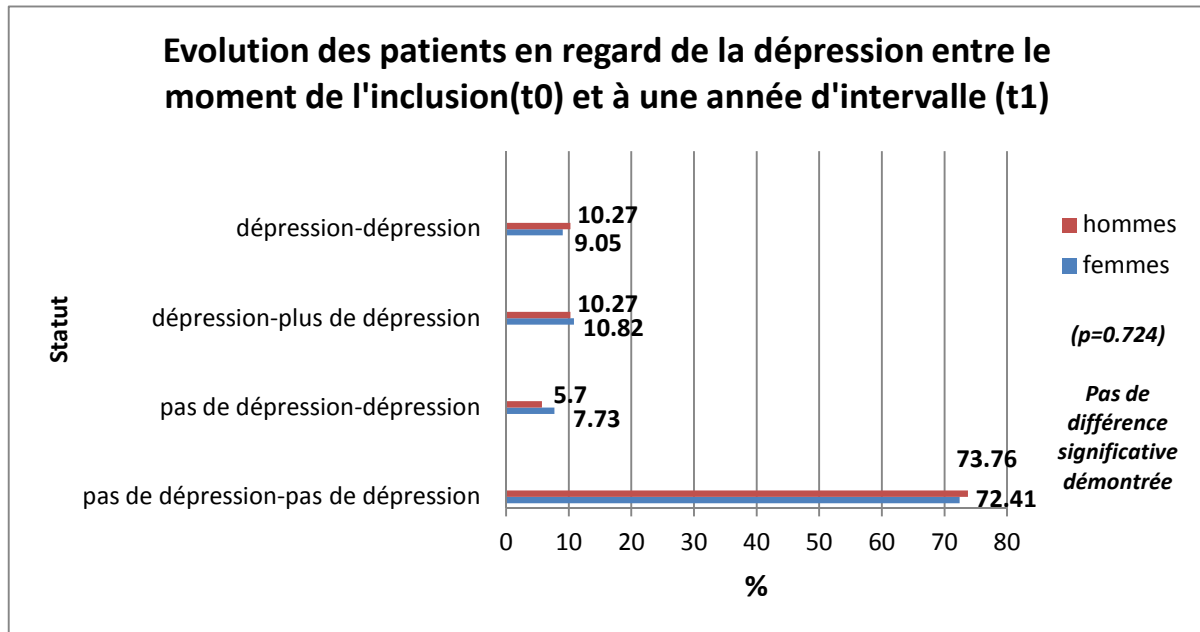


Figure 10 : Evolution des patients en regard des données relatives à la dépression entre t0 et t1

Discussion

L'échantillon que nous avons étudié à t0 et à t1 est majoritairement composé de femmes (63%).

Les analyses statistiques effectuées n'ont pas permis de montrer de différences statistiques significatives en fonction du genre chez les patients de l'étude SODA, que ce soit au moment de l'inclusion (t0, $p=0.764$) ou à une année d'intervalle (t1, $p=0.9$). L'analyse de l'évolution des diagnostics de dépression n'a pas non plus montré de différence significative selon le genre.

On observe une diminution de 19% du nombre de patients avec des réponses sur le genre ou la question n°2 du PHQ concernant la dépression qui passe de 906 patients à t0 et de 734 à t1. Cette différence est majoritairement due à un manque de données codées concernant la dépression. Tel que nous l'avons décrit dans la méthode, une analyse de sensibilité a été effectuée afin d'éviter un biais d'échantillonnage lorsque nous ne prenions pas en compte les patients avec des données manquantes pour les analyses statistiques.

La prévalence de la dépression dans notre échantillon diminue légèrement (20.5% à t0, 17.3% à t1). Tant chez les hommes que chez les femmes, elle est supérieure à la prévalence de la dépression diagnostiquée chez les patients d'un médecin de famille en Suisse mesurée

par l'étude Sentinella qui rapporte une prévalence de 10% (sans distinction entre dépression majeure et mineure)^{6,30,33}. Il faut cependant préciser que les patients de notre échantillon consultaient leur médecin de famille exclusivement pour une plainte d'ordre physique et que nous ne disposons pas de données suffisantes pour connaître le motif de consultation des patients de l'étude Sentinella ni les critères d'après lesquels un diagnostic de dépression a été retenu.

Nous ne nous attendions pas à ces résultats et pensions trouver un taux de dépression deux fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes comme le suggère la littérature.

Une des hypothèses que nous proposons afin d'expliquer cette absence de différence significative de prévalence de la dépression s'appuie essentiellement sur le fait que nos patients consultaient leur médecin de famille pour une plainte physique. Si l'on se réfère à la revue de littérature effectuée, les hommes qui ont souffert de dépression rapportaient essentiellement des symptômes physiques d'apparition soudaine tandis que les femmes avaient dans l'ensemble davantage tendance à s'attribuer des émotions négatives et des pensées culpabilisantes et rabaisantes³. Nous avons aussi rapporté qu'il était suggéré que les hommes avaient plus de difficultés à prendre connaissance de leur détresse psychologique, qu'ils avaient plutôt tendance à la banaliser et à repousser les limites de ce qu'ils pouvaient supporter avant de demander de l'aide. Cette demande d'aide peut dans certains cas se manifester par de l'agressivité, des comportements à risque et parfois même conduire brutalement et de manière inattendue à un suicide.

Ces comportements eux-mêmes peuvent être à l'origine de lésion physiques (bagarres, alcoolisation, tentamen) nécessitant une consultation médicale pour une plainte physique ; quand bien même elles seraient la conséquence d'une dépression qui pourrait avoir été masquée jusqu'à la survenue de l'un de ces événements.

La peur de perdre la face devant leur médecin ou la difficulté à s'exprimer verbalement sur ses émotions sont aussi des arguments évoqués pour expliquer l'absence de recherche de soins

Le PHQ est, comme nous l'avons vu, un questionnaire auto-administré. Lors de l'étude SODA, les patients pouvaient choisir de remplir le questionnaire au cabinet du médecin de famille ou en dehors, tout en étant au courant qu'il s'agissait d'un questionnaire garantissant leur anonymat.

Nous proposons comme hypothèse que les modalités de l'étude SODA contribuent à l'absence de différence significative entre hommes et femmes concernant le diagnostic de dépression. Le fait de dépister la dépression chez des patients consultant pour une plainte physique permet d'atteindre des personnes qui spontanément n'auraient certainement pas consulté en raison d'une altération de l'humeur. Les raisons qui pousseraient une personne

souffrant de dépression à ne pas consulter son médecin de famille spécifiquement pour ce motif serait peut-être la peur de perdre la face, la difficulté à s'exprimer ou tout simplement l'attribution de sa détresse psychique à des symptômes physiques ou extérieurs, d'autant plus s'ils apparaissent de manière soudaine. La présentation d'une plainte physique peut aussi être interprétée comme une tentative d'établir un contact avec un médecin si l'expression verbale est difficile, rappelons que 50-70% des patients de dépression consultent leur médecin de famille pour une plainte d'ordre physique. Tous ces éléments tendent vers une présentation plutôt masculine de la dépression, telle que nous l'avons exposée dans ce travail.

Un argument limitant notre hypothèse est le fait que d'après les mêmes études que celles qui soulignent la difficulté des hommes à s'exprimer et à reconnaître leurs symptômes dépressifs, les femmes auraient davantage tendance à verbaliser leurs émotions et à chercher de l'aide. Ceci se traduirait par une demande de consultation pour une plainte psychique. Notre échantillon s'intéressant à des patients consultant exclusivement pour une plainte physique, il est possible que cela ait induit un biais de sélection, expliquant l'absence de différence de prévalence. Un autre argument pouvant limiter notre hypothèse fait référence au DSM-IV, sur lequel se base le PHQ. Le DSM-IV est critiqué pour ne pas prendre suffisamment en compte les symptômes de dépression généralement attribués aux hommes en faveur d'une présentation féminine. Il pourrait être envisagé que le diagnostic de dépression posé au moyen du PHQ ait sélectionné une population d'hommes présentant des symptômes différents de ceux sur lesquels s'appuie la littérature que nous avons présentée infirmant notre hypothèse.

Pour ce travail, nous avons analysé les données concernant la dépression et le genre. Nous n'avons pas étudié le profil sociodémographique de nos participants. Une étape ultérieure pourrait consister en l'analyse de ces facteurs sociodémographiques afin de déterminer si l'échantillon que nous avons analysé correspond ou non à une population socialement homogène, type de population chez qui une différence entre hommes et femmes dans la dépression n'est souvent pas démontrée.

L'étude SODA permet le dépistage des troubles anxieux, dépressifs et somatoformes. Or, dans un article analysant l'importance des facteurs de stress psycho-sociaux au sein de l'étude SODA, un recoupement entre ces trois catégories diagnostiques a été mentionné. Il est possible qu'une partie de nos patients avec un diagnostic de dépression aient aussi un ou deux autre(s) trouble(s) (anxieux ou somatoforme) et que s'ils avaient été diagnostiqués en dehors de l'étude, leur mode de présentation des symptômes aurait conduit leur médecin à poser un autre diagnostic que celui de dépression.

Conclusion

La dépression est la maladie psychique la plus fréquente, c'est également le diagnostic psychiatrique le plus fréquemment posé en cabinet. Le médecin de famille doit faire face à

une situation complexe, car le fait qu'un grand nombre de patients souffrant de dépression consultent leur médecin de famille pour une plainte physique oblige ce dernier à être particulièrement attentif au discours du patient. La littérature suggère que le mode de présentation des symptômes d'une dépression, le vécu et la réponse au traitement sont différents entre hommes et femmes. Ces différences relèvent à la fois du sexe et du genre des patients. Contre toute attente, l'absence de différence de prévalence de la dépression entre hommes et femmes dans l'étude SODA, pourrait signifier que des patients échappant habituellement à la suspicion clinique du médecin ont pu se voir assigner un diagnostic de dépression. Ces patients sont, dans le cadre de nos analyses, des hommes. Les raisons qui pourraient expliquer ce phénomène ainsi que leurs limites ont été évoquées dans la discussion. L'hypothèse que nous proposons impliquerait que les médecins de famille pourraient bénéficier d'une écoute plus orientée vers le genre des patients, ce qui pourrait, en fonction de la tendance de présentation des symptômes, lui évoquer la possibilité d'une dépression qu'une plainte physique y soit associée ou non ; tout en gardant à l'esprit qu'au-delà d'appartenir à un genre en particulier, il s'agit d'individus et non de stéréotypes. Certains auteurs suggèrent que les hommes valoriseraient les médecins qui auraient la capacité de les aider à s'exprimer. Cette démarche pourrait éventuellement permettre une détection plus précoce de la dépression chez les hommes et probablement avoir un impact sur le risque suicidaire, deux fois plus élevé chez ces derniers.

Remerciements

Un grand merci à la Dresse Lilli Herzig, au Prof. Pascal Singy, à la Dresse Nicole Jaunin, à M. Paul Vaucher pour leur disponibilité, leurs enseignements et leurs précieux conseils.

Bibliographie

1. Rasgon NL, McGuire MT, Troisi A. « Evolutionary concepts of gender differences in depressive disorders ». Mood disorders in women. Ed. Steiner M, Yonkers KA, Eriksson A. Martin Dunitz Ltd. London: The Livery House, 2000. 35-45.
2. Haftgoli N, Favrat B, Verdon F, Vaucher P, Bischoff T, Burnand B, Herzig L. Patients presenting with somatic complaints in general practice: depression, anxiety and somatoform disorders are frequent and associated with psychosocial stressors. *BMC Fam Pract*. 2010 Sep 15;11:67.
3. Lombardo P, Vaucher P, Haftgoli N, Burnand B, Favrat B, Verdon F, Bischoff T, Herzig L. The 'help' question doesn't help when screening for major depression: external validation of the three-question screening test for primary care patients managed for physical complaints. *BMC Med*. 2011 Oct 18;9:114.
4. Herzig L, Mühlemann N, Bischoff T. Mental disorders in primary care]. *Rev Med Suisse*. 2010 May 19;6(249):1000-2, 1004-5.
5. Spitzer RL, Kroenke K. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. JAMA* 1999;282(18):1737-44.
6. Brawand-Bron A, Gillibert C. Trouble dépressif à travers les âges en MPR : outils de dépistage, de diagnostic et de suivi. *Rev Med Suisse* 2010;6:1826-31.
7. M. Vannotti I. Jacot-Sadovski J. Cornuz. Dépistage de la dépression majeure au cabinet médical : recommandations et enjeux cliniques. *Rev Med Suisse* 2002 N°589
8. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bull World Health Organ*. 2000;78(4):413–426.
9. American Psychiatric Association – DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des Troubles mentaux, 4^e édition, Texte Révisé (Washington DC, 2000). Traduction française par J.-D. Guelfi et al., Masson, Paris, 2003; p.429.
10. Fussinger C. Genre, médecine et santé : quelques repères. *Rev Med Suisse* 2010; 6: 1429-32.
11. Krieger N. Genders, sexes, and health: what are the connections – and why does it matter? *Int J Epidemiol* 2003;32(4):652-7.
12. Krieger N. A Glossary for social epidemiology. *J epidemiol community Health* 2001; 55 :693-700.
13. Johnson J, Stewart DE. DSM-V: toward a gender sensitive approach to psychiatric diagnosis. *Arch Womens Ment Health* 2010;13:17-19.
14. Danielsson U, Bengs C. Struck by lightning or slowly suffocating – gendered trajectories into depression. *BMC Family Practice* 2009;10:56
15. Noone JH, Stephens C. Men, masculine identities, and health care utilisation. *Sociol Health Illn*. 2008;30(5):711-25.
16. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977 Apr 8;196(4286):129-36.
17. Dielissen PW, Verdonk P, Bottema BJ, Lagro-Janssen TL. Evaluating the teaching of gender-specific medicine in postgraduate training for general practitioners. *J Eval Clin Pract*. 2009 Dec;15(6):1226-9.
18. Denton M, Prus S. Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health. *Social Science & Medicine* 2004;58: 2585-2600.
19. Glezerman M. Discrimination by good intention: Gender-based medicine. *IMAJ* 2009;11:39-41.
20. Lagro-Janssen T, Lo Fo Wong S. The importance of gender in health problems. *Eur J Gen Pract*. 2008;14Suppl 1:33-7.
21. Krishnan R, Roy-Byrne PP. Epidemiology, pathogenesis, and neurobiology of depression. In: UpToDate, Basow, DS (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2010.
22. WHO, Quantifying environmental health impacts: global burden of disease concept (chap. 3) source: http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/en/9241546204chap3.pdf

23. Politique nationale suisse pour la santé, Santé psychique, Projet pour une stratégie nationale visant à protéger, à promouvoir, à maintenir et à rétablir la santé psychique de la population en Suisse. Février 2004.
24. Wicki M. Rapport de stage de licence : Le concept de la santé publique dans le domaine de la santé psychique : l'exemple de l'alliance contre la dépression. Université de Genève, faculté des sciences économiques et sociales, département de science politique, automne 2006.
25. Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP). Maladies non transmissibles; santé psychique: les données et les faits. Source : <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/01916/index.html?lang=fr>
26. Office Fédéral de la Statistique (OFS). Etat de santé et des maladies-Données, indicateurs : Survol des maladies chroniques. Source : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/01/key/02.html>
27. Office Fédéral de la Santé Publique. Maladies non transmissibles-Prévention des suicides: fréquences des suicides. Source : <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/01915/index.html?lang=fr>
28. OFSP, Conférence des directeurs cantonaux de la santé. Dépistage Précoce de la dépression. Berne, 14 mars 2005.
29. Canton de Vaud, Politique de santé mentale-plan d'actions 2007-2012. Source : http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/dsas/ssp/fichiers_pdf/synthese_plan_SANMT_vdef_novembre_08.pdf
30. Dreyer G, Schuler D. (2010). Diagnostics psychiatriques et médicaments psychotropes dans les cabinets médicaux en Suisse (Obsan Bulletin 1/2010). Neuchâtel (CH): Observatoire suisse de la santé.
31. Cornuz J, Pasche O. « Dépression ». COMPAS. Editions Médecine et Hygiène, Chêne-Bourg, 2010. pp.440-448.
32. Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP). Systèmes de déclaration-Système de déclaration Sentinella :Description du système. Source: http://www.bag.admin.ch/k_m_meldesystem/00736/00817/index.html?lang=fr
33. Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP). La dépression : une analyse des déclarations recensées en 2008 dans les cabinets de généralistes grâce au système Sentinella. Berne: OFSP 2010 nov; bulletin 45; pp. 1075-78. (*Erratum dans le bulletin 46*)
34. Parker G, Brotchie H. Gender differences in depression. *Int Rev Psychiatry*. 2010;22(5):429-36.
35. Leach LS, Christensen H. Gender differences in depression and anxiety across the adult lifespan : the role of psychosocial mediators. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008;43(12):983-98.
36. Définition du Neuroticisme selon Eysenck. Source : <http://www.medecine-des-arts.com/+Neuroticisme-.html>
37. Danielsson U, Johansson EE. Beyond weeping and crying: a gender analysis of expressions of depression. *Scand J Prim Health Care*. 2005;23(3):171-7.
38. Kessler D, Lloyd K, Lewis G, Gray DP. Cross sectional study of symptom attribution and recognition of depression and anxiety in primary care. *BMJ* 1999;318:436-9.
39. Emslie C, Ridge D. Exploring men's and women's experiences of depression and engagement with health professionals : more similarities than differences ? A qualitative interview study. *BMC Family Practice* 2007;8:43.
40. Ridge D, Emslie C. Understanding how men experience, express and cope with mental distress: where next ? *Sociol Health Illn*. 2011;33(1):145-59.
41. Connel RW. *Gender* Cambridge: Polity press; 2002 source: Danielsson U, Bengs C. Struck by lightning or slowly suffocating – gendered trajectories into depression. *BMC Family Practice* 2009;10:56
42. Pollock K. Maintaining face in the presentation of depression: constraining therapeutic potential of the consultation. *Health* 2007,11:163-80.

Annexe 1

Critère A d'un épisode majeur dépressif selon le DSM-IV

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

N.B : Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection médicale générale, à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur.

- 1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, tous les jours, signalée par le sujet (p.ex. se sent triste) ou observée par les autres (p.ex. pleure)
- 2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
- 3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p.ex., modification du poids corporel en un mois excédent 5%), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
- 4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
- 5) Agitation ou ralentissement psychomoteur tous les jours (constatés par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
- 6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
- 7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
- 8) Diminution des l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
- 9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

Question n°2 du PHQ (PHQ-9):

2. Au cours des 2 dernières semaines, pendant combien de temps avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ?

Pas du tout	Quelques	plus d'1 jour	Presque chaque
	jours	sur 2	jour

- a. Perte d'intérêt ou de plaisir
- dans vos activités habituelles.

- b. Sentiment d'abattement, de
dépression ou de désespoir.
- c. Difficulté à vous endormir, à
rester endormi(e), ou au contraire
tendance à trop dormir.
- d. De la fatigue ou un manque
d'énergie.
- e. Un manque ou un excès
d'appétit.
- f. Une mauvaise opinion de vous-
même – l'impression que vous êtes
un(e) raté(e) – ou que vous n'êtes pas
à la hauteur, à vos yeux ou à ceux de
votre famille.
- g. De la difficulté à vous concentrer,
p.ex. pour lire le journal ou regarder
la télévision.
- h. L'impression de parler ou de bouger
si lentement que votre entourage aurait
pu s'en apercevoir – ou au contraire, une
tension ou une agitation telles que vous
n'avez pas cessé de vous lever et de
bouger.

i. Avoir souhaité mourir ou pensé à
vous faire du mal.