

Université de Montréal

Étude du fardeau
de la dépression au Canada dans la
population active de 18 ans à 64 ans

par
Brigitte Desjardins

Faculté de Pharmacie

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de maîtrise
en Sciences Pharmaceutiques
option Pharmacoeconomie

Décembre 2001

©, Brigitte Desjardins, 2001



QV
705
U58
2002
V.003

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :
Étude du fardeau
de la dépression au Canada dans la
population active de 18 ans à 64 ans

présenté par :
Brigitte Desjardins

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Claudine Laurier

Yola Moride

Jean Lachaine

Résumé en français

La dépression affecte entre 5 et 10% de la population mondiale. Les conséquences de la dépression sont importantes et représentent un problème considérable pour la société.

L'objectif principal de cette étude était d'estimer le fardeau financier annuel de la dépression et des symptômes dépressifs au Canada pour l'année 2000. Cette évaluation a été basée sur la prévalence de la dépression dans une population âgée de 18 à 64 ans. Les coûts directs incluent les hospitalisations, les visites à l'urgence, le service de transport ambulancier, les visites médicales chez un psychiatre, un médecin généraliste, un psychologue et chez un travailleur social ainsi que les médicaments. Les coûts indirects prennent compte de l'absentéisme, de la perte de productivité au travail et de la mortalité précoce.

Nous avons estimé que le fardeau économique des symptômes dépressifs au Canada était de 5.4 milliards de dollars, pour l'année 2000. Les coûts directs comptent pour 2.1 milliards de dollars, soit 39.5 % de la facture totale et les coûts indirects comptent pour 3.2 milliards de dollars, 60.5 % de ce fardeau. Les coûts indirects reliés à la mortalité précoce due à la dépression totalisent 831 millions de dollars, soit 15.4 %, et ceux reliés à la diminution de la productivité pendant le travail ainsi que ceux associés à l'absentéisme au travail totalisent 2.4 milliards dollars, soit 45.1 % de la facture totale.

Le fardeau de la dépression au Canada dans la population active des 18 à 64 ans est très imposant. Cette étude devient importante pour la société canadienne, car elle met en relief l'imposant fardeau que nous incombe la dépression au Canada.

Mots clés: dépression, fardeau de la maladie, coûts directs, coûts indirects, productivité, absentéisme, mortalité précoce, Canada.

Résumé en anglais

(Abstract)

Depression is a debilitating mental illness that affects between 5% to 10% of the population worldwide. Although several U.S. studies have estimated the burden of depression, little is known about its impact in Canada. The objective of this study was to estimate the economic burden of depression and depressive symptoms in Canada in 2000. A cost-of-illness study was performed based on prevalent cases. Adults between the ages of 18 and 64 with a diagnosis of depression were included. Direct costs included hospitalization, ER visits, visits to general practitioners, psychiatrists, psychologists and social workers, medications and ambulance services. Indirect costs included the cost of decreased productivity while at work, absenteeism and premature mortality by suicide. The total cost of depression in Canada in 2000 was approximately \$5.4 billions. Direct costs were \$2.1 billions or 39.5% of the total direct cost.

Indirect costs were \$3.2 billions, or 60.5% of total costs. Mortality costs were evaluated at 831 millions dollars, or 15.4%. Productivity losses were estimated at 2.4 billions, this represent 45.1% of the burden of depression and depressive symptoms.

The burden of depression in Canada is tremendous. This study is important for the Canadian population, because it underlines the economic impact of an incapacitating mental disease although very much treatable.

Key words: depression, burden of illness, direct costs, indirect costs, productivity, absenteeism, premature mortality, Canada.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ EN FRANÇAIS.....	i
RÉSUMÉ EN ANGLAIS.....	ii
TABLE DES MATIÈRES	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	vi
LISTE DES FIGURES.....	xi
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	xii
LISTE DES ANNEXES.....	xiii
DÉDICACE	xiv
REMERCIEMENTS	xv
Chapitre 1. Introduction	1
Chapitre 2. Revue de la documentation.....	3
2.1 Définitions.....	3
2.2 Prévalence au Canada.....	7
2.3 Récurrence.....	9
2.4 Co-morbidité et somatisation	10
2.5 Les traitements	12
2.6 Conséquences.....	15
2.7 Fardeau économique de la dépression.....	15
2.7.1 Évaluation du fardeau de la dépression	17
Chapitre 3. Objectif de l'étude	29
Chapitre 4. Méthode.....	30
4.1 Population à l'étude	31

4.2	Stratification	31
4.3	Collecte de données.....	32
4.4	Coûts médicaux directs	32
4.4.1	Coûts directs hospitaliers	33
4.4.2	Coûts directs associés aux visites médicales et psychiatriques en milieu ambulatoire	38
4.4.3	Coûts directs associés aux visites chez un psychologue ou un travailleur social	45
4.4.4	Coûts directs associés aux visites à l'urgence pour la dépression.....	48
4.4.5	Coûts directs associés au transport ambulancier lors d'un suicide dû à la dépression	50
4.4.6	Coûts des antidépresseurs au Canada en ambulatoire	51
4.5	Coûts indirects reliés à la dépression et aux symptômes dépressifs.....	54
4.5.1	Coûts associés à la mortalité précoce	54
4.5.1.1	Principales caractéristiques du modèle.....	56
4.5.1.2	Exemple de calcul.....	56
4.5.1.3	Données	59
4.5.2	Coûts reliés à la perte de productivité.....	71
4.5.2.1	Coûts associés aux journées de travail perdues.....	71
4.5.2.2	Coûts associés à la réduction de la productivité durant les heures de travail	75

Chapitre 5. Résultats	77
5.1 Coûts directs	78
5.2 Coûts indirects	80
5.2.1 Coûts associés à la mortalité précoce par suicide due à la dépression	81
5.2.2 Coûts associés à la perte de productivité au travail	84
5.3 Analyse de sensibilité	89
Chapitre 6. Discussion	92
Chapitre 7. Limites principales de l'étude	103
Chapitre 8. Principales forces de l'étude	104
Chapitre 9. Conclusion	105
Chapitre 10. Divulgence des sources	106
Références	107

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Code de diagnostics internationaux CIM-9-MC pour les troubles de l'humeur.....	4
Tableau 2	Classification selon CANMAT des épisodes dépressifs majeurs.....	5
Tableau 3	Classification selon CANMAT des "autres troubles dépressifs".....	6
Tableau 4	Prévalence des symptômes dépressifs selon l'âge et le sexe.....	7
Tableau 5	Prévalence de la dépression chez des patients souffrant de diverses conditions médicales.....	10
Tableau 6	Classification des agents antidépresseurs sur le marché canadien en l'an 2000.....	13
Tableau 7	Coûts associés à la dépression.....	16
Tableau 8	Coûts directs associés au suicide au Nouveau-Brunswick en 1996.....	26
Tableau 9	Nombre de cas et nombre de jours d'hospitalisation reliés à un diagnostic primaire pour les hôpitaux généraux et psychiatriques: année 1997/98.....	34
Tableau 10	Prix journalier moyen pour une hospitalisation liée à la dépression dans un hôpital psychiatrique au Canada, pour l'année 2000.....	35
Tableau 11	Prix unitaire d'une visite médicale par un psychiatre dans un hôpital, au Canada pour l'année 2000.....	36
Tableau 12	Prix journalier moyen d'une hospitalisation liée à la dépression dans un hôpital psychiatrique au Canada incluant le prix d'une visite médicale, en 2000.....	36

Tableau 13	Prix journalier moyen pour une hospitalisation liée à la dépression dans un hôpital général au Canada pour l'année 2000.....	37
Tableau 14	Prix unitaire d'une visite médicale par un généraliste dans un hôpital, au Canada pour l'année 2000	37
Tableau 15	Prix journalier moyen pour une hospitalisation liée à la dépression dans un hôpital général au Canada incluant le prix d'une visite médicale pour l'année 2000	38
Tableau 16	Nombre de visites en ambulatoire chez un médecin généraliste avec un diagnostic de dépression au Canada, pour l'année 2000	39
Tableau 17	Nombre de visites en ambulatoire chez un psychiatre avec un diagnostic de dépression au Canada, pour l'année 2000	40
Tableau 18	Prix unitaire pour une visite médicale ou psychiatrique en ambulatoire, en Nouvelle-Écosse pour l'année 2000	41
Tableau 19	Prix unitaire pour une visite médicale ou psychiatrique en ambulatoire, en Ontario pour l'année 2000	41
Tableau 20	Prix unitaire pour une visite médicale ou psychiatrique en ambulatoire, au Québec, pour l'année 2000	42
Tableau 21	Prix unitaire pour une visite médicale ou psychiatrique en ambulatoire, en Alberta, pour l'année 2000	42
Tableau 22	Prix unitaire pour une visite médicale ou psychiatrique en ambulatoire, en Colombie-Britannique, pour l'année 2000	43
Tableau 23	Prix unitaire moyen pondéré d'une visite chez un médecin généraliste en clinique externe ou privée, pour l'année 2000	43
Tableau 24	Prix unitaire moyen pondéré d'une visite médicale psychiatrique de type consultation chez un psychiatre au Canada, pour l'année 2000	44

Tableau 25	Prix unitaire moyen pondéré d'une visite médicale psychiatrique de type thérapie individuelle chez un psychiatre au Canada, pour l'année 2000	45
Tableau 26	Prix unitaire moyen pondéré d'une visite chez un psychologue au Canada, pour l'année 2000	47
Tableau 27	Prix unitaire moyen pondéré d'une visite chez un travailleur social au Canada, pour l'année 2000	47
Tableau 28	Nombre de visites à l'urgence dues à la dépression, selon le diagnostic, en Alberta et au Canada, pour l'année 2000	49
Tableau 29	Prix unitaire moyen pondéré au Canada d'une visite à l'urgence pour la dépression (le prix unitaire d'une visite à l'urgence par un médecin généraliste est inclus).....	50
Tableau 30	Prix unitaire moyen pondéré du transport ambulancier dû au suicide	51
Tableau 31	Exemple d'éléments pour le calcul des coûts des antidépresseurs.....	53
Tableau 32	Salaires moyen de 30 000\$ actualisé à 5 % pour une strate de 5 ans	58
Tableau 33	Salaires moyen de 30 000\$ ajusté à 1 % pour une strate de 5 ans	58
Tableau 34	Données générales servant à calculer les coûts de mortalité précoce	59
Tableau 35	Données générales spécifiques aux hommes, servant à calculer les coûts de mortalité précoce	60
Tableau 36	Données générales spécifiques aux femmes, servant à calculer les coûts de mortalité précoce	61
Tableau 37	Nombre de personnes qui auraient survécu à chaque catégorie d'âge si elles ne s'étaient pas suicidées, à partir de l'âge au suicide (Hommes).....	62

Tableau 38	Nombre de personnes qui auraient survécu à chaque catégorie d'âge si elles ne s'étaient pas suicidées, à partir de l'âge au suicide (Femmes).....	62
Tableau 39	Calcul du taux d'actualisation $(1+r)^{n-y}$ pour la tranche 18-19 ans	63
Tableau 40	Calcul du taux de croissance de la productivité $((1+g)^{n-y})$ pour la tranche 18-19 ans.....	65
Tableau 41	Calcul du taux d'actualisation $(1+r)^{n-y}$ pour les tranches restantes.....	67
Tableau 42	Calcul du taux de croissance de la productivité $((1+g)^{n-y})$ pour les tranches restantes	69
Tableau 43	Données générales pour calculer les coûts associés aux jours de travail perdus.....	74
Tableau 44	Données pour calculer les coûts associés aux jours de travail perdus chez les hommes.....	74
Tableau 45	Données pour calculer les coûts associés aux jours de travail perdus chez les femmes	74
Tableau 46	Données générales pour calculer les coûts reliés à la diminution de la productivité durant les heures de travail.....	76
Tableau 47	Coûts directs associés à la dépression au Canada, pour l'année 2000	78
Tableau 48	Coûts associés aux antidépresseurs en ambulatoire au Canada pour l'année 2000	79
Tableau 49	Coûts de la mortalité précoce due au suicide par tranche d'âge (hommes)	82
Tableau 50	Coûts de la mortalité précoce due au suicide par tranche d'âge (femmes).....	83

Tableau 51	Coûts reliés au nombre de journées perdues au travail dues à la dépression et aux symptômes dépressifs en fonction du nombre de semaines de l'épisode dépressif et de l'âge (hommes)	84
Tableau 52	Coûts reliés au nombre de journées perdues au travail dues à la dépression et aux symptômes dépressifs en fonction du nombre de semaines de l'épisode dépressif et de l'âge (femmes)	85
Tableau 53	Coûts reliés aux pertes potentielles associées à la diminution de la productivité au travail en fonction du nombre de semaines de l'épisode dépression et de l'âge (hommes).....	85
Tableau 54	Coûts reliés aux pertes potentielles associées à la diminution de la productivité au travail en fonction du nombre de semaines de l'épisode dépression et de l'âge (femmes).....	85
Tableau 55	Coûts indirects reliés à la perte de productivité et à la mortalité précoce dues à la dépression selon le type et le sexe	86
Tableau 56	Coûts indirects associés à la dépression et des symptômes dépressifs selon l'âge et le sexe.....	88
Tableau 57	Analyses de sensibilité sur les coûts indirects associés à la diminution de la productivité au travail et aux journées de travail perdues.....	90
Tableau 58	Analyses de sensibilité sur les coûts de la mortalité précoce par suicide dû à la dépression	91
Tableau 59	Comparaison de la répartition des coûts entre les principales études du fardeau de la dépression.....	93

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Formule pour calculer les coûts de mortalité précoce	55
Figure 2	Répartition des coûts du fardeau de la dépression au Canada	77
Figure 3	Répartition des coûts directs de la dépression	80
Figure 4	Répartition des coûts indirects de la dépression et des symptômes dépressifs	81
Figure 5	Répartition des coûts indirects entre les hommes et les femmes.....	87
Figure 6	Distribution des coûts indirects selon le type et le sexe.....	87

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ENSP : Enquête nationale sur la santé de la population

DSM-IV : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition*

CIM-9-MC : Classification internationale des maladies, 9e édition, modifications cliniques

CANMAT : *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments*

CIDI : *Composite International Diagnostic Interview*

NIMH : *National Institute for Mental Health*

FEMC : Fardeau économique de la maladie au Canada

IPC : Indice des prix à la consommation

ICIS : Institut canadien pour l'information sur la santé

CDTI : *Canadian Disease and Therapeutic Index*

IMS : *Intercontinental Medical Statistics*

ACCS : *Ambulatory Community Care Services*

NCS : *National Comorbidity Survey*

CHSLD : Centres hospitaliers de soins de longue durée

LISTE DES ANNEXES

Annexe I	Tableau comparatif des études du fardeau de la maladie	I
Annexe II	Case-mix-groups (CMG) basés sur les codes CIM-9-MC (voir tableau 1) correspondant aux diagnostics des troubles de l'humeur du DSM-IV.....	IV
Annexe III	Tableau de fréquences d'ordonnances et prix unitaires moyens selon le nom commercial d'antidépresseur	V
Annexe IV	Tableau des sources de données	XV

Dédicace

Lorsque j'ai débuté cet ouvrage, j'étais loin de me douter que plusieurs évènements dans ma vie allaient faire de cette entreprise, une des étapes difficiles de mon existence. Même si la maladie et le deuil de ne pouvoir avoir un enfant me causaient de la douleur, de la fatigue et des sentiments d'impuissance, j'ai persévéré dans la direction que je m'étais fixée et j'en suis particulièrement fière. Vous savez, ce qui m'a réellement aidé à travers tout ça, c'est le fait d'avoir vécu une dépression réactionnelle à 19 ans, il y a déjà 15 ans. J'ai appris plusieurs choses sur moi-même et sur la vie. Entre autres, j'ai appris le respect pour soi-même et pour la vie. J'avais donc tous les outils nécessaires pour passer à travers ces évènements. La vie fait bien les choses. Il s'agit de s'ouvrir à la connaissance, d'écouter les autres et de les respecter en se respectant soi-même. La dépression, c'est parfois un mal nécessaire, cependant, tous n'ont pas la chance de surmonter celle-ci. Chez ces personnes, elle est facile à reconnaître et il s'agit seulement de les écouter avec attention et avec compassion.

Je dédie donc cette maîtrise à tous ceux qui souffrent de la dépression. Oh! Ceux qui la connaissent savent bien qu'elle est terriblement difficile à vivre, et que pour s'en affranchir, l'effort est presque surhumain. Pour les aider, il vaut mieux connaître cette maladie, comprendre ses conséquences désastreuses, et continuer de l'étudier pour faire en sorte que les prochains qui souffriront de celle-ci, puissent trouver les meilleures pistes possibles pour la vaincre.

De plus, je dédie ce mémoire à ma famille et mes amis, ainsi qu'à Stéphane, Babylou et Joséphine que j'aime de tout mon coeur.

Remerciements

Je voudrais remercier Claudine Laurier pour son soutien tout au long de mes études et durant mes problèmes de santé. Ses conseils judicieux m'ont permis de réaliser une étude juste et complète du fardeau de la dépression au Canada. Merci Claudine! Merci beaucoup! Je remercie aussi Yola Moride et Jean Lachaine pour leurs commentaires forts intéressants. De plus, je voudrais remercier Merck Frosst Canada Ltée qui m'a généreusement offert cet important et intéressant projet, en plus de financer cette étude. Merci aussi à tous mes amis et coéquipiers de travail pour leurs encouragements constants. Merci aussi à ma famille, Thérèse, Serge, Julie, Caroline et Louis-Daniel pour leur support. Enfin, je voudrais particulièrement te remercier Stéphane pour ton appui constant dans cette démarche et ton amour toujours présent.

Chapitre 1. Introduction

Les troubles dépressifs peuvent survenir à divers degrés de sévérité. Ils s'étendent de la dépression majeure à des troubles mineurs dépressifs¹. La prévalence annuelle de la dépression se situe mondialement entre 5 et 10%². Katon (1992) rapporte des prévalences essentiellement équivalentes dans la communauté américaine³. D'autres auteurs ont rapporté des prévalences entre 10 et 15 % dans certains centres urbains du Canada⁴⁻⁵. Au Canada, dans l'ensemble, 6% des canadiens et des canadiennes âgés de 12 ans et plus, présentaient des symptômes dépressifs au cours des 12 derniers mois*. La prévalence des symptômes dépressifs serait de 5% chez les hommes, ce qui est légèrement inférieur à la prévalence observée chez les femmes, soit 8%. De ces personnes, 4% étaient probablement cliniquement dépressifs en 1996-1997⁶.

Les conséquences de la dépression sont importantes. On note un taux élevé de suicide; de plus, l'absentéisme au travail représente un problème considérable pour la société. La dépression est également susceptible d'aggraver les conditions physiques du patient, de compliquer l'établissement d'un diagnostic et de prolonger le traitement prodigué au patient.

La prévalence élevée, les conséquences cliniques et les problèmes entourant le traitement de la dépression nous amènent à penser que le fardeau économique de la dépression doit être important. Cependant, peu d'études ont été entreprises au pays afin de déterminer l'impact réel de la dépression au Canada. Santé Canada en 1993, a fourni des données quant au fardeau économique des maladies mentales au

* Ces données sont tirées de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), menée par Statistique Canada de juin 1996 à août 1997. L'enquête a été menée auprès de 20 000 foyers, qui avaient aussi participé au premier cycle deux ans auparavant. En tout, 16 000 répondants ont fourni des renseignements complets. On a aussi interrogé 66 000 personnes (qui ne faisaient pas partie du groupe longitudinal), afin d'obtenir des données transversales détaillées sur des questions approfondies de santé. Les résultats sur la dépression sont basés sur l'échantillon complet des 82 000 répondants âgés de 12 ans et plus. L'enquête ne fournit des données que sur les personnes vivant en communauté: toute personne souffrant de dépression qui vit dans un établissement n'est pas incluse dans ces résultats. De plus, les personnes classées dans la catégorie des gens probablement dépressifs, ont au moins 90 p. 100 de l'être⁷. La probabilité chez les personnes classées dans la catégorie des cas possibles est supérieure à zéro, mais inférieure à 90 p. 100.

Canada⁷ dont certaines ont été actualisées⁸. Mais, aucune autre étude publiée jusqu'à maintenant n'a fait état du réel fardeau financier de la dépression au Canada.

Nous croyons que l'exercice doit être réalisé, car une étude du fardeau de la dépression ajouterait de l'information additionnelle sur l'importance de cette maladie souvent sous-estimée.

Chapitre 2. Revue de la documentation

La dépression est l'une des maladies mentales qui implique un fardeau très lourd pour la société^{7, 9-10}. Murray et al. (1996) ont estimé qu'en 1990, la dépression majeure tenait la quatrième place au sein des maladies les plus coûteuses mondialement, et ils ont projeté qu'en 2020, elle se situerait au deuxième rang¹¹. Plusieurs auteurs constatent le nombre sans cesse croissant d'informations supportant l'effet majeur des maladies mentales sur la morbidité et les dépenses du système de soins de santé¹². Nous notons qu'au-delà des épisodes dépressifs majeurs, les symptômes dépressifs dans la société ont une prévalence très élevée et que ceux-ci pourraient gonfler substantiellement le fardeau économique de la dépression.

2.1. Définitions

En pratique, le noyau principal des troubles de l'humeur se concentre autour des symptômes dépressifs et d'exultation¹³. Selon la nomenclature du DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition*)¹⁴, les troubles de l'humeur sont divisés entre les troubles dépressifs unipolaires, bipolaires et mélancoliques. De plus, d'autres troubles dépressifs sont caractérisés en fonction de leur étiologie : les troubles de l'humeur reliés à une condition médicale, ainsi que ceux induits par une substance chimique et ceux qui font suite à un événement difficile ou reliés à une cause idiopathique. Les troubles dépressifs unipolaires se distinguent des troubles bipolaires par l'absence d'une histoire d'épisodes maniaques ou hypo-maniaques ou mixtes. Le tableau suivant dresse une liste des différents diagnostics de la Classification internationale des maladies, 9e édition, modifications cliniques (CIM-9-MC) donnés dans le DSM-IV :

Tableau 1 : Code de diagnostics internationaux CIM-9-MC pour les troubles de l'humeur.

Code CIM-9-MC	Troubles
293.83	Troubles de l'humeur attribuables à une affection médicale générale
296.1**, 296.2, 296.3	Troubles dépressifs majeurs
296.0, 296.4, 296.5, 296.6, 296.7	Troubles bipolaires I
296.8	Troubles bipolaires non spécifiés
296.89	Troubles bipolaires II
296.9	Troubles de l'humeur non spécifiés
300.4	Troubles dysthymiques
301.13	Troubles cyclothymiques
311	Troubles dépressifs non spécifiés

*American Psychiatric Association. *Mood disorders. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Edition. 1994.*

**À noter : 296.1 indique vraiment une catégorie mais n'est pas reconnu comme un code d'enregistrement valable.

Les auteurs du *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT)* qui s'occupent de publier les "Lignes directrices pour le diagnostic et le traitement pharmacologique de la dépression" classifient aussi les troubles de l'humeur en deux grandes classes : les épisodes dépressifs majeurs et les autres troubles dépressifs¹⁵. Les « épisodes dépressifs majeurs » englobent les troubles à caractère mélancolique, unipolaire et bipolaire¹⁶. Ils se caractérisent par la présence d'au moins cinq symptômes parmi les suivants, dont l'un doit être une humeur dépressive ou une perte d'intérêt pendant au moins deux semaines¹⁵:

- Humeur dépressive
- Perte d'intérêt
- Changement de l'appétit
- Changement des habitudes de sommeil
- Ralentissement psychomoteur ou agitation psychomotrice
- Perte d'énergie
- Sentiments de dévalorisation ou de culpabilité inappropriée
- Difficulté de concentration ou indécision
- Pensées de mort récurrentes

Le tableau 2 dresse une liste des sous-types des épisodes dépressifs majeurs.

Tableau 2 : Classification selon CANMAT des épisodes dépressifs majeurs.

ÉPISODES DÉPRESSIFS MAJEURS*
Sous-types
Typique
Anxieux (non décrit comme tel dans DSM-IV)
Atypique
Trouble affectif saisonnier
Mélancolique (grave)
Psychotique
Maladie bipolaire °

* CANMAT, 1999

° La maladie bipolaire est un sous-type des épisodes dépressifs majeurs, uniques pour la maladie bipolaire (voir page 9, CANMAT).

Les personnes atteintes des « autres troubles dépressifs », troubles mineurs ou troubles sub-affectifs présentent souvent des symptômes physiques vagues et difficiles à expliquer comme la fatigue, des maux de tête et de l'insomnie. Elles avouent se sentir déprimées. Ces épisodes peuvent durer quelques jours, quelques semaines, quelques mois ou quelques années, et peuvent avoir été provoqués ou non par des événements marquants. Bien que la présence d'un facteur déclenchant soit un élément important à considérer, on ne devrait pas exclure l'administration de traitements pharmacologiques ou psychothérapeutiques intensifs¹⁵.

Parmi les « autres troubles dépressifs », la dysthymie figure comme un type de dépression important. Ces principales caractéristiques sont une humeur dépressive chronique qui fluctue pendant deux ans et plus, empêchant l'exécution des tâches quotidiennes. Les symptômes ne sont pas aussi sévères ou incapacitants que dans les cas des épisodes dépressifs majeurs. En plus de l'humeur dépressive, un maximum de quatre symptômes figurants ci-dessous doivent être présents afin de poser ce diagnostic^{14, 15} :

- Changement de l'appétit
- Changement des habitudes de sommeil
- Perte d'énergie
- Pauvre estime de soi
- Difficulté de concentration ou indécision
- Sentiment d'impuissance

Nous notons que plusieurs autres types de troubles dépressifs trouvés dans la classification du CANMAT ne se retrouvent pas nommément dans la classification des troubles de l'humeur du DSM-IV. Le tableau suivant dresse une liste de ces types « d'autres troubles dépressifs »¹⁵:

Tableau 3 : Classification selon CANMAT des « autres troubles dépressifs ».

AUTRES TROUBLES DÉPRESSIFS
Types
Dysthymie
Deuil compliqué (chagrin)
Trouble d'adaptation
« TROUBLES TEMPORAIRES »
Mélange d'anxiété et de dépression
Dépression brève récurrente
Trouble dépressif mineur
Trouble dysphorique prémenstruel

* CANMAT, 1999.

Pour les fins de notre étude, nous avons eu recours à la classification du DSM-IV des troubles de l'humeur ainsi qu'à la classification du CANMAT, afin d'inclure sans équivoque tous les troubles dépressifs, qu'ils soient majeurs ou mineurs.

La classification du DSM-IV est essentielle pour obtenir des données pour l'évaluation des coûts directs, puisque les organismes canadiens se basent sur cette classification pour ordonner les informations qu'ils recueillent. De même, dans la méthode et les résultats, lorsque nous parlerons de coûts directs, nous ferons référence à la dépression avec diagnostic à l'appui.

D'autre part, la classification du CANMAT est beaucoup plus large que celle du DSM-IV. En plus des troubles majeurs, elle englobe certains troubles mineurs dépressifs qui ne sont pas spécifiés dans le DSM-IV. Elle sera utilisée de façon

sous-entendue dans l'évaluation des coûts indirects qui est basée sur l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP). Dans celle-ci, on retrouve seulement les symptômes dépressifs rapportés par la population, et ce, sans aucune différenciation par rapport au diagnostic. Ceci implique que lorsque nous parlerons de coûts indirects, nous ferons référence aux symptômes dépressifs et à la dépression (sans diagnostic à l'appui).

2.2. Prévalence au Canada

Dans l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), les personnes rapportant des symptômes dépressifs ont été classifiées selon la possibilité de présenter une dépression majeure (épisodes dépressifs majeurs). Une classification algorithmique basée sur le CIDI (*Composite International Diagnostic Interview; World Health Organization, 1990*) a permis d'établir la probabilité qu'une personne présente un épisode dépressif majeur¹⁷. Une probabilité de 90 % classifiait la personne comme ayant un risque probable de dépression majeure. Une probabilité de moins de 90% classifiait la personne comme ayant un risque possible de dépression.

Les prévalences des symptômes dépressifs, toutes classifications confondues et stratifiées selon l'âge et le sexe, sont présentées au tableau 4.

Tableau 4 (suite page suivante) : Prévalence des symptômes dépressifs selon l'âge
et le sexe

Groupe selon l'âge et le sexe	Prévalence dépression possible (%)	Prévalence dépression probable (%)	Prévalence des symptômes dépressifs (%)
Total, 12 ans ou +	2	4	6
Hommes	2	3	5
Femmes	2	6	8
Total, de 12 à 14 ans	#	2	2
Hommes	#	#	#
Femmes	#	3	3
Total, de 15 à 17 ans	2	5	7
Hommes	#	2	2
Femmes	#	8	8
Total, de 18 à 19 ans	2	7	9
Hommes	#	4	4
Femmes	#	9	9
Total, de 20 à 24 ans	2	5	7
Hommes	2	3	5
Femmes	2	7	9
Total, de 25 à 34 ans	2	5	7
Hommes	2	3	5
Femmes	2	7	9

Tableau 4 (suite) : Prévalence des symptômes dépressifs selon l'âge et le sexe*.

Groupe selon l'âge et le sexe	Prévalence dépression possible (%)	Prévalence dépression probable (%)	Prévalence des symptômes dépressifs (%)
Total, de 35 à 44 ans	2	5	7
Hommes	2	4	6
Femmes	2	7	9
Total, de 45 à 54 ans	1	5	6
Hommes	1	3	4
Femmes	1	6	7
Total, de 55 à 64 ans	2	3	5
Hommes	#	2	2
Femmes	2	3	5
Total, de 65 à 74 ans	1	2	3
Hommes	#	1	1
Femmes	1	2	3
Total, de 75 ans et +	1	2	3
Hommes	#	#	#
Femmes	#	1	1

* # Données supprimées en raison de la forte variabilité d'échantillonnage.

Source : Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, totalisations spéciales.

2.3. Récurrence

Les chercheurs reconnaissent que les épisodes dépressifs majeurs (ou dépression majeure) se présentent sous forme chronique et récurrente. Au moins 50% des personnes atteintes d'un épisode dépressif majeur, sans aucune autre maladie, auront un autre épisode de dépression. Chez les personnes ayant eu plus d'un épisode, le risque de récurrence s'élève à 90%¹⁸⁻¹⁹. D'autres chercheurs indiquent que 36% auront un épisode dépressif récurrent durant l'année suivant le premier épisode¹⁰. Au Canada, des taux de récurrence de la dépression de 23% à 56% ont été obtenus; ces taux variaient selon l'âge de l'individu⁴. De plus, même si environ 60 à 70% des patients recouvrent la santé après un épisode, environ un cinquième à un tiers de ces gens expérimentent des symptômes résiduels¹⁹.

2.4. Co-morbidité et somatisation

Il est important de noter que la dépression est aussi associée avec un bon nombre de conditions médicales. Les maladies chroniques les plus fréquentes auxquelles certains états dépressifs sont reliés sont les maladies pulmonaires chroniques, le diabète, les maladies cardiaques, l'hypertension, l'arthrite, les handicaps physiques, le cancer, et les troubles neurologiques. Le tableau 5 présente la prévalence de la dépression chez des patients souffrant de diverses maladies chroniques⁹:

Tableau 5 : Prévalence de la dépression chez des patients souffrant de diverses conditions médicales.

Condition	Prévalence (%) Dépression
Infarctus du myocarde	20-40
Maladie de Parkinson	40
Maladie de Huntington	50
Alzheimer	30-35
Accidents cérébro-vasculaires	25-50
Cancer	3-50
SIDA	10-20
Arthrite rhumatoïde	12
Diabète	14-18
Douleur chronique	30
Tinnitus	60
Insuffisance rénale	5-22
Fracture moelle épinière	37

* Goldman et al., 1999.

Plusieurs auteurs ont trouvé des associations positives entre ces maladies et la dépression¹⁵⁻²⁰. Le phénomène de la co-morbidité est complexe. Ceci vient du fait qu'il est difficile de déterminer si la dépression est une cause de la maladie qui lui est associée ou si la dépression en est la conséquence. De plus, un phénomène de somatisation peut caractériser la dépression et amène la personne à rapporter des

problèmes de nature physique qui sont de fait d'origine psychologique, ce qui rend difficile le diagnostic de la maladie²¹.

Lorsque l'on observe la somatisation chez un patient ayant une maladie chronique physique, elle apparaît sous forme d'amplification de symptômes physiques ou de douleurs sans origine exacte^{22, 23}. La somatisation est depuis longtemps le sujet de nombreuses études. Lipowski (1988) a dressé un historique de la somatisation²³. En fait, plusieurs formes de somatisation existent et sous plusieurs noms aussi, tels l'hystérie, l'hypocondrie, la mélancolie, la somatisation, les troubles somatiques, la conversion et la douleur²⁴. La somatisation englobe un large spectre de phénomènes cliniques. Elle peut se présenter sous une forme organisée telle que l'hypocondrie ou sous forme de troubles somatiques. On peut aussi l'observer dans la présentation de symptômes, parfois multiples, qui imitent une multitude de maladies physiques²³. Ces symptômes peuvent provenir de n'importe quelle partie du corps et peuvent être aussi communs que la fatigue, les étourdissements, l'essoufflement, les palpitations. Plusieurs auteurs ont donné leur propre définition de la somatisation. Lipowski (1988) la définit comme une tendance à expérimenter ou communiquer une détresse somatique et des symptômes d'une quelconque origine. Il ajoute que la personne attribuera ceux-ci à une maladie physique pour laquelle elle consultera²³. Goldberg et Bridges (1988) ont aussi posé leur définition. Selon eux, les patients qui présentent de la somatisation sont ceux ayant des troubles psychiatriques accompagnés de symptômes somatiques²⁵. Une autre définition s'inscrit de la manière suivante : la somatisation est l'association entre la dépression et la présence de symptômes somatiques non-expliqués par la médecine générale²⁶⁻²⁷. Barsky (1992) la décrit comme l'influence de la détresse psychologique sur la perception de symptômes ou comme la communication de symptômes somatiques par l'individu représentant une amplification sensorielle²⁸.

Bridges et Goldberg (1985) ont démontré que la somatisation était la raison principale pour l'omission d'un diagnostic de maladie mentale en médecine générale²⁹. Cette omission est particulièrement critique, car elle fait place au

problème de sous-traitement de la dépression. En outre, même s'il est possible de déterminer les coûts directement associés aux visites médicales et aux hospitalisations pour cause de dépression, les visites médicales et/ou hospitalisations causées en tout ou en partie par des états dépressifs mais attribuées à une cause physique seront difficilement identifiables.

On note que le phénomène de co-morbidité est plus prévalent dans le groupe de personnes âgées. En effet, c'est dans ce groupe que l'on retrouve la plus forte prévalence de ces maladies chroniques³⁰. En raison des co-morbidités, il est difficile de départager les visites et les hospitalisations imputables à la dépression. Les co-morbidités peuvent avoir d'autres effets indirects sur les coûts de la dépression. Les multiples traitements médicamenteux associés aux co-morbidités compliquent le traitement de la dépression particulièrement dans ce groupe, du fait que plusieurs médicaments interagissent entre-eux³¹.

2.5. Les traitements

Les principaux traitements de la dépression sont la pharmacothérapie, la psychothérapie et, dans les cas sévères de dépression unipolaire, les chocs électroconvulsifs (ECT)¹⁵. Parmi les classes d'antidépresseurs : les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) constituent la plus récente des classes commercialisées. Les autres classes d'antidépresseurs sont les suivantes : les inhibiteurs de la monoamine oxidase, les modulateurs de la norépinéphrine dopamine, les inhibiteurs réversibles de la monoamine oxidase, les inhibiteurs des récepteurs antagonistes de la sérotonine, les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine norépinéphrine, les antidépresseurs cycliques et autres antidépresseurs associés. Le tableau 6 présente les différents agents antidépresseurs sur le marché canadien en 2000¹⁵ :

Tableau 6 : Classification des agents antidépresseurs sur le marché canadien en l'an 2000.

Classification des agents antidépresseurs	
Classe	Agent (nom générique)
1. Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)	Fluoxétine
	Fluvoxamine
	Paroxétine
	Sertraline
2. Antidépresseurs cycliques	Amitriptyline
	Clomipramine
	Désipramine
	Doxépine
	Imipramine
	Nortriptyline
	Protriptyline
	Trimipramine
	Amoxapine
	Maprotiline
3. Inhibiteurs de la monoamine oxydase	Phénelzine
	Tranlycypromine
4. Modulateurs de la norépinéphrine dopamine	Bupropion
5. Inhibiteurs des récepteurs antagonistes de la sérotonine	Néfazodone
	Trazodone
6. Inhibiteurs de la recaptation de la sérotonine norépinéphrine	Venlafaxine
7. Inhibiteurs réversibles de la monoamine oxydase	Moclobemide

* CANMAT, 1999.

La majorité des antidépresseurs entraînent une amélioration des symptômes de la dépression commençant environ à la deuxième semaine de traitement; cependant, la réponse maximale s'observe entre la 4e et la 6e semaine. On peut attendre jusqu'à 12 semaines pour observer la réponse optimale chez les personnes âgées³²⁻³³⁻³⁴⁻³⁵.

On estime le taux de succès de la thérapie médicamenteuse entre 60 à 80%³⁶⁻³⁷. Une évaluation clinique plus approfondie sera effectuée chez les sujets où la thérapie médicamenteuse aura été infructueuse.

Bien que la dépression soit une maladie traitable, elle demeure sous-diagnostiquée et sous-traitée³⁶. Des études récentes suggèrent que la somatisation est une importante raison pour laquelle les problèmes psychiatriques sont sous-diagnostiqués dans la pratique générale³⁸. Par ailleurs, seule une personne sur trois souffrant d'un désordre dépressif consulterait un médecin généraliste ou un spécialiste du secteur de la santé mentale³⁶⁻³⁹. On rapporte que plus de 70 % des troubles mentaux sont traités en médecine générale⁴⁰⁻⁴¹. Lors d'une étude prospective et randomisée, Katon et al. (1990) a démontré que près de deux cinquième des patients ayant un désordre mental n'étaient pas diagnostiqués de façon appropriée ou tout simplement non-diagnostiqués⁴². Ils ont aussi démontré que deux-tiers des patients ayant été examinés par des psychiatres étaient sous thérapie sous-optimale. De plus, on note d'importants problèmes d'adhésion aux traitements médicamenteux dûs, entre autres, aux effets secondaires et à l'inefficacité perçue de la thérapie³². Le manque de connaissance par rapport à la dépression résulte souvent en traitements inadéquats. Ceux-ci peuvent être associés à des coûts importants pour la société. Une étude aux États-Unis a estimé le coût d'un traitement de la dépression majeure se soldant par un échec i.e., défini par l'arrêt du traitement par le patient. Ce coût s'élève à 1 043 dollars par année⁴³.

2.6. Conséquences

La dépression peut s'avérer fatale. En effet, il existe une forte association entre la dépression et le suicide. Cette association a été démontrée à plusieurs reprises³⁶. On estime que 15% des dépressifs commettront un suicide réussi au Canada^{10,15}. Ceci représente 60 à 70% de tous les suicides au Canada⁴⁴⁻⁴⁵.

2.7. Fardeau économique de la dépression

Les études de fardeau économique d'une maladie (*cost-of-illness*) cherchent à établir les coûts associés à la maladie. Ces coûts peuvent être divisés en coûts directs et coûts indirects. Les coûts directs sont liés aux ressources utilisées pour traiter la maladie (services médicaux, médicaments) ou qui découlent de ses conséquences (complications, effets indésirables...). Les coûts indirects sont reliés à la valeur du temps perdu en raison de la maladie (perte de productivité liée à l'absentéisme ou à la diminution de la productivité au travail, perte liée à la mortalité précoce). Bien que certains auteurs se soient éloignés de la distinction direct/indirect, ces termes demeurent encore couramment utilisés.

Booth et al. (1997) ont établi les coûts qu'il faudrait considérer dans le contexte d'une étude du fardeau de la dépression⁴⁶. Ceux-ci sont présentés au tableau 7 (page 15).

Tableau 7 : Coûts associés à la dépression.

<p><u>Coûts reliés aux conséquences</u></p> <p>Suicide Fonctionnement social Journées alitées Journées perdues Perte de productivité au travail Mortalité</p> <p><u>Traitements et services</u></p> <p>Traitement : Médication courante de psychotropes Antidépresseurs Adhérence thérapeutique Psychothérapie Type de nombres de visites ECT</p> <p>Services : Visites médicales externes ou en clinique Visites dans un centre de santé mentale Visites à l'urgence Visites dans une unité de jour (hospitalisation partielle) Hospitalisations Durée de séjour</p>
--

* Booth et al., 1997.

D'autre part, Panzarino (1998), suggère d'inclure les variables de coûts suivants à une évaluation du fardeau de la dépression²⁰:

Coûts de traitement de la dépression

- Les coûts directs de la médication
- Les coûts médicaux directs : psychothérapie, visites médicales, ECT, hospitalisation

Coûts des conséquences de la dépression

Coûts reliés à :

- Augmentation de l'incapacité fonctionnelle
- Augmentation de la morbidité médicale

- Augmentation de la mortalité précoce
- Augmentation de l'utilisation inappropriée d'examen médicaux
- Augmentation de la co-morbidité
- Suicide
- Tentative de suicide
 - Augmentation des visites à l'urgence
 - Augmentation des visites aux soins intensifs
 - Augmentation des hospitalisations psychiatriques

2.7.1. Évaluation du fardeau de la dépression

Certains chercheurs ont évalué le fardeau économique de la dépression. En Amérique du Nord, cinq études attirent notre attention. Premièrement, Stoudemire et al. (1986) ont évalué les coûts directs et indirects associés à la dépression majeure (excluant la dysthymie et la manie) aux États-Unis en utilisant des données de 1980⁴⁷. En se basant sur la prévalence obtenue d'une étude épidémiologique de l'Institut national sur la santé mentale aux États-Unis⁴⁸ (NIMH en anglais), ils ont estimé le fardeau de la dépression majeure à 16 milliards de dollars en 1986.

Les coûts directs considérés incluaient les dépenses liées à l'établissement du diagnostic, aux traitements, au suivi, à la réhabilitation et aux soins en phase terminale. Les auteurs ont d'abord évalué les soins en établissements de santé par types d'établissement (hôpitaux généraux, hôpitaux psychiatriques publics et privés, hôpitaux de vétérans, centre communautaire de santé mentale, centre d'hébergement...). Pour certains types d'établissement, le nombre de journées d'hospitalisation liées aux troubles affectifs (en général) a été estimé et multiplié par un per diem. Pour les autres types, la proportion probable des hospitalisations liées à la dépression a servi à déterminer les coûts. Les coûts des soins en ambulatoire sont basés sur le *National Medical Care Utilisation and Expenditure Survey* de 1980 qui contient des données sur le recours à divers types de professionnels de la santé (psychiatres, médecins non psychiatres, psychologues, autres professionnels de la santé mentale). Comme cette étude ne rapporte pas de données spécifiques à la dépression, une proportion probable des visites et des coûts liés à la dépression a été utilisée. En considérant que 27% des ordonnances de psychotropes concernaient

les antidépresseurs et le lithium et en appliquant un coût moyen de 27 \$ par ordonnance, un coût relié à la médication a été obtenu. Finalement, les auteurs ont ajouté un montant dont la provenance n'est pas identifiée pour rendre compte des coûts directs non-médicaux tels que ceux qui sont associés au déplacement pour se rendre à un rendez-vous médical. Le total des coûts directs fut évalué à 2 milliards de dollars.

Les coûts indirects associés à la mortalité précoce ont été estimés en faisant l'hypothèse que 60% des suicides sont dûs à la dépression. Les auteurs ont basé cette hypothèse sur une revue de littérature qui portait sur le suicide et les maladies mentales⁴⁹⁻⁵⁰⁻⁵¹. Ils ont utilisé un modèle non-publié (Hodgson, NCHS, 1984) pour calculer les coûts associés à la mortalité précoce avant 65 ans en tenant compte du travail ménager, et ils ont appliqué un taux d'actualisation de 6%, pour estimer les pertes futures en valeur actuelle. Le total pour ces coûts fut évalué à 4.2 milliards de dollars.

Les coûts indirects reliés à la diminution de la productivité au travail ont été évalués à partir des données de prévalence de dépression majeure obtenues du NIMH. Stoudemire et al. ont assumé que 67% de ces personnes étaient traitées⁵² et que les autres restaient sans traitement. Ils ont considéré que la durée de l'épisode dépressif était de 12 semaines pour les personnes traitées et de 18 semaines pour les personnes non traitées. L'hypothèse concernant la durée des épisodes chez les non traités est basée en partie sur une étude⁵³ plutôt désuète (année de référence 1945). Pour les 12 semaines de l'épisode chez les personnes traitées, les auteurs ont convenu qu'une journée d'hospitalisation équivalait à une journée d'activité perdue et qu'une journée en traitement externe équivalait à 0.25 journée perdue. Pour les sujets non-traités, les hypothèses étaient les suivantes: 1) le taux de journées entières perdues correspondait au double du taux des journées d'hospitalisation chez les personnes traitées; 2) pour les autres jours, 0.3 jour était perdu. Couplées aux données de prévalence, ces estimations quant au nombre de jours perdus par personne

permettaient de calculer un nombre de jours perdus au total. En tenant compte des taux de participation au travail, des salaires et de la valeur du travail ménager, les coûts associés à la perte de productivité ont été estimés à 10 milliards de dollars.

Il est important de noter que les coûts indirects associés à la perte de productivité ont été évalués pour les 18 à 54 ans seulement. De plus, la méthode semble ne pas tenir compte du fait que la semaine régulière de travail compte généralement 5 jours de travail sur 7.

Greenberg et al. (1993) ont mis à jour l'étude de Stoudemire et al., en considérant tous les types de dépression (troubles affectifs) et en considérant les coûts associés à la diminution de la productivité durant le travail⁵⁴. En plus d'inclure les dépressions de types mélancoliques, unipolaires et bipolaires, ils ont aussi considéré la dysthymie. Leur étude a aussi été basée sur la prévalence. Ils ont conclu que le fardeau de la dépression aux États-Unis était de 44 milliards de dollars pour l'année de référence 1990.

Leur évaluation des coûts directs incluait des éléments similaires à ceux retenus par Stoudemire et al. Ils ont estimé le nombre de jours d'hospitalisations ayant comme diagnostic principal la dépression selon les divers codes CIM-9-MC relatifs aux troubles affectifs. Pour les centres d'hébergement (nursing home), l'absence d'une ventilation précise des diagnostics reliés à la dépression les a amenés à faire des hypothèses sur la proportion de la dépression dans certains regroupements de diagnostics. Le nombre de jours dans les divers établissements est multiplié par un per diem général variant selon le type d'établissements. Greenberg et al. ont également obtenu le nombre d'admissions et la durée des admissions dans des programmes de soins externes et ont assumé qu'une admission dans ces programmes entraînait deux visites en psychothérapie. La méthode exacte de calcul des coûts reliés à la médication n'est pas indiquée, mais ces coûts incluent les antidépresseurs, les anxiolytiques, les antipsychotiques et les autres médicaments (ces derniers

représentent 6% des coûts de la médication). Le fardeau total en termes de coûts directs s'élevait à 12.4 milliards de dollars.

Pour estimer les coûts associés à la mortalité précoce, Greenberg et al. se sont basés sur l'étude de Stoudemire et al. Ils ont gardé l'hypothèse que 60% des suicides était attribuable à la dépression⁴⁵. Les années de vie perdues, en raison du suicide, étaient multipliées par la valeur des gains futurs (*lifetime earnings*) actualisée à 6% tel que décrite dans Rice et al.⁵⁵ Les détails de cette méthode seront présentés plus loin. Ils ont obtenu un total de 7.5 milliards de dollars attribuable à la mortalité due au suicide chez les personnes dépressives, soit 17% du fardeau total.

Greenberg et al. ont repris presque identiquement les travaux de Stoudemire et al. pour déterminer les coûts indirects reliés à l'absentéisme au travail. À partir des données de prévalence obtenues du NIMH⁴⁸, ils ont identifié le nombre de personnes de 18 ans et plus souffrant de dépression majeure ou bipolaire (ils ont assumé que les personnes dysthymiques ne perdaient pas de jours de travail). Comme leurs prédécesseurs, ils ont estimé que 67 % des sujets sont traités. Cette hypothèse est jugée comme conservatrice selon de nouveaux travaux⁵⁶ qui nous indiquent que la proportion de personnes traitées pour la dépression tend à être inférieure à 60%. Ils ont aussi retenu les hypothèses de Stoudemire et al. en ce qui concerne les durées d'épisodes dépressifs qu'ils ont jugées comme conservatrices selon quelques nouveaux travaux⁵⁷⁻⁵⁸. Ils ont ensuite attribué un nombre de journées perdues par épisode dépressif en distinguant les sujets traités et ceux qui étaient non traités. Ils ont ici eu recours aux mêmes hypothèses que Stoudemire et al., ce qui les a menés à estimer à 33 le nombre de journées perdues (de travail et de loisirs) pour les sujets traités (pour un épisode dépressif de 12 semaines), ces journées pouvant être passées à la maison, à l'hôpital ou dans un hôpital de jour. Pour les sujets non-traités, 60 jours sont perdus pour un épisode dépressif de 18 semaines, ces journées étant passées à la maison. Ils ont ensuite multiplié ces journées perdues par le nombre de sujets correspondants, traités et non-traités, stratifié par groupes d'âge et de sexe (obtenus des données de prévalence). Puis, ils ont appliqué les taux de

participation au marché du travail et les salaires hebdomadaires (stratifiés de façon identique) pour obtenir le total des coûts reliés à la perte de productivité⁵⁴. Ils ont estimé que les coûts associés à la perte de productivité au travail due à l'absentéisme s'élevaient autour de 11.7 millions de dollars. Leur méthode, tout comme celle de Stoudemire et al., ne tient pas compte du fait que la semaine régulière de travail compte généralement 5 jours de travail sur 7.

Pour estimer les coûts indirects associés à la diminution de la productivité au travail, Greenberg et al. se sont basés sur les hypothèses posées pour calculer les coûts associés à l'absentéisme au travail. En soustrayant le nombre de jours de travail perdus du nombre de jours de l'épisode, ils ont établi l'excédent des journées de la semaine, soit 51 jours pour un épisode de 12 semaines et 66 jours pour un épisode de 18 semaines. Ils ont calculé les coûts associés à la diminution de la productivité pour ces jours en assumant que les personnes dépressives ont une productivité au travail de 20% inférieure à celles ne l'étant pas. De plus, la perte de productivité au travail des personnes souffrant de dysthymie a été incluse à l'étude en assumant que les deux-tiers de ces personnes étaient traitées et que la durée de l'épisode était de 33 semaines pour les personnes traitées et de 50 semaines pour les autres. Une réduction de 20% de leur productivité au travail était considérée. Les coûts liés à la diminution de la productivité au travail totalisaient 3.1 milliards de dollars pour les personnes atteintes de dépression majeure ou de manie et 9 milliards pour les personnes atteintes de dysthymie. Il est intéressant de constater que les auteurs suggèrent qu'il faille considérer que les personnes dépressives fonctionnent environ à 80% de leur capacité, taux qui varient de 1% à aussi haut que 100% selon les études qu'ils avaient répertoriées⁵⁹.

En totalité, les coûts associés à la perte de productivité au travail et à la diminution de la productivité durant les heures de travail s'élevaient à environ 23.8 milliards de dollars à la société, soit 55% du fardeau total.

Aux États-Unis, Rice et Miller (1993) ont estimé à 12.1 milliards de dollars les coûts directs associés aux troubles affectifs et à 7.7 milliards de dollars les coûts associés aux conséquences morbides de la maladie pour l'année 1985⁶⁰. Ces coûts ont aussi été présentés pour 1990. Leur étude de coûts de la maladie était aussi basée sur la prévalence. Ils ont évalué les coûts directs, en se basant sur le nombre de jours d'hospitalisation avec un diagnostic primaire de troubles affectifs et du nombre de jours d'hospitalisations supplémentaires associées à un diagnostic secondaire de tels troubles. Ces jours d'hospitalisation ont été multipliés par un per diem. Les coûts des centres d'hébergement (*nursing homes*) ont été calculés en multipliant le nombre de résidents avec un diagnostic primaire ou secondaire de troubles affectifs par le coût annuel du séjour. Le nombre de visites médicales a été tiré du *National Ambulatory Care Survey*.

Les médicaments retenus pour le calcul des coûts se limitaient aux antidépresseurs. Enfin, Rice et Miller ont ajouté à leur évaluation des coûts directs des estimations des coûts de support (recherche, formation, administration...). Les coûts directs en 1990 s'élevait à 19.2 milliards de dollars.

Les coûts associés à la perte de la productivité ont été évalués sur la base des données de prévalence du NIMH⁴⁸ des troubles affectifs chez les 18 ans et plus (le terme n'avait pas encore été remplacé par les troubles de l'humeur). Pour les personnes non institutionnalisées, les pourcentages de revenu perdu dû à la maladie ont été estimés à l'aide de modèles de régression tenant compte de la durée de la maladie. Ce pourcentage est ensuite multiplié par le salaire moyen pour un individu d'âge et de sexe donné. Il est à noter que le modèle indique une augmentation du revenu liée à la maladie pour certaines catégories d'âge. Ces résultats ne supposent pas que le revenu de la personne augmente avec la maladie. Cet effet sur le revenu s'explique plutôt par l'abstraction de certains facteurs dans le modèle tels: le type d'occupation, la prévalence de la maladie et les revenus familiaux. Pour les personnes institutionnalisées à long terme, le nombre de résidents a été ajusté par le taux de participation au travail, puis multiplié par le salaire moyen. Les coûts des pertes de productivité équivalaient à 2.2 milliards de dollars, pour l'année 1990.

Les coûts de mortalité précoce, eux, ont été évalués à 7.7 milliards de dollars. La méthodologie utilisée repose sur la prémisse suivante : si une personne n'était pas décédée prématurément d'un désordre affectif, elle aurait continué à être productive dans les années suivantes. Rice et Miller ont considéré les décès liés aux troubles affectifs incluant 60% de tous les suicides⁴⁴. Leur méthode tenait compte de l'espérance de vie, des salaires selon l'âge et le sexe et du taux de participation au travail. Ils ont aussi inclus la valeur du travail ménager. La valeur du revenu futur a été actualisée à 6%. Dans ce travail, les auteurs décrivent encore plus spécifiquement la méthodologie utilisée pour calculer les coûts de mortalité. Cette méthode sera utilisée par plusieurs chercheurs par la suite^{8, 61}. Il est à noter que les auteurs ont ajouté à leurs estimations d'autres coûts directs et indirects. Ainsi, ils ont estimé les coûts de l'administration judiciaire et de l'aide sociale. De plus, ils ont estimé la perte de productivité des personnes incarcérées pour un crime lié à des troubles affectifs et la valeur du temps fourni par la famille pour prodiguer des soins aux personnes avec troubles affectifs tel qu'estimé par Franks.

Le fardeau total des troubles affectifs, en 1990, était de 30.4 milliards de dollars. Les troubles affectifs comptaient à ce moment pour 21 % de tous les troubles mentaux.

Stephens et Joubert (2001) ont étudié le fardeau économique des problèmes de santé mentale au Canada, en actualisant les estimations publiées par Santé Canada (Fardeau économique de la maladie au Canada, FEMC, 1993)⁷ et en évaluant de façon plus précise les coûts reliés aux professionnels de la santé mentale non affiliés au régime public et les coûts reliés aux invalidités de courtes durées. Ils ont estimé le fardeau économique des problèmes de santé mentale à 14.4 milliards de dollars pour l'année 1998⁶². Stephens et Joubert ont actualisé certains résultats de la FEMC en 1993, en appliquant une inflation de 6.68 % entre 1993 et 1998. Entre autres, ils ont mis à jour les données de coûts directs associés aux médicaments, aux visites médicales et psychiatriques, aux soins hospitaliers et aux autres soins en

établissements pour un nouveau total des coûts directs de 6.3 milliards de dollars, en incluant les coûts directs reliés aux professionnels de la santé mentale non affiliés au régime public (sujet de leur étude). Ils ont aussi actualisé les coûts indirects d'invalidité prolongée et les coûts de mortalité précoce et ont ajouté les coûts d'invalidité de courte durée. Le total de ces coûts indirects s'élevait à 8.1 milliards de dollars. Ces coûts concernent l'ensemble des problèmes de santé mentale. Cependant, pour les coûts sur lesquels ils ont particulièrement travaillé (coûts reliés aux professionnels de la santé mentale non affiliés au régime public et les coûts reliés aux invalidités de courtes durées), Stephens et Joubert présentent des tableaux distinguant dépression et détresse.

Pour évaluer les coûts directs reliés aux professionnels de la santé mentale non-affiliés au régime public (psychologues et travailleurs sociaux), Stephens et Joubert se sont basés sur les données de l'ENSP de 1996-1997⁶. Ils ont d'abord utilisé les questions portant sur la dépression et la détresse pour obtenir des données sur l'incidence des problèmes de santé mentale en distinguant la dépression et la détresse.

Pour estimer le nombre de consultations par des travailleurs sociaux et par des psychologues pour des raisons de santé mentale chez les personnes dépressives ou souffrant de détresse, les auteurs ont dû combiner les données obtenues de deux questions distinctes de l'ENSP : une question sur le nombre de consultations auprès de chaque type de professionnels de la santé au cours des 12 mois précédents et une question sur la consultation pour des raisons affectives ou de santé mentale. Ils ont fait des ajustements afin d'exclure les consultations de psychologues et travailleurs sociaux remboursées par le régime public d'assurance-maladie. Ensuite, le nombre de consultations a été ajusté pour tenir compte d'une croissance démographique de 1.4% entre 1996-1997 et le milieu de 1998, puis le nombre de consultations a été multiplié par le coût moyen de telles visites soit 125 \$. Le total de ces coûts s'élevait à 278 \$ millions pour l'ensemble des problèmes de santé mentale. Pour la dépression, nous pouvons estimer des coûts de 220 millions de dollars à partir du

tableau sur la fréquence des consultations et du ratio consultations privées vs consultations publiques.

Stephens et Joubert ont calculé le nombre de jours de travail perdus à court terme à partir des réponses aux questions de l'ENSP sur les jours d'invalidité au cours de deux semaines (jours de réduction d'activité et jours au lit). Le nombre en excès de jours d'invalidité associés à la dépression a été obtenu en comparant les jours d'invalidité des personnes déprimées par rapport à ceux des personnes non déprimées.

Pour obtenir les coûts associés à la perte de productivité à court terme, ils ont tenu compte des jours ouvrables habituels de la semaine soit 5 jours sur 7. De plus, ils ont retranché deux semaines de vacances par année. Ils ont aussi tenu compte de la situation des personnes sur le marché du travail en calculant le nombre de jours perdus séparément pour les travailleurs à temps plein et les travailleurs à temps partiel. Ils ont considéré qu'un travailleur à temps partiel perd la moitié des jours d'un travailleur à temps plein. Le temps de travail perdu par les personnes sur le marché du travail a été multiplié, selon le cas, par le salaire moyen des travailleurs à temps plein ou des travailleurs à temps partiel. Ils ont aussi calculé les pertes pour les journées d'inactivité en dehors du marché du travail en présumant que le travail non-rémunéré valait 15 000 \$ par année. Un ajustement a été appliqué afin de tenir compte du fait que la plupart des jours d'invalidité ne sont pas des jours d'inactivité complète mais d'activité réduite. Les coûts indirects associés à l'invalidité à court terme pour la dépression ont été évalués à 452 millions de dollars pour le travail rémunéré et à 967 millions de dollars pour le travail non rémunéré. Les coûts indirects associés à l'invalidité à court terme pour la détresse qui est étroitement liée à la dépression ont été évalués à 1.7 milliard de dollars pour le travail rémunéré et à 2.9 milliards de dollars pour le travail non rémunéré.

Enfin, Clayton and Barcelò (1999) ont évalué le coût du suicide au Nouveau-Brunswick, en 1996⁶¹. Ils ont estimé les coûts directs associés au suicide et les coûts

indirects de mortalité précoce. Les variables estimées pour les coûts directs étaient les suivantes : les services ambulanciers, les services hospitaliers, les services médicaux, les services d'autopsie, les services funéraires et les enquêtes policières. Le tableau 8 montre les résultats des coûts directs :

Tableau 8 : Coûts directs associés au suicide au Nouveau-Brunswick en 1996.

Types de coût	n	Coûts (\$)
Services ambulanciers	51	38 130
Services hospitaliers	6	35 130
Services médicaux	19	4 393
Services d'autopsie	74	26 000
Services funéraires	94	380 358
Enquêtes policières	69	51 145

*Clayton et Barcelò, 1999.

Les coûts de mortalité précoce ont été estimés à partir d'un modèle adapté du modèle de Rice et Miller vu précédemment, et du modèle utilisé par Santé Canada (1993).

Le modèle est le suivant :

$$PPF^a = \sum_{n=y}^{79} \frac{P_{y,s}(n) * [S_{a_s}(n) * T_{a_s}(n)] * (1+g)^{n-y}}{(1+r)^{n-y}}$$

où :

PPF = Perte de productivité future

$P_{y,s}(n)$ = Probabilité qu'une personne de sexe (s) se suicidant à l'âge (y) aurait survécue jusqu'à la catégorie d'âge suivante (n)

y = Âge auquel une personne a commis son suicide

s = Sexe de l'individu

n = Âge de l'individu ayant survécu

$S_{a_s}(n)$ = Salaire moyen annuel d'une personne de sexe (s) et d'âge (n)

$T_{a_s}(n)$ = Taux d'activité au travail d'une population de sexe (s) et d'âge (n)
(i.e. taux de participation au marché du travail par âge et sexe)

g = Taux de croissance de la productivité au travail (i.e. taux appliqué au salaire,
 pour
 tenir compte que le salaire de l'individu, augmentera avec l'expérience)
 r = Taux d'actualisation

Ce modèle estime la productivité future espérée, si l'individu demeure vivant. Il tient compte de l'espérance de vie pour les différents âges et sexes, des salaires selon l'âge et le sexe, des taux de participation du marché du travail, de la valeur du travail non-rémunéré, de la productivité croissante et tout cela, selon un taux d'actualisation approprié, afin de représenter les coûts et bénéfices en valeur courante. Clayton et Barcelò ont estimé que les coûts indirects liés à la mortalité précoce s'élevaient à 79.3 millions de dollars pour l'année 1996⁶¹. Si on multiplie ce chiffre par 60% (hypothèse utilisée par Stoudemire et al. et Greenberg et al.) pour ne retenir que les suicides liés à la dépression, le coût attribuable à la mortalité précoce due à la dépression au Nouveau-Brunswick serait environ de 47.6 millions de dollars pour l'ensemble de la population et de 41.9 millions de dollars, pour les personnes âgés de 19 ans et plus.

Nous avons jugé intéressant de faire un tableau comparatif des études du fardeau de la dépression. Ce tableau est présenté en annexe 1.

Il faut ajouter à ces études, certaines études qui ont ciblé plus précisément les pertes en capital humain reliées à la diminution de la productivité due à la dépression aux États-Unis. Birnbaum et al. (1999) ont analysé le fardeau de la maladie par rapport au fonctionnement social des sujets en dépression à partir des réclamations auprès des employeurs⁶³. Ils ont comparé les réclamations des sujets dépressifs par rapport aux autres sujets et ils ont noté que les sujets atteints de dépression majeure avaient des coûts de perte ou diminution de productivité trois fois plus importants que ceux non-atteints de dépression. Des résultats similaires ont été obtenus dans une autre étude américaine qui étudiait les effets de la dépression au travail sur les incapacités à travailler à court terme⁶⁴. Berndt et al. (2000) ont examiné les pertes en capital humain reliées à la dépression chronique. Ils ont noté que les jeunes femmes adultes

atteintes de dépression avant l'âge de 21 ans étaient particulièrement affectées dans leur progression scolaire, ce qui n'a pas été remarqué chez les jeunes hommes; de plus, ceci se répercutait dans leur vie productive en termes de travail. Leurs salaires annuels étaient de 12 à 18% plus bas qu'un autre groupe aléatoirement choisi de jeunes femmes présentant des symptômes dépressifs après l'âge de 21 ans ou n'en ayant pas présentés⁶⁵.

La dépression constitue un problème de santé important pour la société. On la retrouve dans la population à des degrés divers de sévérité. Sa prévalence annuelle se situe mondialement entre 5 et 10%. Des prévalences entre 10 et 15% ont été observées dans certains centres urbains du Canada⁴⁻⁵. Comme nous l'avons vu précédemment, la somatisation des symptômes, la co-morbidité élevée, l'adhésion au régime thérapeutique et l'âge où la dépression se déclare, sont quelques-uns des facteurs qui compliquent le traitement et le diagnostic de la dépression. Chacun de ces facteurs entraînent des dépenses supplémentaires pour la société.

Plusieurs études ont été entreprises afin d'estimer le fardeau de la dépression. Celles-ci ont surtout été faites aux États-Unis. L'une de ces études a estimé le fardeau de la dépression aux États-Unis à près de 44 milliards de dollars⁵⁴. Au Canada, des études du fardeau des maladies mentales ont été complétées en 1993⁷ et en 2001⁸; celles-ci mettaient en relief l'immense fardeau économique des maladies mentales, y compris la dépression. Cependant, aucune étude spécifique du fardeau de la dépression n'a été entreprise afin de délimiter l'ampleur des dépenses associées à cette maladie. Ce travail a permis de faire la lumière sur le fardeau économique de la dépression au Canada.

Chapitre 3. Objectif de l'étude

L'objectif principal de l'étude était d'estimer le fardeau financier annuel de la dépression et des symptômes dépressifs au Canada en termes de coûts directs et indirects, pour l'année 2000.

Chapitre 4. Méthode

Il existe deux façons d'estimer les coûts associés aux symptômes dépressifs et à la dépression: une est basée sur la prévalence et l'autre sur l'incidence de la maladie. Une étude du fardeau de la maladie basée sur la prévalence nous permet d'évaluer les coûts attribuables à la maladie de tous les individus affectés par celle-ci, pour une année spécifique. Parallèlement, l'approche basée sur l'incidence calcule les coûts de la maladie chez les nouveaux cas recensés au cours d'une année donnée, et considère les coûts associés à cette maladie au cours de la vie⁶⁶. Nous avons utilisé la méthode basée sur la prévalence dans notre étude, parce que nous voulions estimer le fardeau annuel de la dépression et des symptômes dépressifs pour une année complète chez toutes les personnes qui en souffrent.

Les coûts directs sont constitués des coûts liés aux journées d'hospitalisations (médecine générale, psychiatrie), aux visites (médecin, psychologue...) et aux traitements médicamenteux. Les coûts indirects incluent la perte de productivité attribuable aux journées de travail perdues, à la mortalité précoce et, à la baisse de productivité durant le travail. Les coûts non-médicaux directs tels les frais de déplacement ou frais de stationnement n'ont pas été évalués dans cette étude, du fait qu'ils ont peu d'impact sur le fardeau total de la maladie. En outre, les coûts reliés aux co-morbidités découlant d'un épisode dépressif n'ont pas été considérés à l'exception de ceux que nous pouvions comptabiliser à l'aide du diagnostic CIM-9-MC; 293.83, trouble de l'humeur associé à une condition médicale. De même, les coûts reliés à la somatisation n'ont pas été considérés, puisqu'il est difficile de déterminer avec certitude si certaines visites médicales et/ou hospitalisations prolongées attribuées à une cause physique sont réellement dues à la dépression.

Pour calculer les coûts indirects associés aux symptômes dépressifs, nous nous sommes basés sur une analyse spécifique à nos besoins qui a été exécutée sur les données de l'ENSP de Statistique Canada (années de référence 96-97)⁶⁷. Cette analyse a permis d'établir des données de prévalences obtenues d'un grand échantillon de 82 000 répondants âgés de 12 ans et plus, et stratifié selon l'âge et le sexe, ainsi que d'autres totalisations spéciales sur les données relatives aux durées

d'épisode dépressifs⁶. Pour les coûts directs reliés aux symptômes dépressifs, nous nous sommes basés sur diverses banques de données canadiennes sur l'utilisation des biens et services de santé.

4.1. Population à l'étude

Afin d'évaluer correctement l'impact de la dépression au Canada, tous les types d'épisodes dépressifs (épisodes dépressifs majeurs et autres troubles dépressifs) ont été inclus dans l'étude. Nous avons étudié le fardeau de la dépression et des symptômes dépressifs chez la population adulte de 18 ans à 64 ans inclusivement. Les personnes âgées de 65 ans ou plus n'ont pas été incluses dans l'étude. L'analyse des coûts reliés à la dépression dans cette population nécessite une étude plus approfondie à cause de la prévalence élevée, de la proportion élevée d'institutionnalisation, de la co-morbidité fréquente et de la complexité des soins dans cette population.

4.2. Stratification

Pour l'analyse des coûts indirects, les résultats ont été stratifiés par âge et par sexe, puisque le rapport de l'ENSP fournit des statistiques de prévalence stratifiée selon ces variables. Comme nous le savons, la prévalence de la dépression diffère grandement selon l'âge et le sexe. Les stratifications pour l'âge sont les suivantes :

18 à 34 ans;

35 à 44 ans;

45 à 64 ans.

Comme les données pour les coûts directs sont recueillies de banques de données ne permettant pas toujours une ventilation par âge et sexe, les coûts directs n'ont pas été stratifiés.

4.3. Collecte de données

La collecte des données s'est échelonnée de décembre 2000 à juillet 2001. Nous avons obtenu de l'aide d'un assistant de recherche du groupe Lewin, une division de Quintiles Inc. Les données obtenues pour les fréquences des événements et leurs coûts proviennent de plusieurs sources gouvernementales et privées. Une grande attention a été mise sur la validité des données. La source primaire pour les données associées à l'étude des coûts indirects a été l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de la vague 1996-1997. En ce qui a trait aux coûts directs, ils proviennent de plusieurs sources reconnues pour la rigueur de leurs analyses.

Afin de bien estimer les coûts de la dépression au Canada pour l'année 2000, nous avons pris soin d'obtenir les données les plus récentes possibles. Les années fiscales pour lesquelles les données furent obtenues seront bien spécifiées dans les tableaux. Dans le cas où les coûts obtenus étaient d'une année antérieure à l'année 2000, nous avons appliqué un taux d'inflation obtenu des indices des prix sur la consommation (IPC) spécifiques au domaine de la santé⁶⁸.

4.4. Coûts médicaux directs

Les coûts médicaux directement attribuables à la dépression sont ceux associés au diagnostic et au traitement de la dépression. Ces coûts découlent des événements, des ressources utilisées et du prix unitaire de chacune des ressources. Les événements dépendent de la sévérité des symptômes : les tentatives de suicide, les épisodes dues à la dépression sévère, etc. Les ressources sont les différents types de services de la santé utilisés par les personnes lors de l'événement. Elles comprennent, entre autres, les ressources hospitalières et les thérapies médicamenteuses pour la dépression. Enfin, les prix de chacune des ressources se résument à la valeur monétaire associée à une ressource en particulier. Nous tabulerons les coûts médicaux directs en multipliant les fréquences d'utilisation des

ressources en matière de santé par le prix unitaire moyen de chacune de ces ressources.

Dans notre étude, les types de coûts médicaux qui ont été évalués sont les suivants: le coût des ressources hospitalières associées à un diagnostic de trouble dépressif en milieu psychiatrique ou général (les ressources hospitalières en CHSLD n'ont pas été estimées dans le cadre de notre étude, étant donné l'âge de la population à l'étude); le coût des visites chez les médecins généralistes, psychologues, travailleurs sociaux et psychiatres associées à un diagnostic de trouble dépressif; le coût du service de transport ambulancier relié au suicide associé à un diagnostic de trouble dépressif; et, les médicaments servant à traiter la dépression, en l'occurrence les antidépresseurs. Les chocs électroconvulsifs pour les cas de dépression sévère sont compris dans les coûts hospitaliers; nous ne les estimerons pas séparément, afin d'éviter de compter ces coûts en double.

4.4.1. Coûts directs hospitaliers

Pour estimer les coûts hospitaliers, nous avons obtenu de l'Institut canadien pour l'information sur la santé (ICIS) le nombre de jours-patients pour les troubles dépressifs selon les diagnostics primaires inclus dans le DSM-IV pour les troubles de l'humeur décrits dans le tableau 1, soit les codes CIM-9-MC, 293.83, 296, 300.4, 301.1 et 311. Le tableau 9 présente les données sur le nombre de jours-patients, divisées selon le type d'hôpital (psychiatrique et général) au Canada pour l'année la plus récente soit 1997-1998⁶⁹.

Tableau 9 : Nombre de cas et nombre de jours d'hospitalisations reliés à un diagnostic primaire de dépression pour les hôpitaux généraux et psychiatriques* :
année 1997/98.

Code: CIM-9-MC	Hôpitaux généraux		Hôpitaux psychiatriques	
	Nombre de cas	Nombre de jours totaux	Nombre de cas	Nombre de jours totaux
(293.83) Troubles de l'humeur attribuables à une affection médicale générale	297	5 619	89	11 708
(296) Troubles dépressifs majeurs, Troubles bipolaires I et Troubles bipolaires II	43 912	803 007	6 105	458 935
(300.4) Troubles dysthymiques	3 945	38 510	573	46 618
(301.1) Troubles cyclothymiques	343	4 491	27	51 930
(311) Troubles dépressifs non spécifiés	12 065	131 798	776	31 268
Total	60 562	983 425	7 570	600 459

*Source: ICIS, 2001.

Pour estimer les coûts pour les séjours en centre hospitalier psychiatrique, nous avons multiplié les jours-patients dans ces centres par le prix unitaire par jour d'hospitalisation des hôpitaux psychiatriques. Le prix unitaire moyen journalier (per diem) pour la dépression a été obtenu d'un article publié, qui nous donne le prix unitaire moyen par jour par patient pour l'année 1994, dans 38 hôpitaux psychiatriques de l'Ontario, du Québec, de l'Alberta, de la Colombie-Britannique et des provinces maritimes⁷⁰ (tableau 10). Ce per diem a été mis à jour en lui appliquant l'indice du prix à la consommation sur la santé pour l'année 2000.

Tableau 10 : Prix journalier moyen pour une hospitalisation liée à la dépression dans un hôpital psychiatrique au Canada, pour l'année 2000*.

Type de service	Prix journalier moyen (\$)
Infirmière	145.04
Diagnostique	2.75
Thérapeutique	27.73
Médicaments	4.19
Administration et autres coûts	82.83
Dietétique	20.08
Total (1994)	282.62
Total (2000)	310.92

*Source: Michael Loyd & Associates. *Psychiatric Specialty Hospital Cost Study*, 1995.

Puisque les frais de visites hospitalières par un psychiatre ne sont pas ajoutés dans ce per diem, nous avons inclus le prix unitaire moyen d'une visite hospitalière quotidienne par un psychiatre. Il s'agit d'une hypothèse généreuse. Il est possible qu'il y ait moins d'une visite par jour d'hospitalisation. Cependant, les visites des résidents ne sont pas comptées. Des prix unitaires (pour une visite hospitalière par un psychiatre) ont été obtenus des listes d'honoraires (Schedule of Benefits) pour 5 provinces canadiennes : la Nouvelle-Écosse⁷¹, l'Ontario⁷², le Québec⁷³, l'Alberta⁷⁴ et la Colombie-Britannique⁷⁵. Ces provinces représentent environ 88% de la population canadienne. Une moyenne des prix unitaires pondérée par la taille de la population de chaque province a été établie. Ceci permet de diminuer les biais possibles, et d'éviter d'extrapoler les données d'une seule province au Canada. Le tableau 11, nous résume les calculs.

Tableau 11 : Prix unitaire d'une visite médicale par un psychiatre dans un hôpital, au Canada pour l'année 2000.

Province	Population*	% de population	Prix unitaire (\$)
Ontario	11 669 344	43.1 %	7.65
Québec	7 372 448	27.3 %	17.05
Colombie-Britannique	4 063 760	15.0 %	81.05
Alberta	2 997 236	11.1 %	26.01
Nouvelle-Écosse	940 996	3.5 %	25.52
Moyenne pondérée			23.90

* Données démographiques, juillet 2001, Statistique Canada. Canada.

Si on ajoute la visite par un psychiatre, le prix d'une journée d'hospitalisation s'élève à 334 \$ (tableau 12).

Tableau 12: Prix journalier moyen d'une hospitalisation liée à la dépression dans un hôpital psychiatrique au Canada incluant le prix d'une visite médicale, en 2000.

Variable	Prix journalier moyen (\$)
Per diem (2000)	310.92
Visite médicale Psychiatrique en hôpital	23.90
Total prix unitaire	334.82

Pour estimer le prix unitaire des séjours dans les hôpitaux généraux, nous avons obtenu une analyse de coûts spécifiques basée sur les *Case-mix-groups* (CMG) qui, elle-même, a été établie sur les codes CIM-9-MC (voir l'annexe 2, page). Les frais de visites hospitalières par un généraliste ne sont pas inclus dans ce per diem. Nous avons ajouté le prix unitaire d'une visite hospitalière par jour d'un généraliste pondéré sur l'ensemble de 5 provinces. Les tableaux 13 à 15 nous montrent, respectivement et en détails la tabulation de ces coûts.

Tableau 13: Prix journalier moyen pour une hospitalisation liée à la dépression dans un hôpital général au Canada pour l'année 2000*.

Variable	Prix unitaire moyen (\$)
Variable directe: main d'oeuvre	172.25
Variable directe: bénéfice	21.75
Variable directe: approvisionnement	10.05
Total des coûts variables directs	204.05
Coûts fixes directs: main d'oeuvre	9.24
Coûts fixes directs généraux	3.26
Dépréciation de l'équipement	1.25
Total coûts fixes directs	13.75
Total coûts fixes indirects	106.88
Total prix unitaire	324.68

* London Health Sciences Centre, University Campus: Échantillon 456 patients, longueur du séjour moyen : 6.474

Tableau 14 : Prix unitaire d'une visite médicale par un généraliste dans un hôpital, au Canada pour l'année 2000.

Province	Population*	% de population	Prix unitaire (\$)
Ontario	11 669 344	43.1 %	40.10
Québec	7 372 448	27.3 %	14.70
Colombie-Britannique	4 063 760	15.0 %	20.38
Alberta	2 997 236	11.1 %	22.15
Nouvelle-Écosse ¹	940 996	3.5 %	25.52
Moyenne pondérée			27.72

* Données démographiques, juillet 2001, Statistique Canada, Canada.

¹ En Nouvelle-Écosse, l'établissement des coûts fonctionne par unité: 1 unité = 1.89\$, ici on compte 13.5 unités. Ce coût est aussi établi selon l'horaire suivant: Lundi - Vendredi 8h00 - 17h00.

Si on ajoute la visite par un généraliste, le prix d'une journée d'hospitalisation dans un hôpital général s'élève à 352 \$ (tableau 15).

Tableau 15 : Prix journalier moyen pour une hospitalisation liée à la dépression dans un hôpital général au Canada incluant le prix d'une visite médicale pour l'année 2000.

Variable	Prix journalier moyen (\$)
Per diem (2000)	324.68
Visite médicale d'un généraliste en hôpital	27.72
Total prix unitaire	352.40

4.4.2. Coûts directs associés aux visites médicales et psychiatriques en milieu ambulatoire.

Nous avons obtenu du manuel CDTI (*Canadian Disease and Therapeutic Index*) de l'IMS Health (*Intercontinental Medical Statistics Health*), les fréquences des différents types de visites médicales dues à la dépression (généralistes et psychiatres). Le CDTI est une étude qui sert à identifier les pratiques médicales par types de spécialités. Les données sont obtenues d'un échantillon de 652 médecins canadiens, stratifié par région géographique, et représentant toutes les spécialités majeures. Chaque participant doit remettre un rapport quatre fois par année, sur les diagnostics et traitements de tous les patients qu'il aura vus. À partir de ces rapports, des estimations sont faites sur le nombre de visites par diagnostic pour l'ensemble de la population canadienne. Nous avons utilisé cette source de données parce qu'elle était plus précise en ce qui a trait au nombre de visites par diagnostic posé par rapport aux autres sources de données au Canada. Les visites pour les diagnostics de la dépression correspondant aux codes CIM-9-MC, 293.83, 296, 300.4, 301.1 et 311 ont été retenues. Les tableaux 16 et 17 suivants, montrent le nombre total de visites médicales et psychiatriques par diagnostic et pour tous les diagnostics confondus. En tout, 10 789 000 visites ont été répertoriées.

Tableau 16 : Nombre de visites en ambulatoire chez un médecin généraliste avec un diagnostic de dépression au Canada, pour l'année 2000.

<u>Diagnostic au moment de la visite</u>	TOTAL ANNUEL DE VISITES*2000 (000 visites)
Troubles dépressifs non spécifiés (code 311)	
MÉDECIN GÉNÉRALISTE	5 182
Troubles dépressifs majeurs (codes 296.1, 296.2, 296.3)	
MÉDECIN GÉNÉRALISTE	747
Troubles dysthymiques (code 300.4)	
MÉDECIN GÉNÉRALISTE	548
Troubles bipolaires I (codes 296.0, 296.4, 296.5, 296.6, 296.7)	
MÉDECIN GÉNÉRALISTE	303
Troubles de l'humeur non-spécifiés (code 296.9)	
MÉDECIN GÉNÉRALISTE	5
Troubles bipolaires non-spécifiés et troubles bipolaires II (code 296.8)	
MÉDECIN GÉNÉRALISTE	9
Troubles de l'humeur attribuables à une affection médicale générale (code 293.8)	
MÉDECIN GÉNÉRALISTE	0
Troubles cyclothymiques (code 301.1)	
MÉDECIN GÉNÉRALISTE	0
Total visites	6 794

* Source: Manuel CDTI, IMS, 2001.

Tableau 17 : Nombre de visites en ambulatoire chez un psychiatre avec un diagnostic de dépression au Canada, pour l'année 2000.

Diagnostic au moment de la visite	TOTAL ANNUEL DE VISITES* 2000 (000 visites)
Troubles dépressifs non spécifiés (code 311)	
PSYCHIATRE	2 540
Troubles dépressifs majeurs (codes 296.1, 296.2, 296.3)	
PSYCHIATRE	627
Troubles dysthymiques (code 300.4)	
PSYCHIATRE	223
Troubles bipolaires 1 (codes 296.0, 296.4, 296.5, 296.6, 296.7)	
PSYCHIATRE	530
Troubles de l'humeur non-spécifiés (code 296.9)	
PSYCHIATRE	57
Troubles bipolaires non-spécifiés et troubles bipolaires II (code 296.8)	
PSYCHIATRE	3
Troubles de l'humeur attribuables à une affection médicale générale (code 293.8)	
PSYCHIATRE	9
Troubles cyclothymiques (code 301.1)	
PSYCHIATRE	6
Visites totales	3 995

* Source: Manuel CDTI, IMS, 2001.

Afin d'obtenir les coûts directs associés aux visites médicales et psychiatriques en ambulatoire, nous avons multiplié ces fréquences de visites médicales et psychiatriques par le prix unitaire moyen pondéré au Canada pour chacune de ces visites.

Comme pour les visites en hôpital, les prix unitaires pour les différents types de visites en ambulatoire ont été obtenus des listes d'honoraires (*Schedule of Benefits*) de 5 provinces canadiennes : la Nouvelle-Écosse⁷¹, l'Ontario⁷², le Québec⁷³, l'Alberta⁷⁴ et la Colombie-Britannique⁷⁵. Les types de visites qui ont été utilisés pour calculer les prix unitaires moyens canadiens sont indiqués en caractères gras. Nous les avons choisis à cause de leur uniformité quant aux descriptions du type de

visite. Les tableaux suivants (18 à 22) décrivent les coûts unitaires obtenus pour chacune de ces provinces.

Tableau 18 : Prix unitaire pour une visite médicale ou psychiatrique en ambulatoire, en Nouvelle-Écosse pour l'année, 2000.

Item	Prix unitaire (\$)
Généraliste (Visite ordinaire)¹	20.79
Généraliste (Psychothérapie) ²	48.01
Psychiatre (Première visite) cabinet ³	60.48
Psychiatre (Visites subséquentes) cabinet ⁴	19.85
Psychiatre (Consultation) cabinet⁵	132.30
Psychiatre thérapie psychiatrique⁶	63.13

¹ 11 unités (20.79\$).

² 25.4 unités pour 30 minutes (48.01\$); 12.7 unités par 15 minutes par après.

³ 32 unités (60.48\$).

⁴ 10.5 unités (19.85\$).

⁵ 70 unités pour 60 minutes (132.30\$); 17 unités par 15 minutes par après.

⁶ 33.4 unités pour 30 minutes (63.13\$); 16.7 unités par 15 minutes par après.

Tableau 19 : Prix unitaire pour une visite médicale ou psychiatrique en ambulatoire, en Ontario pour l'année 2000.

Item	Prix unitaire (\$)
Généraliste (Visite ordinaire)	52.50
Généraliste psychothérapie (Hypnothérapie) ¹	48.95
Psychiatre consultation complète	118.45
Psychiatre psychothérapie (Hypnothérapie) cabinet¹	52.55

¹ Coût par unité de 20 minutes.

Tableau 20 : Prix unitaire pour une visite médicale ou psychiatrique en ambulatoire, au Québec, pour l'année 2000.

Item	Prix unitaire (\$)
Généraliste (Visite ordinaire) cabinet	14.95
Généraliste (Psychiatrique complet) cabinet	29.80
Généraliste (Psychiatrique complet majeur) cabinet	55.05
Psychiatre (Visite principale) cabinet ¹	41.00
Psychiatre (Visites subséquentes) cabinet ¹	24.00
Psychiatre (Consultation) cabinet^{1,2}	75.00
Psychiatre thérapie psychiatrique^{1,3}	17.05

¹ Les coûts sont établis par unité de 15 minutes.

² La consultation comprend la visite principale.

³ Thérapie individuelle pour patient hospitalisé et suivi en clinique externe.

Tableau 21 : Prix unitaire pour une visite médicale ou psychiatrique en ambulatoire, en Alberta, pour l'année 2000.

Item	Prix unitaire (\$)
Généraliste (Visite ordinaire)	22.60
Généraliste (Consultation psychiatrique) ¹	21.39
Généraliste (Consultation répétée) ¹	21.39
Psychiatre première visite consultation²	104.98
Psychiatre thérapie psychiatrique (consultation répétée)³	63.36

¹ Les coûts sont établis par unité de 15 minutes.

² Coût pour la première heure; ensuite les coûts sont établis par unité de 15 minutes.

³ Thérapie individuelle, par unité de 30 minutes.

Tableau 22 : Prix unitaire pour une visite médicale ou psychiatrique en ambulatoire, en Colombie-Britannique, pour l'année 2000.

Item	Prix unitaire (\$)
Généraliste (Visite ordinaire)	26.53
Psychiatre (Consultation complète) cabinet ou clinique externe	161.61
Psychiatre (Consultation limitée) cabinet ou clinique externe	81.62
Psychiatre thérapie psychiatrique cabinet ou clinique externe (par 30 min)¹	69.07
Psychiatre thérapie psychiatrique cabinet ou clinique externe (par 45 min)	96.25
Psychiatre thérapie psychiatrique cabinet ou clinique externe (par 60 min).	123.24

¹ Thérapie individuelle.

Le prix unitaire pour une visite médicale chez un généraliste en ambulatoire a été pondéré en fonction de la population des provinces concernées afin d'estimer un prix unitaire moyen canadien. Le tableau 23 nous montre les calculs effectués afin d'obtenir ce prix unitaire moyen pondéré.

Tableau 23 : Prix unitaire moyen pondéré d'une visite chez un médecin généraliste en clinique externe ou privée, pour l'année 2000.

Province	Population*	% de population	Prix unitaire (\$)
Ontario	11 669 344	43.1 %	52.50
Québec	7 372 448	27.3 %	14.95
Colombie-Britannique	4 063 760	15.0 %	26.53
Alberta	2 997 236	11.1 %	22.60
Nouvelle-Écosse	940 996	3.5 %	20.79
Prix unitaire moyen pondéré	27 043 784		33.94
Population canadienne*	30 750 087		
	88 %		

* Données démographiques, juillet 2001, Statistique Canada. Canada

Nous avons procédé de façon similaire afin de déterminer les coûts associés aux visites médicales chez un psychiatre. Cependant, il a fallu considérer que plusieurs visites sont des visites de thérapie individuelle et d'autres sont des consultations simples. Nous avons basé nos calculs sur l'hypothèse suivante : 10% des visites médicales psychiatriques sont des consultations et 90% sont associées à de la thérapie individuelle. Les nombres de visites en ambulatoire chez un psychiatre (c.f. tableau 17, page 38) ont donc été divisés de la sorte, afin d'effectuer l'analyse.

Les tableaux 24 et 25 résument les calculs afin d'obtenir le prix unitaire moyen pondéré pour une visite médicale de type consultation et de type thérapie individuelle, chez un psychiatre au Canada :

Tableau 24 : Prix unitaire moyen pondéré d'une visite médicale psychiatrique de type consultation chez un psychiatre au Canada, pour l'année 2000.

Province	Population*	% de population	Prix unitaire (\$)
Ontario	11 669 344	43.1 %	118.45
Québec	7 372 448	27.3 %	75.00
Colombie-Britannique	4 063 760	15.0 %	161.61
Alberta	2 997 236	11.1 %	104.98
Nouvelle-Écosse	940 996	3.5 %	132.30
Prix unitaire moyen pondéré			112.05

*Données démographiques, juillet 2001, Statistique Canada. Canada.

Tableau 25 : Prix unitaire moyen pondéré d'une visite médicale psychiatrique de type thérapie individuelle chez un psychiatre au Canada, pour l'année 2000.

Province	Population*	% de population	Prix unitaire** (\$)
Ontario	11 669 344	43.1%	78.83 ¹
Québec	7 372 448	27.3%	34.10 ²
Colombie-Britannique	4 063 760	15.0%	69.07
Alberta	2 997 236	11.1%	63.36
Nouvelle-Écosse	940 996	3.5%	63.13
Prix unitaire moyen pondéré			62.89

* Données démographiques, juillet 2001, Statistique Canada . Canada.

** Coût par unité de 30 minutes.

¹ Coût pour une visite de psychothérapie en cabinet 52.55\$ par 20 minutes.

² Coût pour deux unités de 15 minutes.

4.4.3. Coûts directs associés aux visites chez un psychologue ou un travailleur social.

Afin d'estimer les coûts associés aux visites chez un psychologue ou travailleur social, les fréquences ont été estimées à partir d'une étude américaine⁷⁶ étant donné qu'aucune donnée canadienne précise n'est disponible à ce sujet. L'étude consultée répartissait par type de professionnels, l'ensemble des visites reliées à 4 diagnostics de santé mentale. Le total de visites était de 193 688.

En combinant les pourcentages des troubles bipolaires avec ceux de la dépression majeure (autres que bipolaires), il nous a été possible de trouver un pourcentage combiné pour chacun des intervenants.

Psychiatre: 55 %

Psychologue: 22 %

Travailleur social: 13 %

Autres : 10%

Nous avons pu calculer le ratio de visites pour les psychologues et les travailleurs sociaux en fonction des visites pour les psychiatres :

Psychologue : $0.22 / 0.55 = 0.4014$

Travailleur social : $0.13 / 0.55 = 0.2412$

Ce qui veut dire que pour chaque 100 visites chez un psychiatre pour un trouble dépressif, on retrouve 40 visites chez un psychologue et 24 visites chez un travailleur social. À partir du nombre total de visites médicales pour la dépression chez un psychiatre au Canada, tel que tiré du manuel CDTI de l'IMS pour l'année 2000, soit 3 995 000 visites, nous avons obtenu :

Psychologue : $0.4014 * 3\,995\,000 = 1\,603\,593$ visites.

Travailleur social : $0.2412 * 3\,995\,000 = 963\,594$ visites.

Finalement, chacune de ces fréquences a été multipliée par son prix unitaire moyen et pondéré pour le Canada, afin d'obtenir les coûts associés aux visites chez un psychologue ou chez un travailleur social pour la dépression. Les tableaux 26 et 27 nous montrent les différents prix unitaires obtenus par province ainsi que le prix unitaire moyen pondéré.

Tableau 26: Prix unitaire moyen pondéré d'une visite chez un psychologue au Canada, pour l'année 2000.

Province	Population ^f	% de population	Prix unitaire (\$)
Ontario ^a	11 669 344	43.1 %	185.00
Québec ^b	7 372 448	27.3 %	75.00
Colombie-Britannique ^c	4 063 760	15.0 %	130.00
Alberta ^d	2 997 236	11.1 %	156.00
Nouvelle-Écosse ^e	940 996	3.5 %	114.00
Prix unitaire moyen pondéré			141.06

^a Taux recommandé par l'Association des Psychologues de l'Ontario (par heure).

^b Le coût d'une visite se situe entre 65\$ et 85\$ de l'heure (coût obtenu de l'Ordre des psychologues du Québec).

^c Taux recommandé par la *Psychologists Association of British Columbia* (par heure).

^d Par unité de 50 minutes. Coût provenant de la *Psychologist's Association of Alberta*.

^e Taux recommandé par *Association of Psychologists of Nova Scotia* (par 30 minutes).

^f Données démographiques, juillet 2001, Statistique Canada. Canada.

Tableau 27: Prix unitaire moyen pondéré d'une visite chez un travailleur social au Canada, pour l'année 2000.

Province	Population ^f	% de population	Prix unitaire (\$)
Ontario ^a	11 669 344	43.1 %	110.00
Québec ^b	7 372 448	27.3 %	55.00
Colombie-Britannique ^c	4 063 760	15.0 %	100.00
Alberta ^d	2 997 236	11.1 %	95.00
Nouvelle-Écosse ^e	940 996	3.5 %	102.50
Prix unitaire moyen pondéré			91.58

^a Coût obtenu de l'Association des travailleuses et travailleurs sociaux de l'Ontario (80\$-140\$).

^b Coût obtenu de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec.

^c Coût obtenu de l'Association des travailleurs sociaux de la Colombie-Britannique (75\$-125\$).

^d Coût obtenu du Collège des travailleurs sociaux de l'Alberta (70\$-120\$).

^e Coût obtenu de l'Association des travailleurs sociaux de la Nouvelle-Écosse. Maximum: 150\$ (QC : 55\$ + Max 150\$) / 2 = 102.5\$.

^f Données démographiques, juillet 2001, Statistique Canada. Canada.

4.4.4. Coûts directs associés aux visites à l'urgence pour la dépression.

Les fréquences de visites à l'urgence pour la dépression ont été obtenus de la Banque de données ACCS (*Ambulatory Community Care Services*) du Ministère de la Santé de l'Alberta, étant donné que les données canadiennes collectées par l'ICIS n'étaient pas disponibles avant décembre 2001. Le nombre total de visites à l'urgence par diagnostic des troubles de l'humeur selon le DSM-IV pour la province de l'Alberta a été ensuite appliqué à l'ensemble de la population canadienne, en tenant compte de la taille de la population de l'Alberta par rapport à la population canadienne. Par la suite, nous avons obtenu une analyse du prix unitaire moyen d'une visite à l'urgence spécifique à la dépression et personnalisée pour l'année fiscale 1999-2000 du *London Health Sciences Centre, University Campus*. Cette analyse a été entièrement basée sur le système d'analyse de support infirmier pour des diagnostics de dépression. Nous avons ajouté à ce prix, le prix unitaire moyen pondéré au Canada d'une visite d'un médecin généraliste à l'urgence, puisque ce prix unitaire n'est pas inclus au prix unitaire moyen d'une visite à l'urgence pour la dépression. Les prix unitaires ont été tirés des mêmes sources que pour les visites à l'hôpital et en ambulatoire. Pour calculer les coûts directs associés à ces visites, nous avons multiplié le nombre estimé de visites à l'urgence pour la dépression au Canada par ce prix unitaire moyen d'une visite à l'urgence pour ce type de désordre mental. Les tableaux 28 et 29 nous montrent respectivement, le nombre de visites à l'urgence dues à la dépression, et le prix unitaire moyen d'une visite à l'urgence pour la dépression au Canada.

Tableau 28 : Nombre de visites à l'urgence dues à la dépression, selon le diagnostic, en Alberta et au Canada, pour l'année 2000.*

Code CIM-9-MC	Nombre de visites		
Troubles de l'humeur attribuables à une affection médicale générale (code 293.83)	11		
Troubles dépressifs majeurs (codes 296.1, 296.2, 296.3)	566		
Troubles bipolaires I (codes 296.0, 296.4, 296.5, 296.6 et 296.7)	731		
Troubles bipolaires non-spécifiés et troubles bipolaires II (code 296.8)	180		
Troubles de l'humeur non spécifiés (code 296.9)	66		
Troubles dysthymiques (code 300.4)	487		
Troubles cyclothymiques (code 301.13)	4		
Troubles dépressifs non spécifiés (code 311)	4 601		
Total	6 646		
Nombre total de visites à l'urgence 99/00	1 310 229		
Total (en Alberta)	6 646	2 997 236	Alberta**
Nombre de visites à l'urgence dues à la dépression au Canada	68 185	30 750 087	Canada**

*Les données proviennent de la banque de données albertaine ACCS (*Ambulatory Community Care Services*) du Ministère de la Santé de L'Alberta.

** Données démographiques, juillet 2001, Statistique Canada. Canada.

Tableau 29 : Prix unitaire moyen pondéré au Canada d'une visite à l'urgence pour la dépression (le prix unitaire d'une visite à l'urgence par un médecin généraliste est inclus).

Province	Population*	% de population	Prix unitaire moyen (\$)
Ontario ¹	11 669 344	43.1 %	30.85
Québec ²	7 372 448	27.3 %	10.00
Colombie-Britannique ³	4 063 760	15.0 %	20.83
Alberta ⁴	2 997 236	11.1 %	22.60
Nouvelle-Écosse ⁵	940 996	3.5 %	25.52
Prix unitaire moyen pondéré pour une visite médicale par un généraliste			22.56

*Données démographiques, juillet 2001, Statistique Canada. Canada.

¹ Ce coût est établi selon l'horaire suivant: Lundi - Vendredi 8h00 - 24h00.

² Ce coût est établi selon l'horaire suivant: Lundi - Vendredi 8h00 - 20h00.

³ Ce coût est établi selon l'horaire suivant: Lundi - Vendredi 8h00 - 18h00.

⁴ Ce coût est établi selon l'horaire suivant: Lundi - Vendredi 7h00 - 17h00.

⁵ Ce coût est aussi établi selon l'horaire suivant: Lundi - Vendredi 8h00 - 17h00.

Le prix unitaire pour une visite médicale a été ajouté au prix unitaire moyen d'une visite à l'urgence pour la dépression au Canada pour l'année 2000. Ce prix est de 185.11 \$ calculé par le *London Health Sciences Center, University Campus* en Ontario, pour un total de 207.67 \$.

4.4.5. Coûts directs associés au transport ambulancier lors d'un suicide dû à la dépression.

Nous avons voulu inclure dans l'étude les coûts reliés au transport ambulancier lors d'un suicide dû à la dépression. Pour ce faire, nous avons obtenu le nombre de décès par suicide au Canada à partir des statistiques sur les décès de Statistique Canada et assumé que 60% des suicides étaient liés à la dépression (voir 4.5.1.). Nous avons obtenu 1 813⁷⁷ décès. Les décès ont été multipliés par le prix unitaire moyen pondéré d'un transport ambulancier en supposant que, la distance moyenne d'un transport ambulancier est de 10 kilomètres. Ceci tient compte que la majorité des gens vivent en centre urbain et que, dans les cas de suicide, les ambulanciers se rendent toujours

à l'hôpital le plus près. Il est à noter que nous n'avons pas tenu compte des tentatives de suicide en raison de la non-disponibilité des données. Les prix unitaires pour un transport ambulancier ont été obtenus pour les 5 mêmes provinces (tableau 30) et un prix unitaire pondéré a été calculé.

Tableau 30 : Prix unitaire moyen pondéré du transport ambulancier dû au suicide.

Province	Population ^f	% de population	Prix unitaire (\$)
Ontario	11 669 344	43.1 %	240.00 ^a
Québec	7 372 448	27.3 %	142.50 ^b
Colombie-Britannique	4 063 760	15.0 %	54.00 ^c
Alberta	2 997 236	11.1 %	138.90 ^d
Nouvelle-Écosse	940 996	3.5 %	85.00 ^e
Prix unitaire moyen pondéré			168.87

^a Coût obtenu du *Emergency Health Services*. 2000, Ontario.

^b Service de base: 125\$ + 1.75\$ par kilomètre (distance de 10 kilomètres). Coût obtenu d'Urgence Santé, 2000.

^c Service de base: 54\$ (pour 40 kilomètres au minimum) + 0,5\$ pour kilomètres additionnels. Coût de *British Columbia Ambulance Service*, 2000.

^d *Emergency Medical Responder* (EMR) 116\$; *Basic Life Support* (BLS) 146\$; *Advance Life Support* (ALS) 191\$; + 2.29\$ par kilomètre. Coût obtenu du Ground Ambulance Service of Alberta. 2000.

^e *Emergency Medical Care Inc.* 2000. Nouvelle-Écosse.

^f Données démographiques, juillet 2001, Statistique Canada. Canada.

4.4.6. Coûts des antidépresseurs au Canada en ambulatoire.

Nous avons estimé les coûts des antidépresseurs au Canada en obtenant le nombre total d'ordonnances par année pour les antidépresseurs identifiés dans les Lignes directrices pour le diagnostic et le traitement pharmacologique de la dépression⁸ (voir tableau 6, page 13). Nous avons considéré les ordonnances de tous les produits commerciaux appartenant aux classes suivantes: 64310 (tricycliques psychotiques), 64320 (inhibiteurs de la monoamine oxidase), 64340 (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine) et 64390 (autres antidépresseurs). Nous n'avons pas inclus le carbonate de lithium qui n'est pas un antidépresseur, bien qu'il puisse être utilisé dans le traitement de la maladie bipolaire. Le nombre total d'ordonnances par produit pour l'année 2000 a été tiré de l'étude *Compuscript* de l'IMS⁷⁸. Dans cette

étude, les estimations du nombre d'ordonnances par année au Canada sont obtenues à partir d'un échantillon de 4 700 pharmacies au Canada, ce qui représente environ les deux tiers de toutes les pharmacies canadiennes. À partir de ces données, IMS estime le nombre d'ordonnances remplies dans l'ensemble du pays. Le prix unitaire moyen pour un type d'ordonnance donnée (ex. Elavil 150 mg) a aussi été obtenu du *Compuscript* de l'IMS. Ce prix unitaire moyen est obtenu par l'IMS en divisant le coût annuel total estimé pour ce type d'ordonnance (ex. Elavil 150 mg) par le nombre annuel total de cette ordonnance, honoraires professionnels inclus. Pour obtenir le coût des antidépresseurs au Canada, nous avons multiplié le nombre d'ordonnances par produit par son prix unitaire moyen canadien en 2000. Les données obtenues figurent dans l'annexe 3. Cependant, le tableau 31 donne un exemple du calcul des coûts.

Tableau 31 : Exemple d'éléments pour le calcul des coûts des antidépresseurs.

Médicaments	dose	prix unitaire moyen (\$)	# Annuel d'ordonnances
TRICYCLIQUES PSYCHOTIQUES Classe 64310			
Apotex Inc.			
Apo-amitriptyline			
FC TAB	25mg	8.26	660 000
FC TAB	10mg	8.22	539 000
FC TAB	50mg	9.18	271 000
FC TAB	75mg	16.13	59 000
MS&D			
Elavil			
TAB	10mg	10.82	25 000
TAB	25mg	15.00	19 000
TAB	50mg	23.64	10 000
TAB	75mg	26.57	6 000
SYRUP	10mg		0
Tryptil			
FC TAB	10mg	29.58	3 000
INHIBITEURS DE LA MONOAMINE OXIDASE Classe 64320			
Pfizer			
Nardil			
TAB	15mg	46.97	17 000
Glaxosmithline			
Parnate			
TAB	10mg	50.49	18 000
INHIBITEURS SÉLECTIFS DE LA RECAPTURE DE LA SÉROTONINE Classe 64340			
Glaxosmithline			
Paxil			
FC TAB	20mg	79.89	2 372 000
FC TAB	30mg	74.69	390 000
FC TAB	10mg	64.46	259 000
AUTRES ANTIDÉPRESSEURS Classe 64390			
Glaxosmithline			
Wellbutrin			
SR TAB	150mg	55.94	441 000
SR TAB	100mg	35.17	145 000

4.5. Coûts indirects reliés à la dépression et aux symptômes dépressifs

4.5.1 Coûts associés à la mortalité précoce

Afin d'estimer les coûts liés à la mortalité précoce, l'approche du capital humain a été favorisée dans cette étude. La perte des gains sur une vie (*lifetime earnings*) attribuable à la dépression a été calculée en multipliant le nombre de décès par suicide relié à la dépression stratifié par âge et sexe par les pertes monétaires reliées à la mortalité précoce. Les pertes sont calculées en valeur courante en actualisant à 5%. Une analyse de sensibilité a été effectuée sur le taux d'actualisation en utilisant des taux de 3% et 7%.

Le nombre annuel de décès par suicide dû à la dépression au Canada a été estimé à partir du nombre de décès par suicide (Statistique Canada)⁷⁷ que nous avons multiplié par 60% représentant la proportion de suicide lié à la dépression. En effet, certaines études ont démontré que 60 à 70% des suicides sont attribuables à la dépression, et que 15% des personnes souffrant d'une dépression commettent un suicide réussi⁴⁴⁻⁴⁵. Stoudemire et al. (1986) et Greenberg et al. (1993) ont assumé que 60% de tous les suicides étaient attribuables à la dépression, en se basant sur des études antérieures qui examinaient le rapport entre le suicide et les maladies mentales; la proportion des suicides liés à la dépression variaient entre 40% à 70%⁴⁴⁻⁴⁵. En l'absence de données spécifiques par âge et sexe, nous avons utilisé une proportion de 60% pour toutes les catégories âge/sexe. Ainsi le nombre de décès par suicide par groupe d'âge de 5 ans et stratifié par sexe chez les 18 à 65 ans que Statistique Canada nous fournit, a été multiplié par soixante pour cent afin d'obtenir le nombre de suicides dus à la dépression. Une analyse de sensibilité a aussi été complétée sur le pourcentage des suicides reliés à la dépression en utilisant un pourcentage de 50 % et de 70 %.

Le modèle utilisé pour calculer les coûts associés à la mortalité précoce provient de l'étude de Clayton et Barcelò (1999) sur le coût du suicide au Nouveau-Brunswick en 1996⁶¹. Ce modèle est similaire au modèle utilisé par Rice et al (1990)⁷⁹ et par

Santé Canada (1993)⁸⁰. Nous avons opté pour ce modèle pour des fins de comparaison et pour sa clarté. Ce modèle considère, par strate de 5 ans, la productivité future espérée si l'individu ne s'était pas suicidé. Il tient compte de l'espérance de vie pour les différents âges et sexes, des salaires selon l'âge et le sexe, des taux de participation au marché du travail et de la productivité croissante. Un taux d'actualisation est appliqué afin de représenter les pertes futures en valeur courante.

Le modèle est le suivant :

Figure 1
Formule pour calculer
les coûts de mortalité précoce

$$PPF^a = \sum_{n=y}^{79} \frac{P_{y,s}(n) * [Sa_s(n) * Ta_s(n)] * (1+g)^{n-y(b)}}{(1+r)^{n-y}}$$

^a Clayton D. et Barcelò A. (1999), ^b Santé Canada. (1993)

où :

PPF = Perte de productivité future

$P_{y,s}(n)$ = Probabilité qu'une personne de sexe (s) se suicidant à l'âge (y) aurait survécue jusqu'à la catégorie d'âge suivante (n)

y = Âge auquel une personne a commis son suicide

s = Sexe de l'individu

n = Âge de l'individu ayant survécu

$Sa_s(n)$ = Salaire moyen annuel d'une personne de sexe (s) et d'âge (n)

$Ta_s(n)$ = Taux d'activité au travail d'une population de sexe (s) et d'âge (n)
(i.e. taux de participation au marché du travail par âge et sexe)

g = Taux de croissance de la productivité au travail (i.e. taux appliqué au salaire, pour tenir compte que le salaire de l'individu, augmentera avec l'expérience)

r = Taux d'actualisation

4.5.1.1. Principales caractéristiques du modèle

- Le modèle a été construit par catégorie d'âge de 5 ans pour une population de 18-64 ans, excepté la première catégorie, qui elle est de deux ans (18-19). C'est donc dire que toutes les variables du modèle sont agrégées par catégorie de 5 ans.
- Le modèle calcule les coûts de perte de productivité future jusqu'à ce que les personnes atteignent l'âge de 79 ans, soit environ l'espérance de vie à la naissance.
- Le modèle exclut la productivité des travailleurs non-rémunérés et des personnes demeurant au foyer.
- La probabilité de survie à l'âge (n) tient compte de toutes les causes de décès et n'exclut pas le suicide. En ce sens, il ne s'agit pas à strictement parler de la probabilité de survie chez les personnes ne s'étant pas suicidées.

4.5.1.2. Exemple de calcul

Pour une catégorie d'âge donnée, on assume que tous les suicides ont lieu au milieu de la catégorie d'âge, à l'âge représentant la limite inférieure de la catégorie plus 2,5 années pour tenir compte du fait que les suicides se produisent à tous les âges de la catégorie.

Pour arriver à une estimation totale de la perte de productivité future, le modèle calcule séparément les pertes de la productivité reliées à chaque catégorie d'âge, et ce, pour chaque sexe. Par exemple, pour le groupe *Hommes s'étant suicidés entre 20-24 ans*, les pertes monétaires sont calculées de la manière suivante :

1. Le nombre de suicides dûs à la dépression dans ce groupe, est multiplié par le salaire moyen et le taux d'activité au travail pour les individus de ce groupe, multiplié par 2,5 pour refléter 2,5 années de salaire perdu. Les facteurs $(1+g)^{n-y}$

et $(1+r)^{n-y}$ sont ensuite calculés pour ajuster les pertes en fonction des 2,5 premières années.

2. Le nombre de suicides est par la suite multiplié par une probabilité de survie jusqu'à la prochaine catégorie d'âge (25-29 ans). Cette probabilité est inférieure à 1.00 pour refléter le fait que même s'ils ou elles ne s'étaient pas suicidés(es), certaines personnes du groupe vont mourir avant d'atteindre cette catégorie d'âge. Le nombre de suicides auquel on impute une perte de productivité à 25-29 ans sera donc inférieur au nombre considéré à 20-24 ans. Ce nouveau nombre de suicides est alors multiplié par le salaire annuel moyen et le taux d'activité au travail de cette nouvelle catégorie, multiplié par 5 pour refléter 5 années de salaire perdu. Les facteurs $(1+g)^{n-y}$ et $(1+r)^{n-y}$ sont ensuite calculés pour ajuster les pertes en fonction des 5 années de cette catégorie.
3. Cette étape est répétée jusqu'à la dernière catégorie d'âge, soit 75-79 ans. Ceci donne donc les pertes monétaires futures des hommes qui se sont suicidés entre 20-24 ans.

Les étapes 1, 2 et 3 doivent être répétées pour chaque groupe d'âge et de sexe. C'est l'addition des pertes monétaires de tous les groupes qui donnera une approximation des pertes monétaires futures des personnes qui se sont suicidées en raison de la dépression.

Calcul du facteur $(1+r)^{n-y}$

Ce facteur est utilisé pour exprimer les pertes monétaires futures en dollars en valeur courante (année 2000), en raison des préférences temporelles. Un dollar (1\$) aujourd'hui vaut plus que 1\$ dans 5 ans et vaut encore plus que 1\$ dans 10 ans. De même, une perte de 1\$ survenant dans 10 ans vaut moins que sa valeur actuelle.

Étant donné que le modèle est construit par catégorie de 5 ans, il faut calculer un facteur qui prend en considération les cinq années de la catégorie donnée. L'exemple

du tableau 32 sert à démontrer la logique pour trouver un facteur commun pour 5 ans, compte tenu d'un taux d'actualisation annuel de 5%:

Tableau 32 : Salaire moyen de 30 000\$ actualisé à 5 % pour une strate de 5 ans.

Année	Salaire moyen (\$)	$(1+r)^{n-y}$	Salaire moyen ajusté (\$)
1	30 000	1.05	28 571
2	30 000	1.1025	27 211
3	30 000	1.1576	25 916
4	30 000	1.2155	24 681
5	30 000	1.2763	23 505
Total	150 000		129 884
1-5	150 000/129 884	1.1549	

Calcul du facteur $(1+g)^{n-y}$

Le taux de croissance est un taux que l'on applique pour tenir compte que le salaire augmentera avec l'expérience de l'individu. Nous avons choisi un taux de 1 % en se basant sur les taux utilisés par Clayton et Barcelò et Santé Canada⁶¹⁻⁸⁰.

La même logique que le calcul du facteur $(1+r)^{n-y}$ a été utilisée. La seule différence est que ce facteur sert à augmenter la valeur monétaire au lieu de la diminuer (tableau 33).

Tableau 33 : Salaire moyen de 30 000\$ ajusté à 1 % pour une strate de 5 ans.

Année	Salaire moyen (\$)	$(1+g)^{n-y}$	Salaire moyen ajusté (\$)
1	30 000	1.01	30 300
2	30 000	1.0201	30 603
3	30 000	1.0303	30 909
4	30 000	1.0406	31 218
5	30 000	1.0510	31 530
Total	150 000		154 560
1-5	154 560/150 000	1.0304	

4.5.1.3. Données

Les tableaux 34 à 42 qui suivent ont servi à alimenter le modèle d'analyse. Il faut noter que dans les tableaux 35 et 36, les probabilités de survie données incluent le suicide et que les salaires annuels moyens sont des salaires bruts. Ces données ont été obtenues de Statistique Canada, ainsi que le nombre de décès par suicide et le taux de participation au marché du travail. Les probabilités de survie correspondent à la probabilité qu'a une personne, lorsqu'elle a atteint la catégorie d'âge précédente, de survivre jusqu'à la catégorie suivante, telle qu'établie en fonction des statistiques de décès. Nous utilisons les salaires moyens bruts puisque l'approche est sociétale. Les salaires ne tiennent pas compte du taux de participation au marché du travail étant donné que le dénominateur pour obtenir les salaires moyens est la population qui travaille. Le salaire alloué au groupe des 18 à 19 ans et le taux de participation au marché du travail sont ceux du groupe 15 à 19 ans. Les coûts de mortalité associés à ce groupe d'âge de survie pourraient donc être sous-estimés.

Tableau 34: Données générales servant à calculer les coûts de mortalité précoce.

Taux d'actualisation	Taux de croissance (g)	Groupe d'âge (ans)	Premier groupe	% de suicides dûs à la dépression
0.05	0.01	5	2.5	0.6

Tableau 35 : Données générales spécifiques aux hommes, servant à calculer les coûts de mortalité précoce.

Âge au suicide Hommes	Probabilité de survie ^a	Salaire annuel moyen ^b	Taux de participation au marché du travail ^c	Nombre de décès par suicides ^d	Suicides dûs à la dépression
18-19		4 564	0.673	83	50
20-24	0.99515	13 488	0.799	257	154
25-29	0.99537	31 479	0.905	218	131
30-34	0.9946	31 479	0.927	317	190
35-39	0.9930	43 393	0.926	355	213
40-44	0.99038	43 393	0.923	338	203
45-49	0.98587	48 923	0.912	309	185
50-54	0.97765	48 923	0.865	228	137
55-59	0.9619	43 059	0.729	171	103
60-64	0.9381	43 059	0.461	118	71
65-69	0.89561	34 829	0.161		
70-74	0.83606	28 966	0.087		
75-79	0.7478	28 966	0.05		
					1 436

^a Statistique Canada, 1998.

^b Statistique Canada, 1995 (ajusté pour 2000, en utilisant IPC général).

^c Enquête sur la population active 2000, Statistique Canada, 2001.

^d Statistique Canada, *Causes of death*, 1998.

Tableau 36 : Données générales spécifiques aux femmes, servant à calculer les coûts de mortalité précoce.

Âge de suicide Femmes	Probabilité de survie ^a	Salaire annuel moyen ^b	Taux de participation au marché du travail ^c	Nombre de décès par suicides ^d	Suicides dus à la dépression
18-19		3 817	0.657	22	13
20-24	0.99845	10 425	0.739	36	22
25-29	0.99834	22 630	0.799	66	40
30-34	0.99762	22 630	0.795	70	42
35-39	0.99632	27 275	0.795	93	56
40-44	0.9941	27 275	0.809	92	55
45-49	0.99081	28 885	0.794	101	61
50-54	0.98539	28 885	0.71	70	42
55-59	0.97662	24 173	0.534	37	22
60-64	0.96302	24 173	0.272	41	25
65-69	0.94137	17 798	0.073		
70-74	0.90521	15 129	0.031		
75-79	0.84662	15 129	0.014		
					377

^a Statistique Canada, 1998.

^b Statistique Canada, 1995 (ajusté pour 2000, en utilisant IPC général).

^c Enquête sur la population active 2000, Statistique Canada, 2001.

^d Statistique Canada, *Causes of death*, 1998.

Tableau 37 : Nombre de personnes qui auraient survécu à chaque catégorie d'âge si elles ne s'étaient pas suicidées, à partir de l'âge au suicide (Hommes).

Âge de survie	Âge au suicide									
	18.5	22.5	27.5	32.5	37.5	42.5	47.5	52.5	57.5	62.5
18-19	50									
20-24	50	154								
25-29	49	153	131							
30-34	49	153	130	190						
35-39	49	152	129	189	213					
40-44	48	150	128	187	211	203				
45-49	48	148	126	184	208	200	185			
50-54	47	145	123	180	203	195	181	137		
55-59	45	139	119	173	196	188	174	132	103	
60-64	42	131	111	163	183	176	164	123	96	71
65-69	38	117	100	146	164	158	146	111	86	63
70-74	31	98	83	122	137	132	122	92	72	53
75-79	23	73	62	91	103	99	92	69	54	40

Tableau 38 : Nombre de personnes qui auraient survécu à chaque catégorie d'âge si elles ne s'étaient pas suicidées, à partir de l'âge au suicide (Femmes).

Âge de survie	Âge au suicide									
	18.5	22.5	27.5	32.5	37.5	42.5	47.5	52.5	57.5	62.5
18-19	13									
20-24	13	22								
25-29	13	22	40							
30-34	13	22	40	42						
35-39	13	21	39	42	56					
40-44	13	21	39	42	55	55				
45-49	13	21	39	41	55	55	61			
50-54	13	21	38	41	54	54	60	42		
55-59	12	20	37	40	53	53	58	41	22	
60-64	12	20	36	38	51	51	56	40	21	25
65-69	11	18	34	36	48	48	53	37	20	23
70-74	10	17	31	33	43	43	48	34	18	21
75-79	9	14	26	28	37	37	41	28	15	18

Tableau 39 : Calcul du taux d'actualisation $(1+r)^{n-y}$ pour la tranche 18-19 ans.

n-y*	Salaire fictif (\$)	$(1+r)^{n-y}$	Salaire ajusté (\$)	Somme salaire (\$)	Somme salaire ajusté (\$)	$(1+r)^{n-y}$ moyen
1	200	1.05	190.48			
2	200	1.10	181.41			
3	200	1.16	172.77			
4	200	1.22	164.54			
5	200	1.28	156.71	1 000.00	865.90	1.15
6	200	1.34	149.24			
7	200	1.41	142.14			
8	200	1.48	135.37			
9	200	1.55	128.92			
10	200	1.63	122.78	1 000.00	678.45	1.47
11	200	1.71	116.94			
12	200	1.80	111.37			
13	200	1.89	106.06			
14	200	1.98	101.01			
15	200	2.08	96.20	1 000.00	531.58	1.88
16	200	2.18	91.62			
17	200	2.29	87.26			
18	200	2.41	83.10			
19	200	2.53	79.15			
20	200	2.65	75.38	1 000.00	416.51	2.40
21	200	2.79	71.79			
22	200	2.93	68.37			
23	200	3.07	65.11			
24	200	3.23	62.01			
25	200	3.39	59.06	1 000.00	326.35	3.06
26	200	3.56	56.25			
27	200	3.73	53.57			
28	200	3.92	51.02			
29	200	4.12	48.59			
30	200	4.32	46.28	1 000.00	255.70	3.91
31	200	4.54	44.07			
32	200	4.76	41.97			
33	200	5.00	39.97			
34	200	5.25	38.07			
35	200	5.52	36.26	1 000.00	200.35	4.99

Tableau 39 (suite) : Calcul du taux d'actualisation $(1+r)^{n-y}$ pour la tranche 18-19 ans.

n-y*	Salaire fictif (\$)	$(1+r)^{n-y}$	Salaire ajusté (\$)	Somme salaire (\$)	Somme salaire ajusté (\$)	$(1+r)^{n-y}$ moyen
36	200	5.79	34.53			
37	200	6.08	32.89			
38	200	6.39	31.32			
39	200	6.70	29.83			
40	200	7.04	28.41	1 000.00	156.98	6.37
41	200	7.39	27.06			
42	200	7.76	25.77			
43	200	8.15	24.54			
44	200	8.56	23.37			
45	200	8.99	22.26	1 000.00	123.00	8.13
46	200	9.43	21.20			
47	200	9.91	20.19			
48	200	10.40	19.23			
49	200	10.92	18.31			
50	200	11.47	17.44	1 000.00	96.37	10.38
51	200	12.04	16.61			
52	200	12.64	15.82			
53	200	13.27	15.07			
54	200	13.94	14.35			
55	200	14.64	13.67	1 000.00	75.51	13.24
56	200	15.37	13.01			
57	200	16.14	12.39			
58	200	16.94	11.80			
59	200	17.79	11.24			
60	200	18.68	10.71	1 000.00	59.16	16.90

*Où :

y = Âge auquel une personne a commis son suicide.

n = Âge de l'individu, s'il avait survécu.

r = Taux d'actualisation.

Tableau 40 : Calcul du taux de croissance de la productivité $(1+g)^{n-y}$ pour la tranche 18-19 ans.

n-y*	Salaire fictif (\$)	$(1+g)^{n-y}$	Salaire ajusté (\$)	Somme salaire (\$)	Somme salaire ajusté (\$)	$(1+g)^{n-y}$ moyen
1	200	1.01	202.00			
2	200	1.02	204.02			
3	200	1.03	206.06			
4	200	1.04	208.12			
5	200	1.05	210.20	1 000.00	1 030.40	1.03
6	200	1.06	212.30			
7	200	1.07	214.43			
8	200	1.08	216.57			
9	200	1.09	218.74			
10	200	1.10	220.92	1 000.00	1 082.96	1.08
11	200	1.12	223.13			
12	200	1.13	225.37			
13	200	1.14	227.62			
14	200	1.15	229.89			
15	200	1.16	232.19	1 000.00	1 138.21	1.14
16	200	1.17	234.52			
17	200	1.18	236.86			
18	200	1.20	239.23			
19	200	1.21	241.62			
20	200	1.22	244.04	1 000.00	1 196.27	1.20
21	200	1.23	246.48			
22	200	1.24	248.94			
23	200	1.26	251.43			
24	200	1.27	253.95			
25	200	1.28	256.49	1 000.00	1 257.29	1.26
26	200	1.30	259.05			
27	200	1.31	261.64			
28	200	1.32	264.26			
29	200	1.33	266.90			
30	200	1.35	269.57	1 000.00	1 321.42	1.32
31	200	1.36	272.27			
32	200	1.37	274.99			
33	200	1.39	277.74			
34	200	1.40	280.52			
35	200	1.42	283.32	1 000.00	1 388.83	1.39

Tableau 40 (suite) : Calcul du taux de croissance de la productivité $(1+g)^{n-y}$ pour la tranche 18-19 ans.

n-y*	Salaire fictif (\$)	$(1+g)^{n-y}$	Salaire ajusté (\$)	Somme salaire (\$)	Somme salaire ajusté (\$)	$(1+g)^{n-y}$ moyen
36	200	1.43	286.15			
37	200	1.45	289.02			
38	200	1.46	291.91			
39	200	1.47	294.82			
40	200	1.49	297.77	1 000.00	1 459.67	1.46
41	200	1.50	300.75			
42	200	1.52	303.76			
43	200	1.53	306.80			
44	200	1.55	309.86			
45	200	1.56	312.96	1 000.00	1 534.13	1.53
46	200	1.58	316.09			
47	200	1.60	319.25			
48	200	1.61	322.45			
49	200	1.63	325.67			
50	200	1.64	328.93	1 000.00	1 612.39	1.61
51	200	1.66	332.22			
52	200	1.68	335.54			
53	200	1.69	338.89			
54	200	1.71	342.28			
55	200	1.73	345.70	1 000.00	1 694.63	1.69
56	200	1.75	349.16			
57	200	1.76	352.65			
58	200	1.78	356.18			
59	200	1.80	359.74			
60	200	1.82	363.34	1 000.00	1 781.08	1.78

* Où :

y = Âge auquel une personne a commis son suicide.

n = Âge de l'individu, s'il avait survécu.

g = Taux de croissance de la productivité au travail.

Tableau 41 : Calcul du taux d'actualisation $(1+r)^{n-y}$ pour les tranches restantes.

n-y*	Salaire fictif (\$)	$(1+r)^{n-y}$	Salaire ajusté (\$)	Somme salaire (\$)	Somme salaire ajusté (\$)	$(1+r)^{n-y}$ moyen
0	100	1.00	100.00			
1	200	1.05	190.48			
2	200	1.10	181.41	500.00	471.88	1.06
3	200	1.16	172.77			
4	200	1.22	164.54			
5	200	1.28	156.71			
6	200	1.34	149.24			
7	200	1.41	142.14	1 000.00	785.39	1.27
8	200	1.48	135.37			
9	200	1.55	128.92			
10	200	1.63	122.78			
11	200	1.71	116.94			
12	200	1.80	111.37	1 000.00	615.38	1.63
13	200	1.89	106.06			
14	200	1.98	101.01			
15	200	2.08	96.20			
16	200	2.18	91.62			
17	200	2.29	87.26	1 000.00	482.16	2.07
18	200	2.41	83.10			
19	200	2.53	79.15			
20	200	2.65	75.38			
21	200	2.79	71.79			
22	200	2.93	68.37	1 000.00	377.79	2.65
23	200	3.07	65.11			
24	200	3.23	62.01			
25	200	3.39	59.06			
26	200	3.56	56.25			
27	200	3.73	53.57	1 000.00	296.01	3.38
28	200	3.92	51.02			
29	200	4.12	48.59			
30	200	4.32	46.28			
31	200	4.54	44.07			
32	200	4.76	41.97	1 000.00	231.93	4.31
33	200	5.00	39.97			
34	200	5.25	38.07			
35	200	5.52	36.26			
36	200	5.79	34.53			
37	200	6.08	32.89	1 000.00	181.72	5.50

Tableau 41 (suite): Calcul du taux d'actualisation $(1+r)^{n-y}$ pour les tranches restantes.

n-y*	Salaire fictif (\$)	$(1+r)^{n-y}$	Salaire ajusté (\$)	Somme salaire (\$)	Somme salaire ajusté (\$)	$(1+r)^{n-y}$ moyen
38	200	6.39	31.32			
39	200	6.70	29.83			
40	200	7.04	28.41			
41	200	7.39	27.06			
42	200	7.76	25.77	1 000.00	142.38	7.02
43	200	8.15	24.54			
44	200	8.56	23.37			
45	200	8.99	22.26			
46	200	9.43	21.20			
47	200	9.91	20.19	1 000.00	111.56	8.96
48	200	10.40	19.23			
49	200	10.92	18.31			
50	200	11.47	17.44			
51	200	12.04	16.61			
52	200	12.64	15.82	1 000.00	87.41	11.44
53	200	13.27	15.07			
54	200	13.94	14.35			
55	200	14.64	13.67			
56	200	15.37	13.01			
57	200	16.14	12.39	1 000.00	68.49	14.60
58	200	16.94	11.80			
59	200	17.79	11.24			
60	200	18.68	10.71			
61	200	19.61	10.20			
62	200	20.59	9.71	1 000.00	53.66	18.63

*Où :

y = Âge auquel une personne a commis son suicide.

n = Âge de l'individu, s'il avait survécu.

r = Taux d'actualisation.

Tableau 42: Calcul du taux de croissance de la productivité $(1+g)^{n-y}$ pour les tranches restantes.

n-y*	Salaire fictif (\$)	$(1+g)^{n-y}$	Salaire ajusté (\$)	Somme salaire (\$)	Somme salaire ajusté (\$)	$(1+g)^{n-y}$ moyen
0	100	1.00	100.00			
1	200	1.01	202.00			
2	200	1.02	204.02	500.00	506.02	1.01
3	200	1.03	206.06			
4	200	1.04	208.12			
5	200	1.05	210.20			
6	200	1.06	212.30			
7	200	1.07	214.43	1 000.00	1 051.11	1.05
8	200	1.08	216.57			
9	200	1.09	218.74			
10	200	1.10	220.92			
11	200	1.12	223.13			
12	200	1.13	225.37	1 000.00	1 104.73	1.10
13	200	1.14	227.62			
14	200	1.15	229.89			
15	200	1.16	232.19			
16	200	1.17	234.52			
17	200	1.18	236.86	1 000.00	1 161.08	1.16
18	200	1.20	239.23			
19	200	1.21	241.62			
20	200	1.22	244.04			
21	200	1.23	246.48			
22	200	1.24	248.94	1 000.00	1 220.31	1.22
23	200	1.26	251.43			
24	200	1.27	253.95			
25	200	1.28	256.49			
26	200	1.30	259.05			
27	200	1.31	261.64	1 000.00	1 282.56	1.28
28	200	1.32	264.26			
29	200	1.33	266.90			
30	200	1.35	269.57			
31	200	1.36	272.27			
32	200	1.37	274.99	1 000.00	1 347.98	1.35
33	200	1.39	277.74			
34	200	1.40	280.52			
35	200	1.42	283.32			
36	200	1.43	286.15			
37	200	1.45	289.02	1 000.00	1 416.74	1.42

Tableau 42 (suite): Calcul du taux de croissance de la productivité $(1+g)^{n-y}$ pour les tranches restantes.

n-y*	Salaire fictif (\$)	$(1+g)^{n-y}$	Salaire ajusté (\$)	Somme salaire (\$)	Somme salaire ajusté (\$)	$(1+g)^{n-y}$ moyen
38	200	1.46	291.91			
39	200	1.47	294.82			
40	200	1.49	297.77			
41	200	1.50	300.75			
42	200	1.52	303.76	1 000.00	1 489.01	1.49
43	200	1.53	306.80			
44	200	1.55	309.86			
45	200	1.56	312.96			
46	200	1.58	316.09			
47	200	1.60	319.25	1 000.00	1 564.97	1.56
48	200	1.61	322.45			
49	200	1.63	325.67			
50	200	1.64	328.93			
51	200	1.66	332.22			
52	200	1.68	335.54	1 000.00	1 644.79	1.64
53	200	1.69	338.89			
54	200	1.71	342.28			
55	200	1.73	345.70			
56	200	1.75	349.16			
57	200	1.76	352.65	1 000.00	1 728.70	1.73
58	200	1.78	356.18			
59	200	1.80	359.74			
60	200	1.82	363.34			
61	200	1.83	366.97			
62	200	1.85	370.64	1 000.00	1 816.88	1.82

* Où :

y = Âge auquel une personne a commis son suicide.

n = Âge de l'individu, s'il avait survécu.

g = Taux de croissance de la productivité au travail.

4.5.2. Coûts reliés à la perte de productivité

Les coûts indirects associés aux conséquences de la dépression et des symptômes dépressifs comprennent la perte de productivité associée aux journées de travail perdues et à la diminution de productivité durant le travail. Le temps de loisir n'a pas été considéré dans les coûts de perte de la productivité.

4.5.2.1 Coûts associés aux journées de travail perdues

La littérature, nous indique qu'environ 70 % de la population dépressive aux États-Unis est sur le marché du travail⁸¹. Cependant, nous avons préféré utiliser les taux de participation au marché du travail de l'ensemble de la population fournis par Statistique Canada, étant donné qu'ils reflètent mieux la situation canadienne, même s'ils surestiment la participation des personnes dépressives. À l'aide des données concernant les estimés du nombre de personnes dépressives en fonction du nombre de semaines d'épisode dépressif, telles que fournies par l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) et des taux de participation au marché du travail de Statistique Canada, nous avons estimé le nombre de jours pour lesquels l'absentéisme au travail était possible.

Pour ce faire, nous avons d'abord obtenu de l'ENSP, vague 1996-1997, les proportions de la population dépressive (probablement et possiblement dépressive) ayant déclaré un nombre de semaines d'épisode dépressif de 2 à 4 semaines, de 5 à 11 semaines, de 12 à 26 semaines et enfin de 27 à 52 semaines, et ce, par groupe d'âges (de 18 ans à 64 ans) et de sexe. Ce tableau est disponible, pour tout type de dépression confondu. En raison du petit nombre de sujets pour certains sous-groupes, la stratification pour l'âge a été produite comme suit afin d'obtenir une meilleure stabilité des estimations:

18 à 34 ans;

35 à 44 ans;

45 à 64 ans;

Ces proportions de la population dépressive ayant déclaré un nombre de semaines d'épisode dépressif tel que mentionné ci-dessus proviennent d'une analyse par *bootstrapping* de Statistique Canada sur la banque de données de l'ENSP spécifique à notre demande. Cette technique de ré-échantillonnage par *bootstrap* a été effectuée en utilisant un ensemble de 500 valeurs pondérées de *bootstrap* procuré par Statistique Canada pour de telles analyses. Pour les estimations par rapport aux durées d'épisode dépressif relatives aux hommes, les valeurs pondérées par *bootstrap* originent de 1 315 données enregistrées, tandis que pour les femmes les valeurs pondérées originent de 2 660 données enregistrées. Cette analyse a été effectuée en utilisant le logiciel SAS/STAT version 14.05, procédure BFREDA, BOOTMAC.

En appliquant les proportions observées dans cette analyse à l'ensemble de la population dépressive au Canada, stratifié par groupe d'âge et de sexe, nous obtenons le nombre de personnes dépressives pour chaque durée d'épisode.

Nous avons ensuite fait des hypothèses quant au nombre de journées de travail perdues par épisode. Stoudemire et al. et Greenberg et al., dans leurs analyses, ont posé les hypothèses suivantes : les patients traités pour la dépression ont des épisodes dépressifs de 12 semaines au cours desquels ils totalisent en moyenne 33 jours d'activités (travail et loisir) perdus (2.7 jours/semaine), et les personnes non-traitées souffrant de dépression ont des épisodes de 18 semaines au cours desquels elles perdent en moyenne 60 journées (3.3 jours/semaine). Cette hypothèse et les travaux d'autres auteurs⁸²⁻⁸³ nous ont guidé pour établir un nombre moyen de jours perdus par semaine, lors d'un épisode dépressif. Par exemple, Von Korff et al. ont observé que les personnes modérément dépressives perdaient en moyenne près de 1 jour d'activité (travail et loisir) par semaine, tandis que les personnes sévèrement dépressives en perdaient jusqu'à près de 2 jours par semaine⁸². D'après les hypothèses de Stoudemire et al. et Greenberg et al., ainsi que d'après les résultats de Von Korff et al. , nous avons supposé qu'en moyenne 2.5 jours d'activités (travail et loisir) par semaine sont perdus lorsque l'on souffre de dépression ou de symptômes dépressifs. Donc, pour la durée d'épisode de 2 à 4 semaines, de 5 à 10 jours seront

perdus, pour une moyenne de 7.5 jours; pour la durée d'épisode de 5 à 11 semaines de 12.5 à 27.5 jours seront perdus, pour une moyenne de 20 jours; pour la durée de 12 à 26 semaines, de 25 à 65 jours seront perdus, pour une moyenne de 45 jours; et, pour la durée de 27 à 52 semaines, de 67.5 à 130 jours seront perdus, pour une moyenne de 98.75 jours perdus. Pour déterminer le nombre de jours de travail perdus, nous aurions aussi pu utiliser d'autres données de l'ENSP (vagues 1996-1997 et 1998-1999) sur les jours d'incapacité et de limitations d'activité en ne retenant que les personnes ayant au moins un symptôme dépressif. Cependant, il n'y a aucune façon possible de déterminer la cause exacte de ces journées de travail perdues ou de la limitation des activités quotidiennes. Il se peut très bien que la raison soit autre que l'état dépressif. De plus, la question sur les limitations d'activités porte sur les 14 jours précédant l'enquête seulement.

Nous avons appliqué les taux de participation au marché du travail au Canada aux estimés de la population dépressive en fonction du nombre de semaines d'épisode dépressif par strate d'âge et de sexe, pour ne retenir que les personnes déprimées et actives sur le marché du travail. Nous avons multiplié le nombre des personnes déprimées et actives par leur nombre moyen de journées perdues par épisode dépressif compte tenu de la durée de l'épisode. Nous avons ensuite appliqué un rapport de 5/7 aux journées de travail perdues dues à la dépression, pour prendre en compte la semaine de travail standard de 5 jours. Nous avons divisé ces jours perdus par le nombre de jours dans une année, soit 365 jours; pour avoir un équivalent d'années de travail perdues, puis, nous avons multiplié ces années de travail perdues par 50 semaines de travail (ce qui reflète le nombre moyen de semaines travaillées par année) pour avoir un nombre de semaines de travail perdues. En multipliant, ces estimés par le salaire moyen par semaine pour chaque catégorie sexe-âge ajusté pour l'année 2000, il nous a été possible de déterminer les coûts annuels potentiels attribuables à l'absentéisme dû à la dépression et aux symptômes dépressifs. Les tableaux 43 à 45 nous ont servi à faire les estimations des coûts :

Tableau 43 : Données générales pour calculer les coûts associés aux jours de travail perdus.

Nombre de jours par année	Nombre de Semaines par année	Ajustement jours de travail / jours de semaine	Moyenne de jours perdus par épisode dépressif			
			2 à 4	5 à 11	12 à 26	27 à 52
365	50	0.71	7.5	20	45	98.75

Tableau 44 : Données pour calculer les coûts associés aux jours de travail perdus chez les hommes.

Âge Homme	Salaire Hebdomadaire moyen ^a	Taux de participation au marché du travail ^b	Population dépressive totale ^c	Population dépressive en fonction du nombre de semaines ^d			
				2 à 4	5 à 11	12 à 26	27 à 52
18-34	503	0.855	174 000	97 875	35 357	29 632	11 136
35-44	834	0.924	134 000	56 923	36 502	22 485	18 077
45-64	907	0.781	107 000	46 673	21 058	17 323	21 935

^a Statistique Canada, 1995 (ajusté pour 2000, en fonction de l'IPC général).

^b Enquête sur la population active 2000, Statistique Canada, 2001.

^c Rapport sur la santé. Enquête Nationale sur la Santé de la Population, vague 1996/1997, Statistique Canada.

^d Analyse spéciale sur les données de l'ENSP, vague 1996-1997. Cette analyse faite par *bootstrapping* nous a fourni les proportions exactes de la population dépressive totale par strate d'âge et de sexe. Statistique Canada 2001.

Tableau 45 : Données pour calculer les coûts associés aux jours de travail perdus chez les femmes.

Âge Femme	Salaire hebdomadaire moyen ^a	Taux de participation au marché du travail ^b	Population dépressive totale ^c	Population dépressive en fonction du nombre de semaines ^d			
				2 à 4	5 à 11	12 à 26	27 à 52
18-34	364	0.765	312 000	131 196	96 845	60 996	22 963
35-44	525	0.802	210 000	70 707	56 049	60 501	22 743
45-64	532	0.621	188 000	50 685	32 580	63 676	41 059

^a Statistique Canada, 1995 (ajusté pour 2000, en fonction de l'IPC général).

^b Enquête sur la population active 2000, Statistique Canada, 2001.

^c Rapport sur la santé. Enquête Nationale sur la Santé de la Population, vague 1996/1997, Statistique Canada.

^d Analyse spéciale sur les données de l'ENSP, vague 1996-1997. Cette analyse faite par *bootstrapping* nous a fourni les proportions exactes de la population dépressive totale par strate d'âge et de sexe. Statistique Canada 2001.

4.5.2.2. Coûts associés à la réduction de la productivité durant les heures de travail.

Il est raisonnable de penser que même si elles se rendent au travail, les personnes dépressives y sont moins productives. Les coûts reliés à la réduction de la productivité au travail n'ont pas été évalués dans l'étude de Stoudemire et al.⁴⁷, parce qu'ils n'avaient pas accès à des données facilitant ces estimations. Cependant, cette équipe de recherche reconnaissait que cette catégorie de coûts était potentiellement importante. Selon eux, ces coûts reflèteraient le fardeau économique associé à la diminution de la concentration mentale des sujets déprimés au travail, au manque de confiance, à l'indécision et à d'autres symptômes connus des troubles affectifs agissant sur la productivité d'une personne au travail durant un épisode dépressif. D'autre part, Greenberg et al.⁵⁴ ont évalué ces pertes potentielles de productivité au travail. Nous avons utilisé une méthode similaire à celle de Greenberg et al. Pour les personnes ayant déclaré des semaines d'épisode dépressif (voir section précédente), nous avons calculé le nombre de jours de l'épisode dépressif où il n'y avait pas de journées perdues, en utilisant les nombres tels que mentionnés dans la partie précédente. Ainsi pour un épisode de 2 à 4 semaines, il restera 13.5 jours en moyenne; pour la durée de 5 à 11 semaines, il en restera 36; pour la durée de 12 à 26 semaines, 85.5 jours en moyenne; et enfin, pour la durée d'épisode dépressif de 27 à 52 semaines, il restera 177.8 jours en moyenne qui ne représentent pas des journées de travail perdues, mais constituent des journées où la productivité au travail pourrait être diminuée.

Nous avons appliqué les taux de participation au marché du travail au Canada aux estimés de la population dépressive en fonction du nombre de semaines d'épisode dépressif par strate d'âge et de sexe, pour obtenir la population dépressive active. La taille de cette population a été multipliée par le nombre moyen de journées potentielles de diminution de productivité au travail tel qu'estimé plus haut. Nous avons ensuite appliqué un rapport de 5/7 aux journées de travail perdues dues à la dépression et aux symptômes dépressifs, pour prendre en compte la semaine de

travail standard de 5 jours. De plus, nous avons choisi d'appliquer un niveau de diminution de productivité au travail de 35% pour l'analyse principale. Nous avons choisi ce niveau de limitation suite à une étude qui avait rapporté des niveaux de limitation d'activités quotidiennes entre 18% et 52% pour la dépression, à partir des données de l'Enquête nationale sur la co-morbidité (NCS i.e. *National Comorbidity Survey*)⁸⁴. Greenberg et al. ont appliqué un taux de 20% de diminution de productivité. Des analyses de sensibilité ont été effectuées avec diminution de productivité à 20% et 50%. Pour finir, nous avons divisé ces journées de limitation d'activités au travail par le nombre de jours dans une année, soit 365 jours, pour le multiplier par 50 semaines de travail. En multipliant ces estimés par le salaire moyen par semaine pour chaque catégorie sexe-âge, il nous a donc été possible de déterminer les pertes potentielles pour une année reliées à la réduction de productivité au travail liée à la dépression et aux symptômes dépressifs. Le tableau 46 présente les données nécessaires aux calculs des coûts associés à la diminution de la productivité durant les heures de travail (en plus des données déjà rapportées aux tableaux 44 et 45).

Tableau 46 : Données générales pour calculer les coûts reliés à la diminution de la productivité durant les heures de travail.

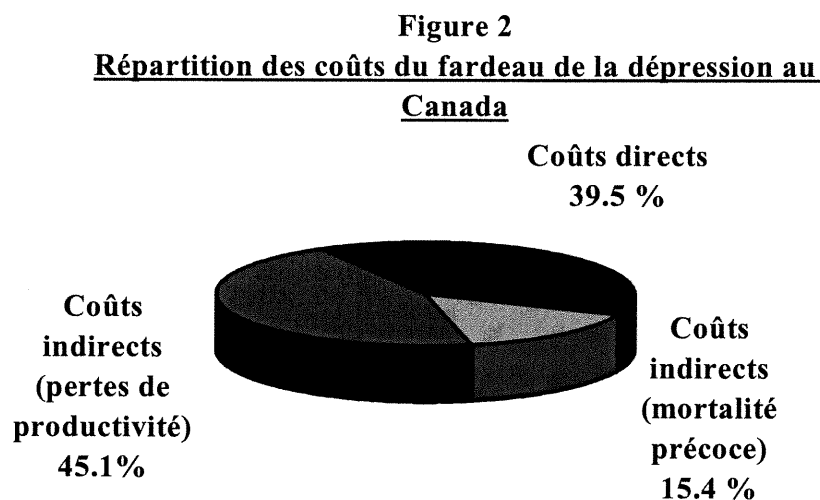
Nombre de jours par année	Nombre de semaines par année	Ajustement jours de travail / jours de semaine	Niveau de diminution de productivité au travail	Moyenne de jours avec diminution potentielle de la productivité au travail			
				2 à 4	5 à 11	12 à 26	27 à 52
365	50	0.71	35%	13.5	36	85.5	177.75

Chapitre 5. Résultats

Les résultats de notre analyse sont basés sur la prévalence des symptômes dépressifs et de la dépression. Le tableau de prévalence de la dépression tel que tiré de l'ENSP (tableau 4) est présenté à la page 7.

En appliquant la méthodologie décrite précédemment, nous avons estimé que le fardeau économique des symptômes dépressifs et de la dépression au Canada était de 5 390 229 322 \$, pour l'année 2000. Les coûts directs comptent pour 2 129 342 250 \$, soit 39.5 % de la facture totale et les coûts indirects comptent pour 60.5 % de ce fardeau. Les coûts indirects liés à la mortalité précoce due à la dépression totalisent

831 205 136 \$, soit 15.4% du fardeau. Les coûts liés à la diminution de la productivité pendant le travail ou à l'absentéisme au travail totalisent 2 429 681 936 \$ dollars, soit 45.1 % de la facture totale. (Figure 2)



5.1. Coûts directs

Le tableau 47 résume les fréquences et prix unitaires moyens utilisés pour calculer les coûts directs associés à la dépression au Canada, et indique les coûts obtenus.

Tableau 47 : Coûts directs associés à la dépression au Canada, pour l'année 2000.

Type de coût direct associé à la dépression	Fréquence	Prix unitaire moyen (\$)	Total (\$)
Visites chez un médecin généraliste (en ambulatoire)	6 794 000	33.94	230 588 360.00
Visites chez un psychiatre (en ambulatoire)			
Consultation	399 500	112.05	44 763 975.00
Thérapie	3 595 500	62.89	226 120 995.00
Visites chez un psychologue (en ambulatoire)	1 603 593	141.06	226 202 828.58
Visites chez un travailleur social (en ambulatoire)	963 594	91.58	88 245 938.52
Visites à l'urgence	68 185	207.67	14 159 978.95
Hospitalisations (Hôpital général)*	983 425	352.40	346 558 970.00
Hospitalisations (Hôpital psychiatrique)*	600 459	334.82	201 045 682.38
Antidépresseurs (en ambulatoire)			751 349 360.00
Transports ambulanciers suite à un suicide	1 813	168.87	306 161.31
Total			2 129 342 249.74

* Inclut la visite médicale et tous les soins reçus.

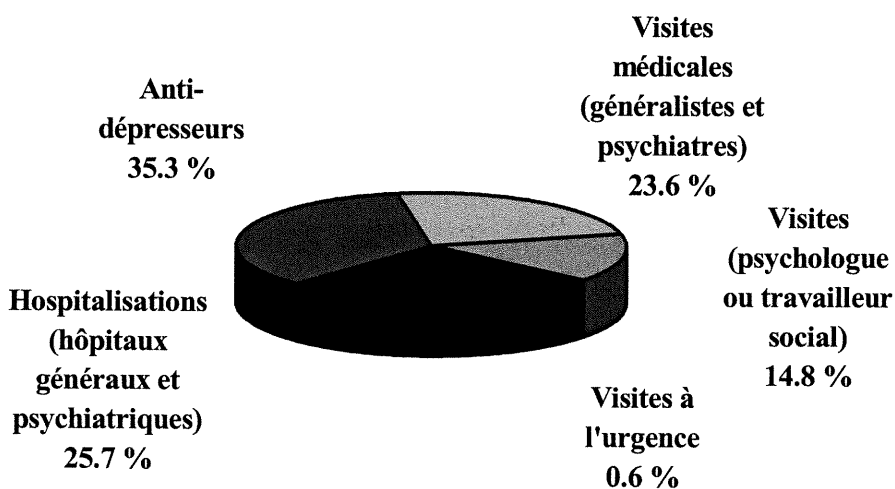
À eux seuls, les antidépresseurs constituent 35.3 % de la facture des coûts directs. Le tableau 48 montre les résultats par classe d'antidépresseur. À eux seuls, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine constituent 88% du fardeau associé aux antidépresseurs.

Tableau 48 : Coûts associés aux antidépresseurs en ambulatoire au Canada
pour l'année 2000.

Classe d'antidépresseur	Nombre annuel d'ordonnances	Coût total (\$)
Tricycliques psychotiques Classe 64310	3 562 000	51 050 610
Inhibiteurs de la monoamine oxidase Classe 64320	35 000	1 707 310
Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine Classe 64340	10 128 000	662 988 040
Autres antidépresseurs Classe 64390	701 000	35 603 400
Total	14 426 000	751 349 360

Les hospitalisations constituent 25.7 % du fardeau; elles sont suivies de près, par la facture résultant des visites médicales par les généralistes et les psychiatres qui représentent 23.6 % des coûts directs. Enfin, 14.8 % du fardeau total origine des visites chez un psychologue ou chez un travailleur social. Le reste des coûts, soit 0.6 % est attribuable aux visites à l'urgence pour la dépression. Les coûts reliés au transport ambulancier lors d'un suicide dû à un état dépressif sont négligeables (0.01 %). La figure 3 illustre la répartition des différents types de coûts directs (les coûts directs associés au transport ambulancier suite à un suicide ne sont pas inclus dans cette figure).

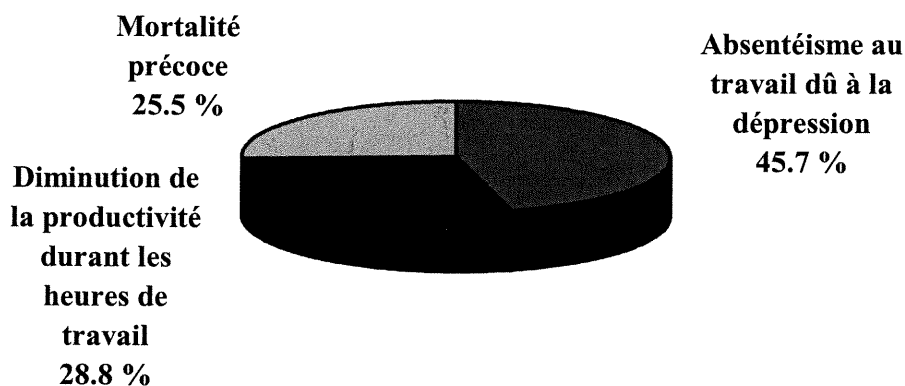
Figure 3
Répartition des coûts directs de la dépression



5.2. Coûts indirects

Nous avons estimé que les coûts indirects constituaient 60.5 % du fardeau total de la maladie. En fait, les coûts associés à l'absentéisme au travail dû à la dépression et aux symptômes dépressifs forment à eux seuls 45.7 % des coûts indirects, et la diminution de la productivité durant les heures de travail 28.8 %. Enfin, pour leur part, les coûts liés à la mortalité précoce constituent 25.5 % de ces coûts indirects. La figure 4 illustre la répartition des coûts indirects.

Figure 4
Répartition des coûts indirects de la dépression et des
symptômes dépressifs



5.2.1. Coût associés à la mortalité précoce par suicide due à la dépression.

Les coûts de la mortalité précoce par suicide due à la dépression s'élèvent à 831 205 136 \$. Ces coûts sont attribuables à des décès survenus au cours de l'année 2000. Les tableaux 49 (hommes) et 50 (femmes) suivants nous montrent les coûts spécifiques obtenus pour chaque tranche d'âge, selon le modèle présenté au chapitre 4.

Tableau 49: Coûts de la mortalité précoce due au suicide par tranche d'âge
(hommes).

Âge de survie	Coûts (\$) par âge au suicide					
	18.5	22.5	27.5	32.5	37.5	42.5
18-19	152 963					
20-24	2 382 655	3 968 134				
25-29	5 162 736	18 048 876	8 897 817			
30-34	4 331 316	15 142 241	15 669 985	13 253 098		
35-39	4 877 357	17 051 194	17 645 470	31 327 604	20 436 501	
40-44	3 964 948	13 861 420	14 344 525	25 467 137	34 874 228	19 394 813
45-49	3 585 963	12 536 491	12 973 419	23 032 888	31 540 813	36 821 289
50-54	2 738 235	9 572 846	9 906 483	17 587 878	24 084 516	28 116 680
55-59	1 608 898	5 624 693	5 820 728	10 334 066	14 151 280	16 520 448
60-64	785 980	2 747 779	2 843 546	5 048 404	6 913 192	8 070 580
65-69	163 753	572 478	592 430	1 051 795	1 440 309	1 681 441
70-74	50 668	177 136	183 310	325 446	445 660	520 271
75-79	17 932	62 691	64 876	115 180	157 725	184 131
Total	29 823 404	99 365 978	88 942 590	127 543 496	134 044 223	111 309 653
Âge de survie	Coûts (\$) par âge au suicide				Total	
	47.5	52.5	57.5	62.5		
18-19						
20-24						
25-29						
30-34						
35-39						
40-44						
45-49	19 752 207					
50-54	31 661 085	13 823 348				
55-59	18 603 025	17 049 677	7 690 277			
60-64	9 087 962	8 329 119	7 886 241	3 355 840		
65-69	1 893 405	1 735 306	1 643 036	1 467 653		
70-74	585 857	536 938	508 388	454 121		
75-79	207 342	190 029	179,925	160 719		
Total	81 790 882	41 664 418	17 907 867	5 438 334	737 830 845	

Tableau 50: Coûts de la mortalité précoce due au suicide par tranche d'âge (femmes).

Âge de survie	Coûts (\$) par âge au suicide					
	18.5	22.5	27.5	32.5	37.5	42.5
18-19	33 100					
20-24	452 973	397 361				
25-29	874 014	1 609 444	1 709 752			
30-34	714 438	1 315 593	2 933 758	1 804 296		
35-39	706 474	1 300 928	2 901 054	3 745 281	2 889 116	
40-44	588 529	1 083 740	2 416 727	3 120 012	5 052 216	2 908 381
45-49	499 111	919 082	2 049 542	2 645 973	4 284 608	5 177 565
50-54	362 162	666 900	1 487 179	1 919 958	3 108 977	3 756 920
55-59	183 328	337 587	752 814	971 888	1 573 773	1 901 763
60-64	74 054	136 367	304 096	392 590	635 719	768 210
65-69	11 344	20 890	46 584	60 141	97 386	117 682
70-74	3 052	5 621	12 535	16 182	26 204	31 665
75-79	961	1 770	3 947	5 095	8 250	9 970
Total	4 503 541	7 795 281	14 617 988	14 681 417	17 676 249	14 672 155
Âge de survie	Coûts (\$) par âge au suicide					Total
	47.5	52.5	57.5	62.5		
18-19						
20-24						
25-29						
30-34						
35-39						
40-44						
45-49	3 318 663					
50-54	5 054 925	2 056 732				
55-59	2 558 817	2 185 483	684 258			
60-64	1 033 624	882 817	580 214	386 216		
65-69	158 341	135 239	88 883	124 195		
70-74	42 605	36 389	23 916	33 417		
75-79	13 415	11 457	7 530	10 522		
Total	12 180 390	5 308 117	1 384 801	554 350		93 374 291

Les coûts de mortalité précoce due au suicide sont principalement attribuables aux hommes puisque 88.7% de ces coûts sont imputables aux hommes et 11.3 % imputables aux femmes. Les coûts maximums sont obtenus chez les personnes de 30 à 44 ans, bien que les années potentielles de vies perdues sont moindres que chez les dépressifs plus jeunes. Il faut noter que la prévalence des suicides est plus élevée

chez les 30 à 49 ans (voir tableau 35 et 36, pages 58 et 59). La prévalence des suicides plus élevée couplée à l'effet de l'actualisation et les différences entre les taux de participation au marché du travail, pourrait expliquer les coûts plus élevés dans les groupes d'âge moyen. De plus, les salaires annuels moyens plus faibles dans les groupes d'âge de moins de 30 ans pourraient aussi contribuer à ces différences.

5.2.2. Coûts associés à la perte de productivité au travail

Nous avons estimé que les coûts associés à la perte de la productivité au travail totalisaient 2 429 681 936 \$ pour l'année 2000. Les coûts reliés à l'absentéisme au travail représentent 61.3 % de ce fardeau et la diminution de productivité durant les heures de travail constitue 38.7 % de celui-ci. Les tableaux suivants (51 à 54) nous montrent ces coûts en fonction du nombre de semaines d'états dépressifs rapportés par la population canadienne et en fonction des tranches d'âge et de sexe.

Tableau 51 : Coûts reliés aux nombres de journées perdues au travail dues à la dépression et aux symptômes dépressifs en fonction du nombre de semaines de l'épisode dépressif et de l'âge (hommes).

Âge	Coûts (\$) reliés aux journées perdues au travail dues à la dépression et aux symptômes dépressifs en fonction du nombre de semaines (de l'épisode dépressif)				Total (\$)
	2 à 4	5 à 11	12 à 26	27 à 52	
18-34	30 889 882	29 756 795	59 229 861	46 275 331	166 151 868
35-44	32 191 239	55 046 413	80 533 670	134 598 735	302 370 057
45-64	24 262 644	29 190 820	57 033 715	150 135 076	260 622 255
				Total	729 144 180

Tableau 52 : Coûts reliés aux nombres de journées perdues au travail dues à la dépression et aux symptômes dépressifs en fonction du nombre de semaines de l'épisode dépressif et de l'âge (femmes).

Âge	Coûts (\$) reliés aux journées perdues au travail dues à la dépression et aux symptômes dépressifs en fonction du nombre de semaines (de l'épisode dépressif)				Total (\$)
	2 à 4	5 à 11	12 à 26	27 à 52	
18-34	26 809 813	52 773 783	78 941 775	61 784 770	220 310 141
35-44	21 847 737	46 182 840	118 396 520	92 526 819	278 953 916
45-64	12 288 287	21 063 898	97 773 012	131 068 981	262 194 178
				Total	761 458 235

Tableau 53 : Coûts reliés aux pertes potentielles associées à la diminution de la productivité au travail en fonction du nombre de semaines de l'épisode dépressif et de l'âge (hommes).

Âge	Pertes potentielles (\$) reliées à la réduction de productivité en fonction du nombre de semaines (de l'épisode dépressif)				Total (\$)
	2 à 4	5 à 11	12 à 26	27 à 52	
18-34	19 460 625	18 746 781	37 314 812	29 153 458	104 675 677
35-44	20 280 481	34 679 240	50 736 212	84 797 203	190 493 136
45-64	15 285 466	18 390 217	35 931 240	94 585 098	164 192 021
				Total	459 360 833

Tableau 54 : Coûts reliés aux pertes potentielles associées à la diminution de la productivité au travail en fonction du nombre de semaines de l'épisode dépressif et de l'âge (femmes).

Âge	Pertes potentielles (\$) reliées à la réduction de productivité en fonction du nombre de semaines (de l'épisode dépressif)				Total (\$)
	2 à 4	5 à 11	12 à 26	27 à 52	
18-34	16 890 182	33 247 483	49 733 318	38 924 405	138 795 389
35-44	13 764 074	29 095 189	74 589 808	58 291 896	175 740 967
45-64	7 741 621	13 270 256	61 596 997	82 573 458	165 182 332
				Total	479 718 688

Enfin, le tableau 55 ainsi que les figures 5 et 6 présentent les coûts indirects par type de coûts et par sexe. Les figures présentent les proportions des différents types de coûts pour l'ensemble de la population et pour les deux sexes.

Tableau 55 : Coûts indirects reliés à la perte de productivité et à la mortalité précoce dues à la dépression et aux symptômes dépressifs selon le type et le sexe.

Type de coûts indirects	Total (\$) hommes	Total (\$) femmes	Total (\$) hommes et femmes	Total (%)
Mortalité précoce par suicide due à la dépression	737 830 845	93 374 291	831 205 136	25.5 %
Journées de travail perdues	729 144 180	761 458 235	1 490 602 415	45.7 %
Diminution de la productivité au travail	459 360 833	479 718 688	939 079 521	28.8 %
Total	1 926 335 858	1 334 551 214	3 260 887 072	100 %
% (Total pour chacun des sexes)	59.1 %	40.9 %		

Figure 5
Répartition des coûts indirects entre les hommes et les femmes

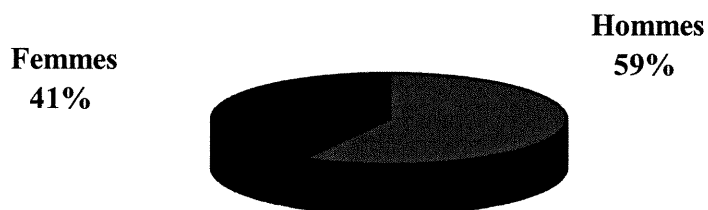
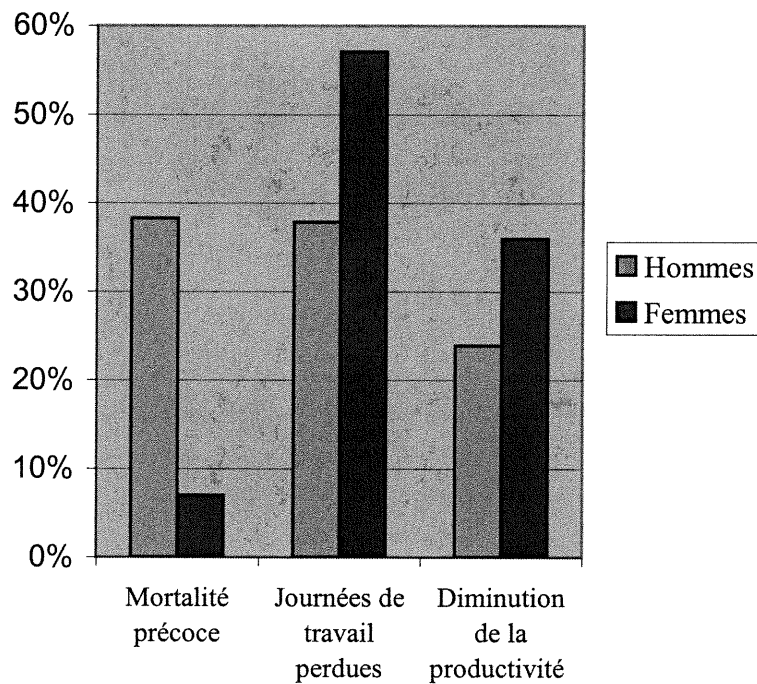


Figure 6
Distribution des coûts indirects selon le type et le sexe



La mortalité précoce représente une part plus importante des coûts indirects chez l'homme que chez la femme.

Les coûts indirects associés à la dépression et aux symptômes dépressifs ont aussi été étudiés en fonction d'une stratification âge/sexe. Le tableau 56 résume les résultats déjà présentés dans les tableaux précédents.

Tableau 56 : Coûts indirects associés à la dépression et aux symptômes dépressifs selon l'âge et le sexe.

Type de coûts indirects	Sexe	Groupe 18 à 34 ans (\$)	Groupe 35 à 44 ans (\$)	Groupe 45 à 64 ans (\$)	Total (\$)
Mortalité précoce due à la dépression	Hommes	345 675 468	245 353 876	146 801 501	737 830 845
	Femmes	41 598 227	32 348 404	19 427 658	93 374 291
Journées de travail perdues	Hommes	166 151 868	302 370 057	260 622 255	729 144 180
	Femmes	220 310 141	278 953 916	262 194 178	761 458 235
Diminution de la productivité au travail	Hommes	104 675 677	190 493 136	164 192 021	459 360 833
	Femmes	138 795 389	175 740 967	165 182 332	479 718 688
Total	Hommes	616 503 013	738 217 069	571 615 777	1 926 335 859
	Femmes	400 703 757	487 043 287	446 804 168	1 334 551 212
					3 260 887 071

Comme mentionné auparavant, dans ce tableau, on remarque que les coûts attribués à une mortalité précoce sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes et que les coûts de mortalité semblent plus élevés chez les 35 ans et plus. Il nous apparaît clairement que les pertes encourues suite à l'absentéisme et à la diminution de la productivité au travail dûs à la dépression et aux symptômes dépressifs sont

plus élevées chez les 35 à 44 ans, que dans les autres strates: dans cette tranche de 10 ans, les pertes de productivité reliées à l'absentéisme sont de 581 323 973 \$ tandis que pour les deux autres tranches de 17 ans et 20 ans, les pertes ne dépassent pas 522 816 433 \$; si on divise cette somme, on arrive à peine à la moitié du 581 millions de dollars de la tranche des 35 à 44 ans. La même observation peut-être faite à partir des pertes reliées à la diminution de la productivité au travail. Aussi, on note que les pertes de productivité dans cette strate sont plus élevées quel que soit le sexe. Une autre observation est que les deux types de coûts associés à la perte de productivité pour le sexe féminin sont plus élevés que ceux du sexe masculin dans la strate de 18 à 34 ans. Enfin, il semble qu'il y a peu de différences entre les hommes et les femmes dans la strate 45 à 64 ans lorsque l'on regarde les coûts associés à la perte de productivité au travail.

5.3. Analyse de sensibilité

Des analyses de sensibilité ont été effectuées afin d'examiner la robustesse des résultats obtenus. Ces analyses ont ciblé des paramètres pour lesquels une incertitude régnait. Nous nous sommes penchés particulièrement sur les résultats obtenus pour les coûts indirects. D'abord, nous avons fait varier les nombres de journées d'absence au travail par semaine en considérant une valeur de 1.2 jour et une valeur de 3.5 jours, la valeur de base utilisée étant de 2.5 jours d'absence. Ceci affecte inévitablement les coûts reliés à la diminution de la productivité au travail, puisque les journées sans absence au travail deviennent en partie des jours pour lesquels une diminution de la productivité au travail devient possible. Deuxièmement, nous avons fait varier le niveau de diminution de productivité au travail en utilisant un taux de 20% et un taux de 50%, le taux initial utilisé dans l'analyse étant de 35%. Troisièmement, nous avons regardé les variations par rapport au pourcentage de suicide dû à la dépression pour lequel nous avons utilisé des pourcentages de 50% et de 70%; et finalement, nous avons fait varier le taux d'actualisation utilisé dans l'étude des coûts de mortalité précoce en utilisant un taux de 3% et de 7%. Des analyses de sensibilité univariées ont d'abord été réalisées (ie. un seul paramètre à la

fois était modifié). Pour bien évaluer l'impact de ces variations, nous avons inscrit les pourcentages de variation par rapport aux coûts indirects totaux de l'étude.

Tableau 57 : Analyses de sensibilité sur les coûts indirects associés à la diminution de la productivité au travail et aux journées de travail perdues.

Variable	Valeur	Coûts indirects associés à la diminution de la productivité au travail (\$)	Coûts indirects associés aux journées de travail perdues (\$)	Coûts totaux (\$)	% de changement du coût total par rapport au coût total de base
Journées de travail perdues par semaine	1.2	1 210 369 161	715 489 159	1 925 858 320	-20.7%
	2.5	939 079 521	1 490 602 415	2 429 681 936	_____
	3.5	730 395 183	2 080 601 459	2 810 996 642	15.7%
Diminution de la productivité	20 %	536 616 869	1 490 602 415	2 027 219 284	-16.6%
	35 %	939 079 521	1 490 602 415	2 429 681 936	_____
	50 %	1 341 542 173	1 490 602 415	2 832 144 588	16.6%

Le modèle utilisé pour calculer les coûts associés à la perte de productivité au travail est relativement robuste à la variation des jours d'absence au travail. Ceci est probablement dû au fait que nos hypothèses impliquent que lorsque la personne dépressive ne s'absente pas, elle demeure affectée par la maladie au travail. L'estimé des coûts indirects associés à la diminution de la productivité au travail est assez sensible au niveau de la perte de productivité durant les heures de travail. Mais cette variation affecte seulement les coûts indirects associés à la diminution de la productivité au travail, tandis que la variation des jours d'absence au travail affecte les deux types de coûts.

Tableau 58 : Analyses de sensibilité sur les coûts de la mortalité précoce par suicide dû à la dépression.

Variables	Variation	Coûts indirects associés à la mortalité précoce par suicide dû à la dépression (\$)	% de changement par rapport au coût total de base
Proportion de suicides dûs à la dépression	50 %	692 670 946	-16.7 %
	60 %	831 205 136	_____
	70 %	969 739 325	16.7 %
Taux d'actualisation	3 %	1 047 337 742	26 %
	5 %	831 205 136	_____
	7 %	681 578 532	-18 %

Lorsque l'on fait varier la proportion de suicides dûs à la dépression, on observe que le modèle demeure relativement robuste à cette variation, cependant les variations testées sont assez modestes. Il semble que le modèle soit plus sensible à la variation du taux d'actualisation.

Dans une analyse de sensibilité multivariée, on a retenu les hypothèses les plus conservatrices, i.e. un taux d'actualisation à 7 % pour les coûts de mortalité précoce et une moyenne par semaine de 1.2 journées de travail perdues. On obtient alors des coûts indirects de l'ordre de 2 607 436 852 \$ pour la barre inférieure des coûts indirects totaux, soit un estimé de 20 % inférieur à celui de l'analyse principale. Lorsque l'on retient les hypothèses les moins conservatrices, i.e. un taux d'actualisation à 3 % pour les coûts de mortalité précoce et une variation du niveau de diminution de la productivité au travail de 50 %, on obtient des coûts indirects de l'ordre de 3 879 482 330 \$, soit des coûts indirects de 19 % supérieurs à l'analyse principale.

Chapitre 6. Discussion

L'évaluation des coûts effectuée dans cette étude suggère que le fardeau économique de la dépression et aux symptômes dépressifs au Canada se chiffre, en l'an 2000, à approximativement

5.4 milliards de dollars, et ce, dans la population active des 18 à 64 ans. Le fardeau total se distribue de la manière suivante : 39.5 % ou 2.1 milliards de dollars pour les coûts directs; 15.4 % ou 831 millions de dollars pour les coûts reliés à la mortalité précoce; et enfin, 45.1 % ou 2.4 milliards de dollars pour les pertes de productivité.

Si on compare nos résultats à ceux de Greenberg et al. en 1990⁵⁴ (voir tableau 59), on découvre que la répartition des coûts de notre étude laisse plus de place aux coûts directs aux dépens des coûts indirects. En effet, Greenberg et al. ont obtenu la répartition suivante: 28 % pour les coûts directs (une différence absolue négative de 12 % par rapport à nos résultats); 17 % pour les coûts associés à la mortalité précoce (une différence absolue positive de 2 % par rapport à nos résultats); et enfin, 55 % pour les coûts indirects associés à la perte de productivité au travail (une différence absolue positive de 10 % par rapport à nos résultats). Ces fluctuations peuvent s'expliquer par les différences entre les systèmes de soins de santé des États-Unis et du Canada, qui sont en fait très peu comparables. Elles sont également liées aux méthodes utilisées pour calculer le fardeau relié à la perte de productivité au travail qui diffèrent sur quelques points. Ainsi, contrairement à Greenberg et al., nous n'avons pas fait de différence entre les personnes traitées ou pas et avons alloué un nombre moyen de journées perdues pour l'ensemble de la population dépressive. De plus, nous n'avons pas différencié les gens souffrant de dysthymie et ceux souffrant d'épisodes dépressifs majeurs, tandis que l'étude de Greenberg et al., les différenciait. Il est à noter que l'étude de Greenberg et al., portait sur les personnes dépressives de 10 ans et plus pour les coûts associés à la mortalité précoce, alors que nous avons ciblé la population de 18 à 65 ans pour ces coûts. Plusieurs des

différences dans les méthodologies auraient pu nous laisser croire que la place des coûts indirects serait plus importante dans notre étude, mais tel n'a pas été le cas.

Tableau 59: Comparaison de la répartition des coûts entre les principales études du fardeau de la dépression.

Types de coût	Greenberg et al.	Stoudemire et al.	Rice et al.	Étude actuelle
Directs	28%	39%	63%	40%
Pertes de productivité	55%	37%	7%	45%
Mortalité précoce	17%	24%	25%	15%
Autres	–	–	5%	–

De leur côté, Stoudemire et al. en 1980 avaient obtenu des proportions différentes principalement pour les coûts indirects : 24 % pour les coûts de mortalité précoce et 37 % pour les coûts à la perte de productivité. Cependant, leur méthode pour obtenir les coûts indirects prenait en compte la valeur des travaux ménagers quotidiens durant la semaine (surtout chez la femme)⁴⁷. Notre étude n'en tient pas compte, étant donné que maintenant il y a de plus en plus de femmes sur le marché du travail. Cette différence aurait pu mener à une proportion plus importante des coûts de perte de productivité dans le fardeau de la dépression estimé par Stoudemire et al., mais ce n'est pas le cas. La place plus importante pour les coûts de la mortalité précoce pourrait s'expliquer du fait que la population à l'étude pour ce type de coût est la population de tout âge par rapport à des coûts de perte de productivité évalués dans une population de 18 à 54 ans. Les coûts associés à la perte de productivité au travail constitue une part moins importante du fardeau total étant donné la population étudiée. En occupant une part du fardeau moins grande, la proportion occupée par les coûts associés à la mortalité précoce se trouve gonflée par rapport au fardeau total.

Rice et al. (1993)⁶⁰ ont obtenu une ventilation du fardeau différente de la nôtre et de celles des études de Stoudemire et al. et de Greenberg et al. Ils ont obtenu un fardeau total de 30.4 milliards de dollars (1990). Les coûts directs comptaient pour 63 % du total, les coûts de mortalité comptaient pour 25 % et les coûts indirects reliés à la perte de productivité au travail, 7 %, le reste des coûts est attribuable à des coûts reliés aux crimes, aux incarcérations et à l'assistance sociale. Des différences méthodologiques importantes sont au coeur des différences entre la ventilation des coûts de Rice et al. et celles des autres études. Rice et al. ont considéré les diagnostics primaires et secondaires lors du calcul des coûts hospitaliers; ils ont aussi considéré les coûts de CHSLD (diagnostics primaires et secondaires). Ceci représente environ 20% des coûts directs. Rice et al. ont aussi fixé l'espérance de vie à 85 ans dans leur modèle pour calculer les coûts de mortalité. Notre modèle, lui, s'arrêtait à l'espérance de vie globale des femmes et des hommes obtenue de Statistique Canada pour l'année 2000, soit 79 ans pour l'ensemble de la population. De plus, les différences s'expliquent par les méthodes non-similaires de calcul des coûts de perte de productivité.

En regardant de plus près l'évaluation des coûts indirects reliés à la perte de productivité au travail, nous avons observé un fardeau de l'ordre de 1.5 milliard de dollars associé à l'absentéisme au travail, et de 939 millions de dollars associés à la diminution de la productivité durant le travail, pour un total de 2.4 milliards de dollars. Notre étude ne tient pas compte de la valeur du travail non-rémunéré. Si on compare nos résultats à ceux de l'étude de Stephens et Joubert (2001) pour le travail rémunéré pour la dépression, nous observons une différence substantielle. En effet, Stephens et Joubert ont obtenu un fardeau total de 452 millions de dollars pour l'année 1998, associés aux journées de travail perdues à court terme dues à la dépression pour la population de 15 ans et plus⁶². Cependant, nos analyses de sensibilité révèlent que si nous varions la moyenne de journées perdues par semaine à la baisse, soit 1.2 jour d'absentéisme au travail, nous obtenons 715 millions de dollars de perte de productivité en termes de journées de travail perdues, ce qui se

rapproche des valeurs obtenues par Stephens et Joubert. Il est intéressant de souligner que ces deux méthodologies utilisent des données venant de la même enquête, soit l'ENSP, vague 1996-1997; cependant, nous avons utilisé les tabulations des semaines de symptômes dépressifs déclarés par la population et fait des hypothèses quant aux nombres de journées de travail perdues basées sur Stoudemire et al. et Greenberg et al. Stephens et Joubert, eux, ont utilisé les données portant sur la réduction d'activité au cours de deux semaines précédant l'enquête telle que rapportée par les sujets à l'étude et ont imputé à la dépression l'excédent existant entre les déclarations des personnes dépressives et celles des personnes non dépressives. Cette méthode limite le nombre de journées perdues à ce qui peut être observé sur les deux semaines précédant l'enquête ce qui tend à sous-estimer les pertes de productivité.

De plus, Stephens et Joubert ont retenu pour leur analyse seulement les personnes ayant un risque probable de dépression majeure alors que nous avons considéré tout type de dépression. Enfin, ils ont considéré que les travailleurs à temps partiel perdaient la moitié des jours perdus par les travailleurs à temps plein. C'est un facteur que nous n'avons pas inclus à notre étude.

Par ailleurs, Stephens et Joubert estiment également les pertes de productivité chez les personnes effectuant un travail non-rémunéré, alors que nous n'avons pas considéré cette facette puisque nous n'avons retenu que les personnes actives sur le marché du travail pour le calcul des coûts de l'absentéisme au travail. Ils utilisent un équivalent salarial de 15 000 dollars par année pour valoriser la perte de productivité (288\$/semaine) des personnes non-rémunérées et mettent en évidence des pertes de 967 millions de dollars. Cette évaluation semble très élevée par rapport au travail rémunéré. Une étude plus approfondie de cette question serait intéressante. Au total, les coûts liés à l'absentéisme proposés par Stephens et Joubert (rémunéré ou non) s'élèvent à 1.4 milliard de dollars pour la dépression majeure, une estimation semblable à la nôtre.

En ce qui a trait aux coûts de mortalité précoce par suicide et due à la dépression, nos résultats nous révèlent un fardeau de 831 millions de dollars. Nous pouvons comparer ces résultats à une autre étude canadienne⁶¹. En effet, Clayton et Barcelò (1999) ont rapporté un fardeau économique total de 79 353 354 \$ (1996) pour les coûts de mortalité dûs aux suicides au Nouveau-Brunswick, à partir d'un modèle dont nous nous sommes inspirés. En ne retenant que la partie des coûts concernant les 18 ans et plus, et en estimant que 60 % de ces coûts seraient attribuables à la dépression, 41.9 millions de dollars seraient attribuables à la mortalité précoce par suicide due à la dépression au Nouveau-Brunswick. Si nous tenons compte du fait que la population dépressive au Nouveau-Brunswick représente environ 3 % de la population dépressive canadienne⁶, l'estimation des coûts de mortalité précoce due à la dépression au Canada serait de 1.4 milliard de dollars, soit près de 70% plus élevé de ce que nous avons estimé. Cependant, il faut se montrer prudent à l'égard d'une telle comparaison, puisque la méthode que nous avons utilisée est légèrement différente en ce qui a trait au taux de croissance que nous avons appliqué qui était plus bas que celui de Clayton et Barcelò.

Notons que l'évaluation des coûts liés à la mortalité précoce sont des coûts qui en grande partie seront encourus dans le futur. Le total des coûts futurs associés à un décès est attribué à l'année de référence.

Clayton et Barcelò (1999) ont aussi considéré plusieurs éléments associés au suicide que nous n'avons pas considérés tels: les services hospitaliers, les services médicaux, les autopsies, les services funéraires et les enquêtes policières. Nous pouvons cependant comparer le coût des transports ambulanciers évalué dans les deux études. En multipliant les coûts obtenus par Clayton et Barcelò par 60% pour refléter les suicides liés à la dépression et en appliquant ce coût à l'ensemble de la population canadienne, nous obtenons des coûts sensiblement plus élevés que ceux de notre étude. Ceci peut s'expliquer par un coût plus élevé par transport ambulancier au Nouveau-Brunswick soit, 615 dollars (au Canada 169\$). Nous pouvons penser que cette différence réside dans la distance parcourue par l'ambulance. Notre étude suppose une distance de 10 kilomètres parcourue par

l'ambulance. Dans l'étude de Clayton et Barcelò, les coûts exacts de transport ambulancier ont été collectés pour chaque suicide. La distance parcourue par l'ambulance est donc variable. En ce qui a trait aux autres coûts directs associés aux suicides, Clayton et Barcelò ont obtenu un total près de un demi-million de dollars. En supposant que 60 % des suicides sont dûs à la dépression, et en considérant que 3 % des personnes dépressives demeurent au Nouveau-Brunswick ($497\,026\$ \times 0.60 / 0.03$), nous pouvons estimer que les coûts que nous n'avons pas considérés dans notre étude et qui sont directement associés aux suicides dûs à la dépression au Canada s'élèveraient à environ 9.9 millions de dollars. Ceci représente moins de 0.2 % du fardeau économique total obtenu dans notre étude. De plus, il est important d'ajouter qu'il y a entre 8 et 25 tentatives de suicide pour un suicide complété⁸⁵. Ceci nous porte à croire que les coûts directs et indirects associés aux tentatives de suicide dues à la dépression augmenteraient le fardeau total de la dépression au Canada.

Nous avons aussi situé certaines de nos autres estimations quant aux coûts directs par rapport à la littérature. Au Canada, il est difficile d'obtenir les fréquences de visites chez un psychologue ou chez un travailleur social pour la dépression. Deux techniques différentes ont été utilisées. D'abord, Stephens et Joubert (2001)⁶² ont utilisé les données de l'ENSP, vague 96-97, pour estimer le nombre de visites chez un psychologue ou travailleur social liées à la dépression. Il est à noter que comme aucune question de l'ENSP ne porte directement sur ce sujet, les auteurs ont dû recouper les réponses à plusieurs questions. Par ce recoupement les auteurs ont estimé à 2 382 541 le nombre de visites aux psychologues et travailleurs sociaux. En retirant de ces visites, celles qui auraient eu lieu en établissement, on obtient 1 768 043 visites à un taux horaire de 125\$, le fardeau s'élève à 221 millions. À partir d'un article américain⁷⁶ et des données de visites chez un psychiatre pour la dépression, nous avons obtenu un total de 314 millions de dollars (2000). Nous obtenons donc une estimation supérieure, mais nous notons des différences dans la pondération des coûts et le nombre de visites estimées (2 567 187 visites). De plus,

rappelons que Stephens et Joubert ont basé leur analyse seulement sur les personnes ayant un risque probable de dépression majeure.

Les coûts de thérapies médicamenteuses ont aussi un impact majeur sur le fardeau total de la maladie. Nous avons obtenu des coûts équivalents à 751 millions de dollars associés aux antidépresseurs pour l'année 2000. Cette estimation ne représente qu'une partie des coûts de la thérapie médicamenteuse avec l'avènement de la médecine alternative. Cette dernière n'a pu être intégrée à notre étude. En particulier, le millepertuis est de plus en plus utilisé pour la dépression et des études cliniques sont présentement en cours au Canada pour vérifier son efficacité clinique¹⁶. D'autre part, le millepertuis est devenu un médicament de choix en Allemagne en totalisant plus de 20 fois le nombre d'ordonnances de la fluoxétine⁸⁶⁻⁸⁷. Le millepertuis est toutefois utilisé sans ordonnance au Canada. Jusqu'à maintenant le millepertuis est un produit en vente libre dans les pharmacies ou dans les boutiques de produits naturels et même si nous pouvions à la rigueur obtenir des chiffres de vente, nous n'avons pas d'information sur les raisons de consommation du produit ou les indications exactes pour lesquels les consommateurs s'en procurent. De plus, le coût du produit varie considérablement d'une marque à une autre et d'une province à une autre. C'est pour ces raisons que nous avons choisi de ne pas estimer les coûts reliés à ce produit. Cependant, le millepertuis demeure une médecine alternative très populaire à travers le monde pour la dépression⁸⁸ et vaut la peine que l'on s'y attarde.

Les antidépresseurs sont d'un intérêt particulier parce qu'ils prennent de 2 à 12 semaines de prises quotidiennes avant qu'ils atteignent leur efficacité thérapeutique attendue. Ce délai pour atteindre le pic d'efficacité contribue largement à des traitements sous-optimaux en médecine générale⁸⁹. De plus, il a été démontré à plusieurs reprises que les individus atteints de dépression sont traités de façon sous-optimale⁹⁰, en raison d'ordonnances non-adéquates ou de non-adhésion au régime thérapeutique dû au délai d'efficacité thérapeutique des antidépresseurs⁹¹. Le développement de nouvelles molécules ou stratégies de traitement avec des pics

d'efficacité thérapeutique plus rapides pourrait produire des bénéfices importants pour le patient, le médecin et la société⁸⁹. Thompson et Richardson (1999)⁹² suggèrent que l'avènement des ISRSs a fait augmenter le fardeau total des antidépresseurs à cause de leur coût d'acquisition élevé, et a modifié la gestion thérapeutique de la dépression en médecine générale.

Dans l'interprétation de nos résultats, il faut prendre en compte la difficulté de capturer l'ensemble du fardeau de la dépression. Plusieurs maladies chroniques ont été associées à la dépression^{21,93-94}. Cette co-morbidité a pour effet de masquer la dépression et fait en sorte que la dépression reste souvent non-diagnostiquée et silencieuse⁹⁵. Dans le domaine hospitalier, la dépression est un diagnostic oublié chez les adultes hospitalisés, parce que les modèles médicaux traditionnels mettent l'accent sur la stabilisation de la maladie physique du patient⁹⁵. Katon et Sullivan (1990) soulignent les risques encourus par l'oubli du diagnostic de dépression et les conséquences du sous-traitement chez les patients ayant une maladie chronique et souffrant d'un désordre dépressif⁹⁶. Un de ces risques est l'amplification des symptômes de la maladie chronique, suivie de problèmes qui y sont associés. La dépression peut aussi diminuer la motivation du patient à prendre soin de sa maladie chronique adéquatement. Nous voyons très bien que le phénomène de co-morbidité peut affecter les coûts d'hospitalisation en augmentant la durée de séjour, et les coûts associés à la pathologie co-morbide. D'autres auteurs ont aussi observé une augmentation des journées d'absentéisme associées à la co-morbidité existante chez les personnes dépressives⁹⁷⁻⁹⁸. Nous devons noter qu'une seule petite partie des coûts de co-morbidité associés à la dépression au Canada ont été évalués dans notre étude. Nous avons inclus dans nos fréquences d'hospitalisations, nos fréquences de visites médicales et psychiatriques, ainsi que nos fréquences de visites à l'urgence pour la dépression, le diagnostic du DSM-IV : 293.83, qui est défini comme un trouble de l'humeur associé à une maladie chronique. Cependant, nous pouvons supposer que, malgré cette inclusion, nos résultats sous-estimaient certains coûts directs et des coûts indirects.

Le phénomène de co-morbidité est souvent associé à un autre facteur insidieux: la somatisation, qui contribue à masquer le diagnostic de dépression. Encore une fois, la difficulté à cerner ce phénomène nous porte à croire que les coûts générés par la dépression seraient en fait beaucoup plus substantiels que les résultats obtenus. Nous aurions voulu estimer les coûts associés avec ces problématiques au Canada; cependant, nous n'avons pas d'informations sur le nombre de visites médicales et autres associées à la somatisation, et sur la proportion de gens hospitalisés pour une condition médicale quelconque ayant une dépression co-morbide non-détectée ou vice et versa. Nous n'avons pas d'informations sur le prolongement de ces hospitalisations à cause de problèmes dépressifs. Évaluer l'impact de la somatisation et la co-morbidité sur le traitement est aussi très complexe. Nous aurions pu mesurer les consommations de ressources excédentaires comme l'ont fait Stephens et Joubert. Il s'agit alors d'imputer à la dépression les ressources (visites médicales, ressources hospitalières, médicaments en vente libre...) excédentaires consommées par les personnes dépressives lorsqu'on les compare à des personnes ayant des co-morbidités semblables mais n'étant pas dépressives. Mais les données pour ce faire ne sont pas nécessairement disponibles. Nos résultats pourraient donc sous-estimer le fardeau de la dépression, étant donné l'ampleur des phénomènes associés à la co-morbidité et à la somatisation. Des études spécifiques devraient être entreprises pour essayer d'estimer ce fardeau imposant.

Nous avons choisi d'évaluer le fardeau de la dépression dans la population de 18 à 64 ans et d'exclure la population des personnes âgées, parce que celle-ci constitue un groupe particulier. Plusieurs personnes âgées ressentent une certaine détresse en subissant les changements physiologiques normaux du vieillissement. De plus, d'autres facteurs affectent la santé mentale des personnes âgées. Plusieurs de celles-ci ont plus d'une maladie chronique simultanément. Il existe donc un taux plus élevé de maladies co-morbides chez les personnes âgées⁹⁶. On a aussi démontré que la présence d'une maladie physique est un facteur précipitant de la dépression chez la personne âgée⁹⁹⁻¹⁰⁰. Une étude chez les personnes âgées de 50 ans et plus, a révélé un risque de mortalité 4.3 fois plus élevé chez celles souffrant de dépression majeure

et d'une maladie chronique simultanément que celles qui n'avaient pas de maladie chronique¹⁰¹. Les problèmes de somatisation, de sous-traitements et de non-reconnaissance de la dépression chez les personnes âgées compliquent particulièrement l'évaluation des coûts associés à la dépression chez la personne âgée. La dépression est souvent silencieuse et cachée chez la personne âgée, parce qu'on a tendance à associer certains symptômes tels la difficulté de concentration, l'apathie, l'isolation, la dépendance accrue, les troubles du sommeil, les troubles de l'appétit et les plaintes somatiques à la vieillesse³³. Nous croyons que l'évaluation du fardeau de la dépression au Canada, chez les personnes âgées de 65 ans et plus, mérite une étude en soi de façon à encourager la société à prendre au sérieux cette problématique.

Finalement, nous avons voulu examiner, lorsque possible, les différences entre les deux sexes et dans les différentes strates d'âge. Notre méthode ne permettait pas de le faire pour les coûts directs, puisque les sources de données ne permettaient pas une stratification âge/sexe. Nous avons cependant pu le faire pour les coûts liés à la mortalité précoce et liés aux pertes de productivité. Nous avons remarqué que les coûts de mortalité précoce étaient plus élevés chez les hommes que chez les femmes et ceci est dû à un nombre plus élevé de suicides et à des salaires hebdomadaires plus élevés chez les hommes. Ces résultats coïncident avec le ratio de suicide entre les deux sexes : pour une femme qui se suicide, on compte 4 hommes qui en font autant⁸⁵. Nous avons noté un ratio similaire dans notre étude et dans celle de Greenberg et al. (1993)⁵⁴. De plus, les coûts de mortalité étaient plus élevés chez les 35 ans et plus. Ce résultat est différent de celui de l'étude de Greenberg et al. (1993) dans laquelle les coûts de mortalité précoce due au suicide sont plus élevés dans la catégorie des 20 à 34 ans. Si l'on pense qu'un suicide chez un jeune représente plus d'années de vie potentiellement perdues, on peut s'étonner que les coûts de mortalité soient plus élevés chez les personnes âgées de 35 ans et plus. Cependant, la prévalence des suicides plus élevée chez les 35 ans et plus, couplée à l'effet de l'actualisation, fait en sorte que les coûts de mortalité précoce soient plus élevés chez les 35 ans et plus.

Les pertes encourues, suite à l'absentéisme et à la diminution de la productivité au travail due à la dépression, sont plus élevées chez les 35 à 44 ans, que dans les autres strates. On note aussi que les pertes de productivité chez les 35 à 44 ans sont plus élevées quel que soit le sexe. Les salaires élevés et la prévalence chez ce groupe expliquent ces résultats.

Nous avons ensuite observé que les deux types de coûts associés à la perte de productivité (absentéisme, diminution de la productivité au travail) sont plus élevés pour les femmes que pour les hommes dans la strate de 18 à 34 ans. Ce qui coïncide avec les résultats de l'étude de Berndt et al. (2000), qui ont conclu que la dépression déclarée avant l'âge de 22 ans résultait en un fardeau substantiel de capital humain, particulièrement chez la femme⁶⁵. Ceci est principalement dû à la prévalence. Enfin, il semble qu'il y ait peu de différences entre les hommes et les femmes dans la strate 45 à 64 ans, lorsque l'on regarde les coûts associés à la perte de productivité au travail. Greenberg et al. (1993) ont analysé ce même groupe d'individus de 45 à 64 ans. Ceci nous donne la possibilité de confirmer nos résultats et de conclure qu'il n'y a pas de différences monétaires significatives associées à l'absentéisme et à la diminution de la productivité au travail entre les hommes et les femmes âgées de 45 à 64 ans.

Chapitre 7. Limites principales de l'étude

Il nous semble important de rappeler les principales limites de cette étude du fardeau de la dépression et des symptômes dépressifs au Canada. Premièrement, l'étude concerne la population des 18 à 64 ans, et de ce fait, les résultats ne tiennent pas compte du fardeau économique imposant de la dépression chez les personnes âgées. Nous avons jugé que cette population particulière devrait être les sujets d'études spécifiques.

Deuxièmement, les coûts associés aux problématiques entourant la dépression tels la co-morbidité, la somatisation, la non-reconnaissance de la dépression et le sous-traitement ne peuvent être évalués qu'avec des cadres théoriques plus particuliers et plus spécifiques à chacun de ces phénomènes. Seulement une petite partie de ces coûts se fond dans le fardeau total obtenu.

Troisièmement, nos estimations découlent de plusieurs hypothèses se rapportant aux coûts de mortalité, aux journées d'absentéisme au travail dues à la dépression et aux symptômes dépressifs, et au niveau de productivité au travail durant les épisodes dépressifs. Ainsi, nous avons utilisé le salaire moyen par strate d'âge de 5 ans et de sexe, en ne supposant pas que les personnes dépressives ont des salaires moins élevés. De plus, nous avons utilisé les taux de participation au marché du travail de la population générale alors que l'employabilité des personnes dépressives pourrait être moindre. Ceci pourrait faire en sorte que les coûts liés à l'absentéisme et à la diminution de la productivité au travail soient sur-estimés.

Chapitre 8. Principales forces de l'étude

Notre analyse tient compte de toutes les personnes ayant présentées des symptômes dépressifs en incluant les personnes à risque probable d'avoir une dépression majeure et aussi ceux avec un risque possible. Elle donne donc un portrait général de la situation. Le recours à des prix unitaires moyens pondérés sur 5 provinces nous donne des prix unitaires plus réalistes pour le Canada, par rapport à l'utilisation des prix unitaires d'une seule province. De fait, on note une variation importante dans les prix unitaires des diverses provinces. Une moyenne pondérée atténue l'impact de ne considérer que les prix d'une seule province. Enfin le calcul de coûts reliés à la mortalité précoce utilise un modèle reconnu dans la littérature.

Chapitre 9. Conclusion

Le fardeau de la dépression et des symptômes dépressifs au Canada dans la population active des 18 à 64 ans s'élevait à 5 390 229 322 \$ pour l'année 2000. Les coûts directs comptent pour

39.5 % de la facture totale et les coûts indirects comptent pour 60.5 % de ce fardeau, soit 45.1 % pour les coûts reliés à la diminution de la productivité et à l'absentéisme au travail, et, 15.4 % pour les coûts de mortalité précoce. Nous croyons que cette estimation représente une sous-estimation du fardeau total de la maladie, parce que nous n'avons évalué qu'une infime partie des nombreuses problématiques entourant la dépression tels la co-morbidité, la somatisation, la non-reconnaissance de la dépression et le sous-traitement. Ceci nous porte à croire que le réel fardeau de la dépression au Canada dépasse largement les résultats obtenus dans cette étude. Cette étude est importante pour la société canadienne, car elle met en relief l'imposant fardeau qu'incombe la dépression au Canada, et nous sensibilise de l'urgence d'agir auprès des problématiques entourant la dépression. Enfin, il apparaît primordial que des études complémentaires soient entreprises dans la population de personnes âgées et dans la population âgée de moins de 18 ans. D'autres études spécifiques aux phénomènes problématiques entourant la dépression devraient aussi être dirigées, afin de mieux nous renseigner sur l'ampleur de ces problèmes.

Chapitre 10. Divulgateion des sources

Ce projet d'étude a été effectué par Brigitte Desjardins, étudiante à la maîtrise en Sciences Pharmaceutiques, option Pharmacoeconomie, et a été dirigé par Claudine Laurier, Ph. D., département de Pharmacie, Université de Montréal. L'étude a été financée par Merck Frosst Canada & Ltée. en totalité selon les modalités qui assurent la liberté académique des chercheurs.

Références

- ¹ Lecrubier Y. *Depressive Illness and Disability. European Neuro-Psychopharmacology*, 2000;10 (suppl.4);S439-S443.
- ² Regier DA, Narrow WE, Rae DS, et al. *The de facto US Mental and Addiction Disorders Service System: Epidemiology Catchment Area Prospective One-Year Prevalence Rates of Disorders and Services. Arch Gen Psychiatry*, 1993; 50: 85-94.
- ³ Katon W, Schulberg H. *Epidemiology of Depression in Primary Care Practice. General Hospital Psychiatry*, 1992; 14; 237-247.
- ⁴ De Marco RR. *The Epidemiology of Major Depression: Implications of Occurrence, Recurrence, and Stress in a Canadian Community Sample. Can J Psychiatry*, 2000; 45(1): 67-74.
- ⁵ Patten SC. *Major Depression Prevalence in Calgary. Can J Psychiatry*, 2000; 45(10):923-925
- ⁶ Statistique Canada. *Rapport sur l'enquête nationale sur la santé de la population. 1996-1997.* Ottawa.Canada.
- ⁷ Santé Canada. *Economic Burden of Illness in Canada.* Santé Canada. 1993.
- ⁸ Stephens T., Joubert N. *Le fardeau économique des problèmes de santé mentale au Canada. Maladies chroniques au Canada, 2001, vol 22; 1.*
- ⁹ Goldman LS. et al. *Awareness, Diagnosis, and Treatment of Depression. Journal of General Internal Medicine.* 1999;14:569-580.
- ¹⁰ Lin EHB, Katon W, Von Korff M, et al. *Relapse and Recurrence of Depression in Primary Care: Rate and Clinical Predictors. Arch Gen Med*, 1998; 7; 443-449.
- ¹¹ Murray CJL, Lopez AD. *The Global Burden of Disease; a comprehensive assessment of Mortality and Disability from Disease, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020.* Cambridge, Mass; Havard University Press; 1996.
- ¹² Druss Benjamin, Rosenbeck. *Patterns of Health Care Costs. Psychiatric Services.* Feb.1999, vol.50 no.25.
- ¹³ Merck and Co. *The Merck Manual. Edition: Section 15: Chap 189.*
- ¹⁴ American Psychiatric Association. *Mood disorders. In: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Edition. 1994, Washington, DC: American Psychiatric Association.* 317-391.
- ¹⁵ *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments. Lignes directrices pour le diagnostic et le traitement pharmacologique de la dépression. 1ere Edition révisée. 1999.*
- ¹⁶ Conseil consultatif de pharmacologie. *Le traitement de la dépression. Gouvernement du Québec.*1996.
- ¹⁷ Kessler RC, McGonagle KA, Swartz M, Blazer DG et Nelson CB. *Sex and Depression in the National Comorbidity Survey. I: Lifetime prevalence chronicity, and recurrence. Journal of Affective Disorders*, 1993; 29: 85-86
- ¹⁸ Kupfer DJ. *Long-term Treatment of Depression. J Clin Psychiatry*, 1991;52 (suppl): 28-34.

-
- ¹⁹ Kupfer DJ., Frank E., Perel JM., et al. *Five-year Outcome for Maintenance Therapies in Recurrent Depression. Arch Gen Psychiatry*, 1992; 49: 769-773.
- ²⁰ Panzarino PJ. *The Costs of Depression: Direct and Indirect; Treatment versus Nontreatment. J Clin Psychiatry*, 1998; 59 (suppl 20): 11-14.
- ²¹ Patten SB. *Long-Term Medical Conditions and Major Depression in the Canadian Population. Can J Psychiatry*, 1999;44: 151-157
- ²² Katon W, Sullivan M. *Depression and Chronic Medical Illness. J Clin Psychiatry*, 1990;51 (6. Suppl.):3-11.
- ²³ Lipowski ZJ. *Somatization: The Concept and its Clinical Application. Am J Psychiatry*, 1988;145(11):1358-1368.
- ²⁴ Smith RG. *The Epimiology and Treatment of Depression When it Coexists with Somatoform Disorders, Somatization, or Pain. General Hospital Psychiatry*, 1992;14:265-272.
- ²⁵ Goldberg DP, Bridges K. *Somatic Presentations of Psychiatric Illness in Primary Care Setting. J Psychosom Research*, 1998;32:137-144.
- ²⁶ Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, et al. *Physical Symptoms in Primary Care: Predictors of Psychiatric Disorders and Functional Impairment. Arch Fam Med*, 1994;3:774-779.
- ²⁷ Simon GE, Von Korff M. *Somatization and Psychiatric Disorder in the NIMH Epidemiologic Catchment Area Study. Am J Psychiatry*, 1991;148:1494-1500.
- ²⁸ Barsky AJ. *Amplification, Somatization, and the Somatoform disorders. Psychosomatics*, 1992; 33:28-34.
- ²⁹ Bridges KW, Goldberg DP. *Somatic Presentation of DSM-III Psychiatric Disorders in Primary Care. J Psychosomatic Res*, 1985; 29:563-569.
- ³⁰ Lebowitz et al. *Consensus Statement: Diagnosis and Treatment of Depression in Late Life. JAMA*, 1997: 278; 14: 1186-1190.
- ³¹ Hay DP, Rodriguez MM, Franson KL. *Treatment of Depression in Late Life. Clinics in Geriatric Medicine*, 1998; 14: 1: 33-46.
- ³² Montgomery SA, Kasper S. *Side effects, Dropouts from Treatment and Cost Consequences. International Clinical Psychopharmacology*, 1998; 13 (suppl 2): S1-S5.
- ³³ Alarcon FJ, Isaacson JH, Franco-Bronson K. *Diagnosing and Treating Depression in Primary Care Patients: Looking beyond the physical complaints. Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 1998;65:5:251-260.
- ³⁴ Quitkin FM., Rabkin JD., Markowitz JM., Stewart JW., McGrath PJ., Harrison W. *Use of Pattern Analysis To Identify True Drug Response. A Replication. Arch Gen Psychiatry*, 1987; 44: 259-264.
- ³⁵ Quitkin FM., Rabkin JD., Ross D., McGrath PJ. *Duration of Antidepressant Drug Treatment: What is an Adequate Trial. Arch Gen Psychiatry*, 1984; 41: 238-245.
- ³⁶ Darel RA, et al. *The NIMH Depression Awareness, Recognition, and Treatment Program: Structure, Aims and Scientific Basis. American Journal of Psychiatry* 1988, 145:11; 1351-1357.

-
- ³⁷ Bech P. *Acute Therapy of Depression. J Clin Psychiatry*; 1993; 54 (suppl. 8): 18-27.
- ³⁸ Bridges KW, Goldberg DP. *Somatic Presentation of DSM-III psychiatric disorders in Primary Care. J Psychosom Res*, 1985; 29: 563-569.
- ³⁹ Pérez-Stable EL, Miranda J, Mufioz RF, Ying Yu-Wen. *Depression in Medical Outpatient: Underrecognition and Misdiagnosis. Arch Intern Med*, 1990; 150: 1083-1088.
- ⁴⁰ Campbell TL, et al. *Do Physicians Who Diagnose More Mental Health Disorders Generate Lower Health Care Costs? J Fam Practice*, 2000; 49:305-310.
- ⁴¹ Regier DA., Goldberg ID., Taube CA. *The de Facto US Mental Health Services: a Public Health Perspective. Arch Gen Psych*. 1978; 35: 685-693.
- ⁴² Katon W, Von Korff M, et al. *Distressed high Utilizers of Medical Care: DSM-III-R Diagnoses and Treatment Needs. General Hospital Psychiatry*, 1990, 355-362.
- ⁴³ Boyer WF, Feighner J. *The financial implications of starting treatment with a selective serotonin reuptake inhibitor or tricyclic antidepressant in drug-naïve depressed patients. In: Health Economics of Depression, Jonsson B, Rosenbaum J (editors), Chichester: Wiley, 1993:65-75.*
- ⁴⁴ Roose SP., Glassman AH., Walsh BT., Woodring S. and Vital-Herne J. *Depression, Delusions and Suicide. American Journal of Psychiatry*. 1983; 140:1159-1162.
- ⁴⁵ Brent DA., Kupfer DJ., Bremet EJ., et al. *The Assessment and Treatment of Patients at Risk for Suicide. Review of Psychiatry, American Psychiatric Press, Washington, DC, 1988; vol 7: 353-385.*
- ⁴⁶ Booth BM et al. *Measuring Outcomes and Costs for Major Depression. Psychopharmacology Bulletin*, 1997; 33: 4: 653-658.
- ⁴⁷ Stoudemire A, Frank R, Hedemark N, et al. *The Economic Burden of Depression. Gen Hosp Psychiatry*, 1986; 8: 387-394.
- ⁴⁸ Regier DA, Nyers JK, Kramer M, et al. *The NIMH Epidemiologic Catchment Area Program. Arch Gen Psychiatry*, 1984;41: 934-941.
- ⁴⁹ Guze SB, Robins E. *Suicide and Primary Affective Disorders. American Journal Psychiatry*, 1970;117: 437-438.
- ⁵⁰ Miles CP. *Conditions Predisposing to Suicide: A Review. J Nerv Ment Dis*, 1977;164: 231-246.
- ⁵¹ Roy A. *Risk Factors for Suicide in Psychiatric Patients. Arch Gen Psychiatry*, 1982; 39: 1089-1095.
- ⁵² Data Book, Rockville, MD. *Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration*. 1980.
- ⁵³ Lundquist G. *Prognosis and Course in Manic Depressive Psychosis: Follow-up Study of 319 first admissions. Acta Psychiatr Neurol*, 1945 Suppl 35.
- ⁵⁴ Greenberg PE, Stiglin LE, Finkelstein ST, Berndt ER. *The Economic Burden of Depression in 1990. J Clin Psychiatry* 1993; 54:11: 405-418.

-
- ⁵⁵ Rice DP, Kelman S, Miller LS, et al. *The Economic Costs of Alcohol and Drug Abuse and Mental Illness. Report submitted to the Office of Financing and Coverage Policy of the Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration, U.S. Department of Health and Human Services. San Francisco, Calif: Institute for Health and Aging, University of California, 1990.*
- ⁵⁶ Regier DA, Hirschfeld RMA, Goodwin FK, et al. *The NIMH Depression Awareness, Recognition and Treatment Program: Structure, Aims, and Scientific Basis. Am J Psychiatry, 1988; 145: 1351-1357.*
- ⁵⁷ Kupfer DJ, Frank E, Perel JM. *The Advantage of Early Treatment Intervention in Recurrent Depression. Arch Gen Psychiatry, 1989; 46: 815-819.*
- ⁵⁸ Keller MB, Shapiro RW, Lavori PW, et al. *Recovery in Major Depressive Disorders: Analysis with the Life Tables and Regression Models. Arch Gen Psychiatry, 1982; 39: 905-910.*
- ⁵⁹ Miller LS, Kelman S. *Estimates of the Loss of Individual Productivity from Alcohol and Drug Abuse and from Mental Illness. Frank RG, Manning WG, eds. Economics and Mental Health, Baltimore, Md: Johns Hopkins University Press, 1992.*
- ⁶⁰ Rice DP, Miller LS. *The Economic Burden of Affective Disorders. Adv Hlth Econ Serv Res. 1993; 14:21-37.*
- ⁶¹ Clayton D., Barcelo A. *The Cost of Suicide Mortality in New-Brunswick 1996. Chronic Disease in Canada, 1999; vol 20; 2.*
- ⁶² Stephens T., Joubert N. *Le fardeau économique des problèmes de santé mentale au Canada. Maladies chroniques au Canada, 2001, vol 22; 1.*
- ⁶³ Birnbaum HG. et al. *Cost Analysis Workplace Burden of Depression : A Case Study in Social Functioning Using Employer Claims Data. Drug Benefit Trends, 1999; 8; 11: 6-12.*
- ⁶⁴ Kessler RC, Barber C, Birnbaum HG et al. *Depression in the Workplace: Effects on Short-term Work Disability. 1999 Sept-Oct; 18(5):163-171.*
- ⁶⁵ Berndt ER., et al. *Lost Human Capital From Early-Onset Chronic Depression. Am J Psychiatry, 2000; 157: 940-947.*
- ⁶⁶ Andrews G, Hall W, Goldstein G, et al. *The economic costs of schizophrenia: implications for public policy. Arch Gen Psychiatry 1985; 42: 537-543.*
- ⁶⁷ Statistique Canada. *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997. Analyse spécifique basée sur les totalisations spéciales de Statistique Canada, Juillet 2000.*
- ⁶⁸ Statistique Canada. *Indice des prix à la consommation, classification de 1996, annuels, Canada, sommaire historique CANSIM, Matrice 9957.*
- ⁶⁹ Institut canadien d'information sur la santé, *Données sur les hospitalisations en santé mentale. 1997-1998. Analyse spécifique pour la dépression.*
- ⁷⁰ Michael Loyd & Associates. *Psychiatric Specialty Hospital Cost Study. Edmonton; Michael Loyd & Associates, 1995*

-
- ⁷¹ *Nova Scotia Medical Services Insurance, Physician's manual, 2000.* Nova Scotia.
- ⁷² *Schedule of benefits for physician services, 2000.* Ministry of Health and Long Term Care. Ontario.
- ⁷³ *Manuel de facturation - Manuel des médecins omnipraticiens, 2000.* RAMQ. Québec.
- ⁷⁴ *Schedule of medical benefits procedure and price list, 2000.* Alberta Health Care Insurance Plan. Alberta.
- ⁷⁵ *Medical services commission - Payment schedule, 2000.* Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors, British Columbia.
- ⁷⁶ Sturm R., Klap R. *Use of Psychiatrists, psychologists, and Master's-Level Therapists in Managed Behavioral Health Care Carve-Out Plans.* *Psychiatric Services*, 1999; 50;4: 504-508.
- ⁷⁷ Statistics Canada, *Causes of death*, 1998.
- ⁷⁸ IMS Health, *Canadian Compuscript: January 2001.*
- ⁷⁹ Rice DP, Kelman S, Miller LS, et al. *The Economic Costs of Alcohol and Drug Abuse and Mental Illness. Report submitted to the Office of Financing and Coverage Policy of the Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration, U.S. Department of Health and Human Services.* San Francisco, Calif: Institute for Health and Aging, University of California, 1990.
- ⁸⁰ Santé Canada. *Economic Burden of Illness in Canada, 1993: Mortality costs.* Santé Canada. http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/burden/burd5b_e.html
- ⁸¹ Ettner SL, Frank RG, Kessler EC. *The Impact of Psychiatric Disorders on Labor Market Outcomes.* *Industrial and Labor Market Review*, 1997; 51: 1: 64-81.
- ⁸² Von Korff M, Ormel J, Katon W, Lin EH. *Disability and Depression among High Utilizers of Health Care. A Longitudinal Analysis.* *Arch Gen Psychiatry*, 1992; 49(2):91-100
- ⁸³ Parikh SV, Lesage AD, Kennedy SH, Goering PN. *Depression in Ontario: Undertreatment and Factors Related to Antidepressant Use.* *J Affect Disord*, 1999; 52:67-76.
- ⁸⁴ Kessler RC, Zhao S., Blazer DG., Swartz M. *Prevalence, Correlates, and Course of Minor Depression and Major Depression in the National Comorbidity Survey.* *J Affect Disord*, 1997; 45:19-30.
- ⁸⁵ National Institute for Mental Health. *Suicide Facts.* 1999 December. <http://www.nimh.nih.gov/research/suifact.htm>
- ⁸⁶ Cott J. *NCDEU update: Natural Product Formulations Available in Europe for Psychotropic Indications.* *Psychopharmacol Bull*, 1995;31:745-751.
- ⁸⁷ Linde K, Ramirez G, Mulrow CD, Pauls A, Weidenhammar W, Melchart D. *St. John's Wort for Depression: An Overview and Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials.* *Br Med J*, 1996; 313: 353-358.

-
- ⁸⁸ Kim HL, Streltzer J, Goebert D. *St. John's Wort for Depression: A meta-analysis of Well-Defined Clinical Trials. J Nerv Ment Dis*, 1999; 187:532-539.
- ⁸⁹ Culpepper L. *Early Onset of Antidepressant Action Impact on Primary Care. J Clin Psychiatry*, 2001;62(4): 4-6.
- ⁹⁰ Hirshfeld RMA, et al. *The National Depressive and Manic-Depressive Association Consensus Statement on the Undertreatment of Depression. JAMA*, 1997; 27:333-340.
- ⁹¹ Goethe JW, Szarek BL, Cook WL. *A Comparison of Adequately vs Inadequately Treated Depressed Inpatients. J Nerv Ment Dis*, 1988; 176:464-470.
- ⁹² Thompson D, Richardson E. *Current Issues in the Economics of Depression Management. Current Psychiatry Reports*, 1999;1:125-134.
- ⁹³ Wells KB, Golding JM, Burnam MA. *Psychiatric Disorder in a Sample of the General Population with or without Chronic Medical Conditions. Am J Psychiatry*, 1988; 145:976-981.
- ⁹⁴ American Psychiatric Association. *Practice Guidelines for Major Depressive Disorders in Adults. Am J Psychiatry*, 1993;150(4):1-26.
- ⁹⁵ Kaye J, Morton J, Bowcutt M, Maupin D. *Depression: The Forgotten Diagnosis Among Hospitalized Adults. Journal of Neuroscience Nursing*, 2000 Feb;32(1):7-16.
- ⁹⁶ Katon W, Sullivan M. *Depression and Chronic Medical Illness. J Clin Psychiatry*, 1990;51(6. Suppl.):3-11.
- ⁹⁷ Druss BG, Rosenbeck RA, Sledge WH. *Health and Disability Costs of Depressive Illness In a major U.S. Corporation. Am J Psychiatry*, 2000;157:1274-1278.
- ⁹⁸ Lepine J-P. *Epidemiology, Burden, and Disability in Depression and Anxiety. J Clin Psychiatry*, 2001; 62(suppl.13): 4-10.
- ⁹⁹ Giaturco DT, Busse EW. *Psychiatric Problems Encountered During a Long-Term Study of Normal Aging Volunteers. Dans Isaacs AD, Post F, eds. Studies in Geriatric Psychiatry. New York, NY: John Wiley and Sons; 1978.*
- ¹⁰⁰ Murphy E. *Social Origins of Depression in Old Age. Br J Psychiatry*, 1982; 141:135-142.
- ¹⁰¹ Bruce ML, Leaf PJ. *Psychiatric Disorders and 15-month Mortality in a Community Sample of Older Adults. Am J Public Health*, 1989; 79:727-730.

Annexe 1

Tableau comparatif des études du fardeau de la maladie

Étude	Méthodologie	Population à l'étude	Coûts directs	Coûts absentéisme/productivité au travail	Coûts de mortalité précoce	Résultats \$ (%)
Clayton et Barceló	Basée sur la prévalence But : évaluer les coûts directs et indirects associés au suicide	Tous les suicides Âge : de 1 et +	Tous évalués pour le suicide <ul style="list-style-type: none"> Services ambulanciers Services hospitaliers Services médicaux Services d'autopsie Services funéraires Enquêtes policières 	<ul style="list-style-type: none"> Non évalués 	<ul style="list-style-type: none"> Modèle adapté de Rice et Miller et Santé Canada Basée sur le nombre de suicides exacts (pour tous les suicidés) 	Coûts directs : 535 156 \$ (0.01) Coûts directs Ambulanciers seulement : 38 130 \$ (0.0005) Coûts associés à la mortalité précoce : 79,3 millions \$ (99,91)
Greenberg et al.	Basée sur la prévalence But : évaluer les coûts directs, les coûts indirects (coûts associés à l'absentéisme, la perte de productivité au travail et à la mortalité précoce)	Tous les désordres affectifs de type dépression majeure, ainsi que les troubles dysthymiques Cip : 18 à 65 ans	Coûts hospitaliers, et institutionnels services en milieu externe, ensemble des médicaments	<ul style="list-style-type: none"> CI reliés à la perte de productivité associée aux journées perdues et à la diminution de la productivité durant les heures de travail Évalués à partir des données de prévalence, de la durée présumée des épisodes et d'hypothèses sur le nombre de jours d'absentéisme ou de jours où la productivité au travail peut être affectée. 	<ul style="list-style-type: none"> Basée sur l'hypothèse selon laquelle 60% des suicidés sont dus à la dépression Tient compte du travail ménager Analyse actualisée à 6% Tient compte des années de vie perdues jusqu'à l'âge de l'espérance de vie 	Coûts directs : 12.4 milliards \$ (28) Cip: 23.8 milliards \$ (55) Cim: 7.5 milliards \$ (17)

* Les troubles affectifs est l'ancien terme pour les troubles de l'humeur. CD: coûts directs; Cip: coûts indirects liés à l'absentéisme et la perte de productivité au travail (si applicable) Cim: coûts indirects associés à la mortalité précoce)

Tableau comparatif des études du fardeau de la maladie (suite)

Étude	Méthodologie	Population à l'étude	Coûts directs	Coûts absentéisme/productivité au travail	Coûts de mortalité précoce	Résultats \$ (%)
Greenberg et al. (suite)				<ul style="list-style-type: none"> Diminution de la productivité estimée à 20% Ne tient pas compte de la semaine régulière de travail 5 sur 7 		
Rice et Miller	Basée sur la prévalence But : évaluer les coûts directs, les coûts indirects (coûts associés à l'absentéisme, la perte de productivité au travail et à la mortalité précoce)	Tous les troubles affectifs CI : 18 ans à 64 ans	Coûts hospitaliers et institutionnels, services en milieu externe, antidépresseurs, support Les autres coûts incluent les coûts directs associés au crime et à l'assistance sociale	<ul style="list-style-type: none"> Évalués à partir des données de prévalence On appliquait un taux de perte de revenu due aux désordres affectifs Les autres coûts incluent les coûts indirects associés à l'emprisonnement et le fardeau imputé à la famille 	<ul style="list-style-type: none"> Basée sur l'hypothèse selon laquelle 60% des suicides sont dus à la dépression Modèle qui tient compte de : l'espérance de vie, Analyse actualisée à 6% Tient compte du travail ménager 	Coûts directs : 19.2 milliards \$ (63) Coûts indirects : 2.2 milliards \$ (7) Coûts associés à la mortalité précoce : 7.7 milliards \$ (25) Autres : 1.3 milliard \$ (5)

* Les troubles affectifs est l'ancien terme pour les troubles de l'humeur. CD: coûts directs; CI: coûts indirects liés à l'absentéisme et la perte de productivité au travail (si applicable CI= coûts indirects associés à la mortalité précoce)

Tableau comparatif des études du fardeau de la maladie (suite)

Étude	Méthodologie	Population à l'étude	Coûts directs	Coûts absentéisme/productivité au travail	Coûts de mortalité précoce	Résultats \$ (%)
Stephens et Joubert	Basée sur la prévalence But : évaluer les coûts directs associés aux visites un psychologue ou un travailleur social; ainsi qu'évaluer les coûts indirects à court terme pour la maladie mentale. De plus, actualiser les résultats du FEMC, 1993.	Tous les troubles psychiatriques. En particulier, la dépression pour certaines estimations CI : 12 ans et plus	Données actualisées pour la majorité des coûts directs	<ul style="list-style-type: none"> Tient compte de la semaine régulière de travail 5 sur 7 	<ul style="list-style-type: none"> Données actualisées de FEMC de Santé Canada Modèle similaire à Rice et Miller 	Résultats pour la dépression et ensemble de la maladie mentale
Stoudemire et al.	Basée sur la prévalence But : évaluer les coûts directs, les coûts indirects (coûts associés à l'absentéisme, la perte de productivité au travail et à la mortalité précoce)	Tous les désordres affectifs de type dépression majeure Cip : 18 ans à 54 ans	<ul style="list-style-type: none"> Coûts hospitaliers et institutionnels, services en milieu externe, antidépresseurs 	<ul style="list-style-type: none"> Seulement la perte de productivité associée aux journées perdues Évalués à partir des données de prévalence NIMH Estimations faites à partir de plusieurs hypothèses basées sur des études antérieures Ne tient pas compte de la semaine régulière de travail 5 sur 7 	<ul style="list-style-type: none"> Basée sur l'hypothèse selon laquelle 60% des suicides sont dus à la dépression Tient compte du travail ménager pour les femmes seulement Analyse actualisée à 6% Tient compte des années de vie perdues avant l'âge de 60 ans 	<p>Coûts directs : 2 milliards \$ (39)</p> <p>Coûts indirects : (37)</p> <p>Coûts associés à la mortalité précoce : 4.2 milliards \$ (24)</p>

* Les troubles affectifs est l'ancien terme pour les troubles de l'humeur. CD: coûts directs; Cip: coûts indirects liés à l'absentéisme et la perte de productivité au travail (si applicable CIm coûts indirects associés à la mortalité précoce)

ANNEXE II

Case-mix-groups (CMG) basés sur les codes CIM-9-MC (voir tableau 1)
correspondant aux diagnostics des troubles de l'humeur du DSM-IV.

CMG	Description
765	TROUBLES DE L'HUMEUR, SANS ÉLECTROCHOCS – DIAGNOSTIC DE L'AXE III
765	TROUBLES DE L'HUMEUR, SANS ÉLECTROCHOCS – DIAGNOSTIC DE L'AXE III
765	TROUBLES DE L'HUMEUR, SANS ÉLECTROCHOCS – DIAGNOSTIC DE L'AXE III
765	TROUBLES DE L'HUMEUR, SANS ÉLECTROCHOCS – DIAGNOSTIC DE L'AXE III
765	TROUBLES DE L'HUMEUR, SANS ÉLECTROCHOCS – DIAGNOSTIC DE L'AXE III
765	TROUBLES DE L'HUMEUR, SANS ÉLECTROCHOCS – DIAGNOSTIC DE L'AXE III
765	TROUBLES DE L'HUMEUR, SANS ÉLECTROCHOCS – DIAGNOSTIC DE L'AXE III
765	TROUBLES DE L'HUMEUR, SANS ÉLECTROCHOCS – DIAGNOSTIC DE L'AXE III
766	TROUBLES DE L'HUMEUR – DURÉE DU SÉJOUR < 6 JOURS
766	TROUBLES DE L'HUMEUR – DURÉE DU SÉJOUR < 6 JOURS
766	TROUBLES DE L'HUMEUR – DURÉE DU SÉJOUR < 6 JOURS
766	TROUBLES DE L'HUMEUR – DURÉE DU SÉJOUR < 6 JOURS
766	TROUBLES DE L'HUMEUR – DURÉE DU SÉJOUR < 6 JOURS
766	TROUBLES DE L'HUMEUR – DURÉE DU SÉJOUR < 6 JOURS
766	TROUBLES DE L'HUMEUR – DURÉE DU SÉJOUR < 6 JOURS
766	TROUBLES DE L'HUMEUR – DURÉE DU SÉJOUR < 6 JOURS
767	TROUBLES DE L'HUMEUR – DURÉE DU SÉJOUR < 6 JOURS
769	TROUBLES BIPOLAIRES, ÉPISODE MANIAQUE, SANS ÉLECTROCHOCS – DIAGNOSTIC DE L'AXE III
769	TROUBLES BIPOLAIRES, ÉPISODE MANIAQUE, SANS ÉLECTROCHOCS – DIAGNOSTIC DE L'AXE III
770	TROUBLES BIPOLAIRES, ÉPISODE MANIAQUE, AVEC ÉLECTROCHOCS
770	TROUBLES BIPOLAIRES, ÉPISODE MANIAQUE, AVEC ÉLECTROCHOCS
770	TROUBLES BIPOLAIRES, ÉPISODE MANIAQUE, AVEC ÉLECTROCHOCS
770	TROUBLES BIPOLAIRES, ÉPISODE MANIAQUE, AVEC ÉLECTROCHOCS
770	TROUBLES BIPOLAIRES, ÉPISODE MANIAQUE, AVEC ÉLECTROCHOCS
771	TROUBLES BIPOLAIRES, DURÉE DU SÉJOUR < 6 JOURS
771	TROUBLES BIPOLAIRES, DURÉE DU SÉJOUR < 6 JOURS
771	TROUBLES BIPOLAIRES, DURÉE DU SÉJOUR < 6 JOURS

ANNEXE III
Tableau des fréquences d'ordonnances et prix unitaires moyens
selon le nom commercial d'antidépresseur

Médicaments	Dose	Prix unitaire Moyen (\$)	# Annuel d'ordonnances	Coût total par Médicament (\$)
TRICYCLIQUES PSYCHOTIQUES				
Classe 64310				
<u>Apotex Inc.</u>				
Apo-amitriptyline				
FC TAB	25mg	8.26	660 000	5 451 600
FC TAB	10mg	8.22	539 000	4 430 580
FC TAB	50mg	9.18	271 000	2 487 780
FC TAB	75mg	16.13	59 000	951 670
Apo-doxepin				
CAP	25mg	19.56	75 000	1 467 000
CAP	10mg	16.19	60 000	971 400
CAP	50mg	25.10	41 000	1 029 100
CAP	75mg	32.04	13 000	416 520
CAP	100mg	37.93	10 000	379 300
CAP	150mg	35.22	2 000	70 440
Apo-imipramine				
FC TAB	25mg	9.24	75 000	693 000
FC TAB	50mg	9.83	54 000	530 820
FC TAB	10mg	8.46	30 000	253 800
FC TAB	75mg	19.58	7 000	137 060
Apo-Trimip				
FC TAB	25mg	16.98	51 000	865 980
FC TAB	50mg	23.00	41 000	943 000
FC TAB	12.5mg	13.15	20 000	263 000
FC TAB	100mg	27.04	12 000	324 480
CAP	75mg	35.08	13 000	456 040
Apo-nortriptyline				
GEL CAP	25mg	32.54	70 000	2 277 800
GEL CAP	10mg	17.70	42 000	743 400
Apo-clomipramine				
FC TAB	50mg	42.68	42 000	1 792 560
FC TAB	25mg	30.06	42 000	1 262 520
FC TAB	10mg	23.21	13 000	301 730
Apo-desipramine				
FC TAB	50mg	45.16	14 000	632 240
FC TAB	25mg	31.66	15 000	474 900
FC TAB	10mg	22.06	5 000	110 300
FC TAB	75mg	52.08	4 000	208 320
FC TAB	100mg	51.93	2 000	103 860

Médicaments	Dose	Prix unitaire Moyen (\$)	# Annuel d'ordonnances	Coût total par Médicament (\$)
TRICYCLIQUES PSYCHOTIQUES				
Classe 64310				
Novopharm				
Novo-triptyn				
FC TAB	50mg	8.74	118 000	1 031 320
FC TAB	10mg	7.70	215 000	1 655 500
FC TAB	25mg	8.59	185 000	1 589 150
Novo-doxepin				
CAP	25mg	16.90	46 000	777 400
CAP	50mg	21.45	23 000	493 350
CAP	75mg	29.60	11 000	325 600
CAP	100mg	34.45	8 000	275 600
CAP	150mg	29.83	1 000	29 830
Novo-tripramine				
FC TAB	25mg	14.09	15 000	211 350
FC TAB	50mg	20.80	14 000	291 200
FC TAB	100mg	24.52	6 000	147 120
Novo-pramine				
FC TAB	50mg	9.84	23 000	226 320
FC TAB	25mg	8.62	32 000	275 840
FC TAB	10mg	3.38	13 000	43 940
Novo-maprotiline				
FC TAB	25mg	28.69	12 000	344 280
FC TAB	50mg	39.78	10 000	397 800
FC TAB	75mg	42.33	4 000	169 320
FC TAB	10mg	21.55	2 000	43 100
Novo-clopamine				
SC TAB	25mg	30.21	7 000	211 470
SC TAB	10mg	21.21	2 000	42 420
FC TAB	50mg	39.89	6 000	239 340
Novo-nortryptiline				
GEL CAP	25mg	27.77	6 000	166 620
GEL CAP	10mg	15.57	4 000	62 280
Novo-desipramine				
SC TAB	25mg	30.31	4 000	121 240
SC TAB	10mg	23.56	1 000	23 560
SC TAB	75mg	57.63	1 000	57 630
FC TAB	50mg	48.23	5 000	241 150
Triadapin				
CAP	25mg	12.20	1 000	12 200
CAP	50mg	19.00	0	0
CAP	10mg	10.50	1 000	10 500
CAP	100mg		0	0
CAP	75mg		0	0

Médicaments	Dose	Prix unitaire Moyen (\$)	# Annuel d'ordonnances	Coût total par Médicament (\$)
TRICYCLIQUES PSYCHOTIQUES				
Classe 64310				
Pro Doc				
Amitriptyline				
TAB	25mg	7.00	52 000	364 000
TAB	10mg	6.96	31 000	215 760
TAB	50mg	7.76	12 000	93 120
Trimipramine				
TAB	25mg	11.08	5 000	55 400
TAB	50mg	14.78	3 000	44 340
TAB	12.5mg	10.65	2 000	21 300
TAB	100mg	12.89	1 000	12 890
CAP	75mg	25.83	1 000	25 830
Doxepin				
CAP	25mg	13.03	4 000	52 120
CAP	10mg	11.84	3 000	35 520
CAP	50mg	16.38	2 000	32 760
CAP	75mg	20.35	1 000	20 350
CAP	100mg	30.71	0	0
CAP	150mg		0	0
Imipramine				
TAB	25mg	7.69	4 000	30 760
TAB	50mg	7.38	2 000	14 760
TAB	10mg	6.80	1 000	6 800
Clomipramine				
FC TAB	25mg	21.02	2 000	42 040
FC TAB	50mg	32.39	2 000	64 780
FC TAB	10mg	13.04	0	0
Desipramine				
FC TAB	50mg	25.52	1 000	25 520
FC TAB	25mg	22.03	1 000	22 030
FC TAB	75mg	23.30	0	0
FC TAB	10mg	14.88	1 000	14 880
FC TAB	100mg		0	0
Proavil				
TAB	3mg		0	0
Pharmascience				
Pms-nortriptyline				
CAP	25mg	29.12	39 000	1 135 680
CAP	10mg	16.49	24 000	395 760
Pms-desipramine				
FC TAB	50mg	35.14	15 000	527 100
FC TAB	25mg	24.49	15 000	367 350
FC TAB	10mg	17.10	6 000	102 600
FC TAB	75mg	41.50	4 000	166 000

Médicaments	Dose	Prix unitaire Moyen (\$)	# Annuel d'ordonnances	Coût total par Médicament (\$)
TRICYCLIQUES PSYCHOTIQUES				
Classe 64310				
Amitriptyline				
TAB	25mg		0	0
TAB	10mg		0	0
TAB	50mg		0	0
Pms-imipramine				
FC TAB	10mg		0	0
<u>MS&D</u>				
Elavil				
TAB	10mg	10.82	25 000	270 500
TAB	25mg	15.00	19 000	285 000
TAB	50mg	23.64	10 000	236 400
TAB	75mg	26.57	6 000	159 420
SYRUP	10mg		0	0
Tryptil				
FC TAB	10mg	29.58	3 000	88 740
<u>Altimed Pharma Inc.</u>				
Kenral-doxepin				
CAP	25mg	20.61	14 000	288 540
CAP	50mg	24.04	8 000	192 320
CAP	10mg	17.35	7 000	121 450
CAP	75mg	31.38	3 000	94 140
Desipramine				
TAB	50mg	48.09	13 000	625 170
TAB	25mg	33.12	14 000	463 680
TAB	10mg	24.74	3 000	74 220
TAB	75mg	39.66	1 000	39 660
Alti-nortriptyline				
GEL CAP	25mg	25.08	0	0
GEL CAP	10mg	14.57	0	0
<u>Aventis Pharma</u>				
Rhotrimine				
TAB	25mg	14.29	11 000	157 190
TAB	50mg	17.02	7 000	119 140
TAB	12.5mg	11.18	5 000	55 900
TAB	100mg	21.32	2 000	42 640
CAP	75mg	29.60	4 000	118 400
Surmontil				
TAB	25mg	30.45	7 000	213 150
TAB	50mg	42.69	4 000	170 760

Médicaments	Dose	Prix unitaire Moyen (\$)	# Annuel d'ordonnances	Coût total par Médicament (\$)
TRICYCLIQUES PSYCHOTIQUES				
Classe 64310				
Surmontil				
TAB	12.5mg	19.67	3 000	59 010
TAB	100mg	58.30	1 000	58 300
CAP	75mg	48.45	2 000	96 900
Norpramin				
TAB	50mg	63.57	2 000	127 140
TAB	25mg	42.06	2 000	84 120
TAB	10mg	29.27	1 000	29 270
TAB	100mg			0
Rho-doxepin				
GEL CAP	50mg		0	0
GEL CAP	10mg			
<u>Genpharm Pharm</u>				
Gen-nortriptyline				
CAP	25mg	35.20	11 000	387 200
CAP	10mg	18.75	7 000	131 250
Gen-clomipramine				
FC TAB	25mg	29.76	8 000	238 080
FC TAB	50mg	48.08	7 000	336 560
FC TAB	10mg	25.22	3 000	75 660
<u>Novartis Pharma</u>				
Anafranil				
SC TAB	25mg	39.07	11 000	429 770
SC TAB	10mg	28.33	4 000	113 320
FC TAB	50mg	60.59	7 000	424 130
Ludiomil				
EC TAB	25mg	32.40	4 000	129 600
EC TAB	50mg	47.11	2 000	94 220
EC TAB	10mg	20.95	1 000	20 950
EC TAB	75mg		0	0
Tofranil				
TAB	25mg	27.58	3 000	82 740
TAB	50mg	43.13	2 000	86 260
TAB	75mg	49.51	1 000	49 510
TAB	10mg	14.37	1 000	14 370
Dom-clomipramine				
FC TAB	50mg		0	0
FC TAB	25mg		0	0

Médicaments	Dose	Prix unitaire Moyen (\$)	# Annuel d'ordonnances	Coût total par Médicament (\$)
TRICYCLIQUES PSYCHOTIQUES Classe 64310				
Pfizer				
Sinequan				
CAP	25mg	31.42	10 000	314 200
CAP	10mg	21.93	4 000	87 720
CAP	50mg	43.04	4 000	172 160
CAP	75mg	49.65	2 000	99 300
CAP	100mg	56.37	1 000	56 370
CAP	150mg	59.25	0	0
INHIBITEURS DE LA MONOAMINE OXIDASE Classe 64320				
Pfizer				
Nardil				
TAB	15mg	46.97	17 000	798 490
Glaxosmithline				
Parnate				
TAB	10mg	50.49	18 000	908 820
INHIBITEURS DE LA RECAPTURE DE LA SÉROTONINE Classe 64340				
Glaxosmithline				
Paxil				
FC TAB	20mg	79.89	2 372 000	189 499 080
FC TAB	30mg	74.69	390 000	29 129 100
FC TAB	10mg	64.46	259 000	16 695 140
Wyeth-Ayerst CDA				
Effexor XR				
ER CAP	75mg	81.94	614 000	50 311 160
ER CAP	150mg	72.50	293 000	21 242 500
ER CAP	37.5mg	40.62	200 000	8 124 000
Effexor				
TAB	37.5mg	61.62	172 000	10 598 640
TAB	75mg	121.46	80 000	9 716 800
Apotex Inc.				
Apo-Sertraline				
CAP	50mg	60.95	357 000	21 759 150

Médicaments	Dose	Prix unitaire Moyen (\$)	# Annuel d'ordonnances	Coût total par Médicament (\$)
INHIBITEURS DE LA RECAPTURE DE LA SÉROTONINE				
Classe 64340				
<u>Apotex Inc.</u>				
Apo-Sertraline				
CAP	100mg	63.76	195 000	12 433 200
CAP	25mg	34.43	133 000	4 579 190
Apo-fluoxetine				
CAP	20mg	74.61	363 000	27 083 430
CAP	10mg	66.21	31 000	2 052 510
ORAL SOL	20mg/5ml	84.75	3 000	254 250
Apo-trazodone				
TAB	50mg	18.84	157 000	2 957 880
TAB	100mg	25.44	52 000	1 322 880
Apo-fluvoxamine				
FC TAB	50mg	35.28	145 000	5 115 600
FC TAB	100mg	54.60	88 000	4 804 800
Apo-trazodone D				
TAB	150mg	30.91	30 000	927 300
<u>Lundbeck Canada Inc.</u>				
Celexa				
FC TAB	20mg	60.53	773 000	46 789 690
FC TAB	40mg	54.39	96 000	5 221 440
<u>Novopharm</u>				
Novo-sertraline				
CAP	50mg	58.77	233 000	13 693 410
CAP	100mg	61.40	123 000	7 552 200
CAP	25mg	32.19	81 000	2 607 390
Novo-fluoxetine				
CAP	20mg	72.41	179 000	12 961 390
CAP	10mg	57.89	20 000	1 157 800
Novo-trazodone				
FC TAB	50mg	17.72	92 000	1 630 240
FC TAB	100mg	26.73	27 000	721 710
FC TAB	150mg	30.65	22 000	674 300
Novo-fluoxatine				
FC TAB	50mg	32.98	19 000	626 620
FC TAB	100mg	51.79	14 000	725 060
<u>BMS Pharma</u>				
Serzone-5HT2				
TAB	200mg	75.77	204 000	15 457 080

Médicaments	Dose	Prix unitaire Moyen (\$)	# Annuel d'ordonnances	Coût total par Médicament (\$)
INHIBITEURS DE LA RECAPTURE DE LA SÉROTONINE				
Classe 64340				
<u>BMS Pharma</u>				
Serzone-5HT2				
TAB	100mg	63.24	179 000	11 319 960
TAB	150mg	76.53	107 000	8 188 710
TAB	50mg	49.09	32 000	1 570 880
Desyrel				
TAB	50mg	15.29	136 000	2 079 440
TAB	100mg	21.56	33 000	711 480
TAB	150mg	28.58	30 000	857 400
<u>Pfizer</u>				
Zoloft				
CAP	50mg	85.81	424 000	36 383 440
CAP	100mg	85.96	227 000	19 512 920
CAP	25mg	44.77	162 000	7 252 740
<u>Pharmascience</u>				
Pms-fluoxetine				
CAP	20mg	67.31	31 000	2 086 610
CAP	10mg	55.82	51 000	2 846 820
ORAL LIQ	20mg/5ml	76.62	2 000	153 240
Pms-trazodone				
TAB	50mg	17.72	176 000	3 118 720
TAB	100mg	25.77	42 000	1 082 340
TAB	75mg	15.31	1 000	15 310
Pms-flvoxamine				
FC TAB	50mg	26.08	1 000	26 080
FC TAB	100mg	51.70	0	0
<u>Genpharm Pharm</u>				
Gen-fluoxetine				
CAP	20mg	67.92	129 000	8 761 680
CAP	10mg	65.91	15 000	988 650
Gen-trazodone				
TAB	50mg	19.09	59 000	1 126 310
TAB	100mg	25.45	19 000	483 550
Gen-sertraline				
CAP	50mg	68.07	1 000	68 070
CAP	100mg	82.28	0	0
CAP	25mg	36.69	0	0
Gen-fluvoxamine				
FC TAB	50mg	32.83	6 000	196 980

Médicaments	Dose	Prix unitaire Moyen (\$)	# Annuel d'ordonnances	Coût total par Médicament (\$)
INHIBITEURS DE LA RECAPTURE DE LA SÉROTONINE				
Classe 64340				
<u>Genpharm Pharm</u>				
Gen-fluvoxamine FC TAB	100mg	48.10	4 000	192 400
<u>Altimed Pharma Inc.</u>				
Alti-fluvoxamine FC TAB	50mg	33.00	80 000	2 640 000
FC TAB	100mg	50.81	70 000	3 556 700
Syn-trazodone TAB	50mg	17.20	14 000	240 800
TAB	150mg	32.81	12 000	393 720
TAB	100mg	22.78	4 000	91 120
Alti-fluoxetine CAP	20mg	68.67	1 000	68 670
CAP	10mg		0	0
<u>Lilly</u>				
Prozac PULV	20mg	97.81	84 000	8 216 040
PULV	10mg	88.20	32 000	2 822 400
LIQ	20mg	107.07	5 000	535 350
<u>Solvay Pharma</u>				
Luvox FC TAB	50mg	42.57	50 000	2 128 500
FC TAB	100mg	75.23	37 000	2 783 510
<u>Nu-Pharm</u>				
Nu-fluoxetine CAP	20mg	39.83	46 000	1 832 180
CAP	10mg		1 000	0
Nu-fluvoxamine FC TAB	50mg	31.05	2 000	62 100
FC TAB	100mg	43.23	2 000	86 460
Nu-trazodone TAB	50mg	18.13	2 000	36 260
TAB	100mg	22.78	2 000	45 560
Nu-trazodone-D TAB	150mg		0	0

Médicaments	Dose	Prix unitaire Moyen (\$)	# Annuel d'ordonnances	Coût total par Médicament (\$)
AUTRES ANTIDÉPRESSEURS Classe 64390				
<u>Glaxosmithline</u>				
Wellbutrin				
SR TAB	150mg	55.94	441 000	24 669 540
SR TAB	100mg	35.17	145 000	5 099 650
<u>Apotex Inc.</u>				
Apo-moclobemide				
FC TAB	150mg	45.87	42 000	1 926 540
FC TAB	300mg	64.79	5 000	323 950
FC TAB	100mg	31.78	5 000	158 900
<u>Roche</u>				
Manerix				
FC TAB	150mg	56.82	25 000	1 420 500
FC TAB	300mg	79.02	9 000	711 180
FC TAB	100mg		0	
<u>Altimed Pharma Inc.</u>				
Alti-moclobemide				
FC TAB	150mg	43.43	21 000	912 030
FC TAB	300mg	60.20	1 000	60 200
<u>Novopharm</u>				
Novo-moclobemide				
FC TAB	150mg	46.20	5 000	231 000
FC TAB	300mg	66.65	1 000	66 650
FC TAB	100mg	23.26	1 000	23 260

Annexe IV
Tableau des sources de données

<u>Sources</u>	<u>Type de données</u>	<u>Population cible</u>
<u>Fréquences</u>		
Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP)	Données de prévalence et données sur les épisodes dépressifs	Échantillon de 80 000 foyers canadiens
<i>Ambulatory Community Care Services (ACCS)</i>	Données sur les visites à l'urgence	Population de l'Alberta
Institut canadien pour l'information sur la santé (ICIS)	Données sur les hospitalisations	Population canadienne
<i>Internationale Medical Statistics (IMS)</i> , <u>Base de données Compuscript</u>	Données sur l'utilisation des antidépresseurs	Échantillon de 4 700 pharmacies au Canada
<i>Intercontinental Medical Statistics (IMS)</i> <u>Base de données Canadian Disease and Therapeutic Index (CDTI)</u>	Données sur les visites médicales	Échantillon de 652 médecins stratifié par région géographique, et représentant toutes les spécialités majeures
Statistique Canada	Nombre de suicides	Population canadienne
Statistique Canada	Taux de participation au marché du travail	Population canadienne
Statistique Canada	Probabilités de survie	Population canadienne
Statistique Canada	Données démographiques	Population canadienne

Tableau des sources de données (suite)

<u>Sources</u>	<u>Type de Données</u>	<u>Prix unitaire obtenu à partir de:</u>
<u>Prix unitaires</u>		
<i>London Health Sciences Centre, University Campus</i>	Prix unitaire d'une visite à l'urgence pour la dépression et per diem pour une hospitalisation avec diagnostic de dépression	Échantillon de 456 patients ayant un diagnostic de dépression
<i>Schedule of benefits Ontario</i>	Prix unitaire d'une visite médicale soit chez un généraliste ou un psychiatre	Manuels de facturation provinciaux: Moyenne pondérée à partir des provinces de l'Ontario, du Québec, de la Colombie-Britannique, de la Nouvelle-Écosse et de l'Alberta
<i>Schedule of benefits Nouvelle-Écosse</i>		
<i>Schedule of benefits Colombie-Britannique</i>		
<i>Schedule of benefits Alberta</i>		
Manuel de facturation - Manuel des médecins omnipraticiens Québec		
Statistique Canada	Salaires moyens	La population canadienne qui travaille