



Dépression

Document de travail à l'intention du

Tribunal d'appel de la sécurité professionnelle et
de l'assurance contre les accidents du travail

septembre 2008

préparé par le

D^r Emmanuel Persad

Département de psychiatrie,
Université de Western Ontario

Le D^r Emmanuel Persad a obtenu son doctorat en médecine de l'University of Durham en Angleterre en 1964. Il a fait des études postdoctorales en psychiatrie à l'Université de Toronto de 1966 à 1969, et il a été agréé en psychiatrie en 1969. Il a été récipiendaire de la médaille d'or en psychiatrie décernée par l'Université de Toronto. Il s'est joint au corps professoral de l'Université Western Ontario en 1990. Il occupe présentement une chaire de professeur émérite à l'Université Western Ontario et de professeur adjoint à l'Université Queen's. Il s'intéresse à la pratique clinique et à la recherche en rapport avec les troubles de l'humeur, et il a publié de nombreux ouvrages sur le sujet. Il a été président du Département de psychiatrie de l'Université Western Ontario de 1995 à 2001 et chef du service de psychiatrie du London Health Science Centre et du St. Joseph's Health Centre de 1993 à 2001. Le Dr Persad a agi à titre d'assesseur médical du Tribunal de 1991 à 2002.

Ce document de travail médical sera utile à toute personne en quête de renseignements généraux au sujet de la question médicale traitée. Il vise à donner un aperçu général d'un sujet médical que le Tribunal examine souvent dans les appels.

Ce document de travail médical est l'œuvre d'un expert reconnu dans le domaine, qui a été recommandé par les conseillers médicaux du Tribunal. Son auteur avait pour directive de présenter la connaissance médicale existant sur le sujet, le tout, en partant d'un point de vue équilibré. Les documents de travail médicaux ne font pas l'objet d'un examen par les pairs, et ils sont rédigés pour être compris par les personnes qui ne sont pas du métier.

Dépression

Les documents de travail médicaux ne représentent pas nécessairement les vues du Tribunal. Les décideurs du Tribunal peuvent s'appuyer sur les renseignements contenus dans les documents de travail médicaux mais le Tribunal n'est pas lié par les opinions qui y sont exprimées. Toute décision du Tribunal doit s'appuyer sur les faits entourant le cas particulier visé. Les décideurs du Tribunal reconnaissent que les parties à un appel peuvent toujours s'appuyer sur un document de travail médical, s'en servir pour établir une distinction ou le contester à l'aide d'autres éléments de preuve. Voir *Kamara c. Ontario (Workplace Safety and Insurance Appeals Tribunal)* [2009] O.J. No. 2080 (Ont Div Court).

Traduction réalisée par les services de traduction certifiés retenus par le Tribunal : Martin Malette, M.A., trad. a. Membre de l'Association canadienne des réviseurs et traducteur agréé de l'Association des traducteurs et interprètes de l'Ontario.

Version 1.1

DÉPRESSION

Introduction

Le terme dépression est utilisé communément afin de décrire un état d'âme (la tristesse), une réaction (recevoir de mauvaises nouvelles) ou un trouble (un syndrome clinique). Le présent document traite de la catégorie des troubles dépressifs. De tels troubles sont diagnostiqués sur la base de critères reconnus internationalement (CIM-10 ou DSM-IV-TR^{*}). Ces troubles sont définis comme des perturbations de l'humeur accompagnées de difficultés de la pensée (ralentissement) et du comportement (repli sur soi ou agitation) ainsi que d'une incapacité à effectuer certaines activités de la vie quotidienne. Les troubles dépressifs peuvent survenir sous forme d'épisodes isolés ou récurrents. Un diagnostic est posé si les symptômes persistent pendant deux semaines. S'il n'est pas traité, un tel trouble peut toucher la personne pendant des mois ou des années.

Ce document aborde les caractéristiques suivantes de la dépression :

- la prévalence dans la collectivité et dans le lieu de travail;
- le diagnostic;
- la comorbidité;
- les causes;
- les problèmes d'évaluation;
- le traitement.

Prévalence

La dépression survient dans toutes les cultures. Elle est une cause importante d'invalidité et de décès. Environ 15 % des personnes atteintes de dépression se suicident. Elle survient à tout moment de la vie. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) déclare que le taux de prévalence à l'échelle mondiale varie de 2 à 15 %. La dépression était classée comme la 4^e principale cause du fardeau de la maladie en 2000¹. On prévoit qu'elle devienne la deuxième principale cause d'invalidité après les maladies du cœur d'ici 2020 à l'échelle de la planète. Chaque année,

* Classification internationale des maladies 10^e édition 2005 et Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'American Psychiatric Association 2000.

Dépression

environ 7,5 millions de Canadiennes et de Canadiens sont atteints de dépression et d'autres troubles connexes. La plupart d'entre eux sont âgés de 25 à 64 ans. La dépression cause 4,4 % du total des années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI). Les AVCI sont conçues pour quantifier l'effet de la mort prématurée et de l'invalidité sur une population en les combinant dans une seule mesure comparable. Les études montrent une croissance excédentaire du taux de dépression dans les pays développés : 6,4 % en 1991, 7,2 % en 1995 et 7,5 % en 2001. Ces données semblent être les mêmes dans l'ensemble des pays développés. La situation ailleurs dans le monde est moins claire. On croit qu'une plus grande sensibilisation à la dépression incite davantage de personnes à demander de l'aide professionnelle, ce qui augmente le taux déclaré. Cette question exige des études supplémentaires.

La dépression en tant que problème en milieu de travail est relativement fréquente. Avec une main-d'œuvre estimée à 10 millions de personnes, le Canada perd annuellement environ 35 millions de jours de travail pour des motifs reliés à une mauvaise santé mentale². Un rapport de 2006 indiquait que la dépression et les troubles anxieux entraînent davantage d'absences au travail que tout autre trouble médical. Des études ont conclu que certains problèmes particuliers au milieu de travail contribuent vraisemblablement à la survenue et à la perpétuation de la dépression. Ceux-ci comprennent notamment un mauvais moral, des demandes perçues comme déraisonnables, la perte de contrôle de son milieu de travail et les critiques perçues³. Il faut se demander pourquoi toutes les personnes exposées à ces facteurs de stress reliés au travail ne deviennent pas dépressives. La réponse (probable) est que certaines personnes, pour des motifs reliés à une prédisposition génétique, à leur personnalité ou à des expériences de vie antérieures, sont plus vulnérables à ces facteurs de stress reliés au travail⁴. Même si des millions de dollars sont dépensés pour traiter les troubles dépressifs au Canada, plusieurs personnes qui sont atteintes de dépression ne reçoivent pas les soins adéquats en raison d'un manque de service, parce que leur dépression n'est pas diagnostiquée ou par un manque de motivation à chercher de l'aide. Le manque d'accès à des services en psychiatrie peut être un obstacle au traitement, mais il est bien connu que la dépression peut être traitée efficacement dans les établissements de soins primaires⁵.

Comorbidité

Ce terme renvoie à la cooccurrence d'au moins deux troubles cliniques. La dépression comme trouble clinique peut survenir en cooccurrence avec des troubles d'anxiété, la toxicomanie, des maladies physiques ou mentales, un trouble de stress post-traumatique et une douleur chronique. Certaines

Dépression

pathologies moins bien établies, c.-à-d. sans preuves cliniques solides, peuvent également survenir en cooccurrence avec la dépression : le syndrome de fatigue chronique, la fibromyalgie, les troubles de la personnalité limite et les démences. La pseudo-démence est une pathologie dans laquelle un patient dépressif présente des symptômes de démence. Le diagnostic peut être clarifié grâce à une évaluation approfondie et à des tests cognitifs.

Comment la dépression est-elle diagnostiquée?

Échelles d'évaluation

De nombreuses échelles d'évaluation peuvent être utilisées à des fins cliniques. Elles peuvent renforcer l'évaluation clinique, mais ne peuvent pas la remplacer. Elles peuvent être des outils de dépistage utiles. Ces échelles (p. ex. l'échelle d'évaluation de la dépression de Montgomery-Asberg ou l'échelle de dépression de Hamilton) peuvent fournir un indice de la gravité. Les échelles d'évaluation autoadministrées (p. ex. l'inventaire de la dépression de Beck) peuvent aider les patients à évaluer leur humeur sur une base quotidienne. Les échelles d'évaluation, tant celles qui sont autoadministrées que celles qui sont évaluées par des cliniciens, ont des applications limitées. Elles fournissent un pointage qui peut être un indice de gravité et peut refléter un changement au fil de temps.

Trouble dépressif

Parmi les symptômes qui suivent, 5 ou plus doivent être présents pendant au moins deux semaines :

- une humeur dépressive toute la journée ou durant une partie de celle-ci;
- une perte d'intérêt;
- une perte ou un gain de poids importants;
- de l'insomnie ou de l'hypersomnie;
- de l'agitation ou un ralentissement;
- de la fatigue ou une perte d'énergie;
- des sentiments d'inutilité ou de culpabilité;
- une capacité diminuée de penser ou de se concentrer;
- des pensées récurrentes liées à la mort ou au suicide.

Épisode dépressif récurrent

C'est la même chose qu'un trouble dépressif, mais la personne peut manifester de courts épisodes récurrents.

La dépression dans le cadre d'un trouble de l'humeur bipolaire

Les troubles de l'humeur comprennent deux principaux types cliniques : les troubles unipolaires (uniquement la dépression) et les bipolaires (une dépression qui alterne avec une manie ou une hypomanie). La manie est un état d'esprit dans lequel la personne touchée vit de l'exaltation, de l'euphorie ou de l'irritabilité. Cet état est accompagné d'une augmentation de l'énergie et de l'activité physique, d'une absence du besoin de dormir et d'un mauvais jugement qui entraîne des bêtises sociales et financières. Certaines des personnes atteintes peuvent devenir psychotiques, c'est-à-dire déconnectées de la réalité. Certaines personnes atteintes d'un trouble de l'humeur bipolaire peuvent vivre des " états mixtes ". Ces personnes peuvent alors présenter en même temps des symptômes de dépression et de manie. Dans la phase dépressive, les symptômes sont les mêmes que ceux manifestés lors de troubles dépressifs. Cependant, certaines personnes bipolaires peuvent présenter des symptômes comme le fait de trop manger et de trop dormir durant les épisodes dépressifs.

La dépression dans le cadre d'un trouble affectif saisonnier

La dépression peut également survenir dans le cadre d'un trouble affectif saisonnier. Le trouble affectif saisonnier est caractérisé par l'occurrence de la dépression durant l'automne et les mois d'hiver. Les symptômes comprennent la léthargie, le fait de trop manger et de trop dormir. Tous les autres symptômes sont semblables à ceux ressentis lors d'épisodes dépressifs. Il y a généralement une rémission spontanée au printemps. Des épisodes hypomaniaques (une forme moins grave de manie) peuvent également faire suite à des épisodes dépressifs.

Dysthymie

La dysthymie est un type de trouble dépressif de longue date et qui persiste pendant plusieurs années. La dysthymie est une pathologie dépressive dans laquelle la personne atteinte peut se sentir déprimée tout en étant capable de fonctionner. Les caractéristiques suivantes sont généralement présentes : un faible appétit ou le fait de trop manger, de l'insomnie ou le fait de trop dormir, un faible niveau d'énergie, une faible estime de soi, une mauvaise concentration. Les symptômes sont moins graves et ces personnes peuvent déclarer n'avoir jamais été heureuses. La dysthymie est le nouveau terme utilisé pour une « dépression réactionnelle » (consultez l'annexe 1).

Trouble d'adaptation et dépression

Un trouble d'adaptation renvoie à l'apparition de symptômes émotionnels ou comportementaux en réaction à un facteur de stress **dans les trois mois qui en suivent la survenue**. Le deuil est exclu. Les troubles d'adaptation peuvent survenir en concomitance avec l'humeur dépressive, l'anxiété ou un trouble de comportement. Les symptômes de dépression dans un trouble d'adaptation sont moins graves et sont reliés à un facteur de stress précis. Les facteurs de stress peuvent comprendre des problèmes reliés au lieu de travail, des difficultés relationnelles ou le fait de devoir faire face à une maladie terminale. Les symptômes ne respecteraient pas les critères d'un épisode dépressif.

Autres troubles dépressifs

Des troubles dépressifs peuvent survenir dans le cadre d'événements précis de la vie, par exemple en post-partum (après la naissance d'un enfant) ou en comorbidité (voir le paragraphe précédent) avec un trouble de stress post-traumatique ou une douleur chronique. Des troubles dépressifs peuvent également résulter d'une pathologie médicale comme le diabète ou le cancer. Le diagnostic d'un trouble ou d'un épisode dépressif est posé après une évaluation clinique exhaustive qui comprendra l'examen complet des antécédents psychiatriques et de l'état mental.

Le diagnostic de dépression peut évoluer au fil du temps chez la même personne et des caractéristiques supplémentaires peuvent apparaître. Cela peut comprendre des caractéristiques psychotiques ou chroniques. La forme psychotique a lieu lorsque la personne touchée vit une perte de contact avec la réalité, alors que la forme chronique survient si l'épisode dure plus de deux ans.

Qu'est-ce qui cause la dépression

Il n'existe pas de facteur unique responsable des troubles dépressifs. Cependant, plusieurs facteurs peuvent contribuer à l'apparition d'un trouble dépressif.

Les facteurs prédisposants (c.-à-d. les facteurs qui contribuent à la vulnérabilité d'une personne à la dépression) comprennent les antécédents familiaux de dépression, la violence physique et sexuelle, les abus d'alcool ou d'autres drogues, un événement traumatisant et le fait d'être une femme.

Les facteurs précipitants (c.-à-d. les facteurs qui étaient reliés à l'apparition de la dépression) peuvent exister ou non. Les épisodes (c.-à-d. les périodes lors desquelles la personne souffre d'un trouble dépressif)

Dépression

peuvent survenir de façon soudaine et inattendue, en particulier s'ils sont récurrents.

Les facteurs de perpétuation peuvent comprendre l'absence de diagnostic ou de traitement adéquat, un stress chronique, de même qu'une grave pathologie médicale ou psychiatrique.

Un rapport psychiatrique devrait fournir un compte rendu exhaustif de tous les facteurs qui peuvent contribuer à un épisode. Dans la plupart des cas, la formulation du diagnostic indiquera que la personne qui devient déprimée peut avoir une prédisposition génétique, mais que des facteurs externes ont précipité et perpétué les épisodes de dépression.

Problèmes d'évaluation

L'évaluation des demandes relatives à une dépression par le Tribunal s'avère souvent ardue. Cela est dû au manque de spécificité des rapports médicaux qui posent un diagnostic de dépression.

Un rapport médical devrait comprendre une évaluation psychiatrique et une formulation du diagnostic selon le DSM IV (consultez le tableau 1 ci-dessous) :

TABLEAU 1 **Le DSM IV fournit des renseignements diagnostiques selon 5 axes.**

Axe I : Troubles cliniques (p. ex. un trouble dépressif, un trouble bipolaire, un trouble schizophrénique, l'anxiété, un trouble somatoforme).

Axe II: Troubles de la personnalité (p. ex. un trouble de la personnalité antisociale, une débilité mentale).

Axe III: États pathologiques.

Axe IV: Problèmes psychosociaux et environnementaux.

Axe V: Évaluation globale de fonctionnement (EGF).

Scénario

Le cas suivant illustrera l'utilisation du DSM IV.

Dépression

- Monsieur X a été évalué le 4 avril 2007 en rapport avec une demande d'indemnité pour invalidité attribuable à un traumatisme psychique. Il s'agit d'un soudeur de 47 ans qui a subi des brûlures à la main gauche sur son lieu de travail le 7 juin 1998. Il a dû subir une greffe de la peau pour laquelle il a été indemnisé en décembre 1998. Après une évaluation exhaustive, le diagnostic psychiatrique suivant a été posé en fonction du DSM IV :

Axe I: Trouble dépressif - (récurrent), mais le patient est actuellement en rémission. Le 1^{er} épisode a eu lieu en 1997 et le deuxième cinq ans plus tard, en 2002.

Axe II: Traits psychologiques obsessionnels.

Axe III: Douleur chronique à la main gauche et dans le bas du dos.

Axe IV: Problèmes conjugaux et financiers. Lieu de travail.

Axe V: EGF 50. (Consultez l'annexe II).

Dans l'évaluation d'un travailleur qui demande une indemnité pour une dépression, un évaluateur en psychiatrie enquête sur les antécédents personnels du travailleur, y compris ses antécédents émotionnels, développementaux, familiaux, scolaires, professionnels ainsi que sur ses capacités d'adaptation. L'évaluation devrait aussi comporter une enquête exhaustive relative aux symptômes, à leur durée, à leur gravité et à leurs variations quotidiennes ainsi qu'aux relations interpersonnelles et aux pensées autodestructrices. Un rapport psychiatrique doit évaluer attentivement la contribution de plusieurs volets de la vie du travailleur, y compris le milieu de travail, en plus de fournir un diagnostic selon le DSM IV (consultez le tableau 1). Il faut signaler que la procédure de diagnostic repose essentiellement sur les déclarations subjectives de la personne touchée, mais que l'examen de l'état mental peut fournir une certaine objectivité et permettre d'évaluer la validité des déclarations subjectives. Les renseignements fournis par les proches facilitent la procédure diagnostique. Il n'est pas inhabituel que les rapports psychiatriques ne contiennent pas les précisions que l'on trouve dans les cas où le trouble ou la pathologie peuvent être validés par des tests objectifs.

Ce travailleur a eu un premier épisode de dépression en 1997, ce qui permet de constater que l'accident du travail de 1998 n'était pas la cause première de la dépression. En 2007, l'évaluateur a estimé que le travailleur était en rémission. Il incomberait au Tribunal de régler les questions de savoir si l'accident a pu précipiter un nouvel épisode et si le travailleur était de nouveau en rémission au moment de l'audience. Cependant l'EGF (c.-à-d. l'axe 5) indique une invalidité continue qui pourrait être attribuable à la douleur chronique ou aux facteurs de stress sociaux.

Traitement

Il est possible de traiter efficacement les troubles dépressifs. Le traitement est habituellement une association de médicaments (antidépresseurs et psychorégulateurs), de psychothérapie et de modifications du mode de vie. Sur le plan chimique, les antidépresseurs appartiennent à l'une des deux catégories suivantes : les antidépresseurs cycliques et les inhibiteurs de la monoxydase. Le premier groupe comprend les inhibiteurs du recaptage de la sérotonine et les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline. Les anciens antidépresseurs sont utilisés moins fréquemment. La réaction aux antidépresseurs peut prendre de 4 à 6 semaines. Tous les antidépresseurs ont des effets secondaires, notamment la prise de poids et la dysfonction sexuelle⁶. Un traitement continu avec des médicaments, une psychothérapie ou les deux peut être nécessaire afin de prévenir une rechute et des récurrences. Certains patients dépressifs ne réagissent pas au traitement. On dit alors qu'ils présentent des caractéristiques chroniques, c'est-à-dire souvent plus de deux années sans réaction. Ces patients ont besoin d'une aide professionnelle de centres spécialisés dans les troubles de l'humeur.

Il existe différentes formes de psychothérapie pour la dépression. La thérapie cognitive et comportementale et la psychothérapie interpersonnelle sont des formes bien établies de psychothérapie qui exigent une formation spécialisée.

L'électrochoc demeure un traitement efficace, peu souvent utilisé pour la dépression⁷. Les débats dans le grand public et dans les médias tendent à parler des électrochocs en termes négatifs. Dans certains cas, ils peuvent sauver des vies. L'électrochoc est administré sous anesthésie générale. Une électrode est placée sur la tête du patient puis un courant électrique traverse le cerveau. Les convulsions qui en découlent sont maîtrisées avec des relaxants musculaires. La procédure dure en tout de 3 à 4 minutes.

La photothérapie et la thérapie lumineuse sont utilisées chez des personnes qui sont atteintes de troubles affectifs saisonniers. Elles peuvent être utilisées parallèlement avec des antidépresseurs.

Sommaire

La dépression est un trouble traitable qui touche de 2 à 15 % de la population adulte dans la plupart des pays développés. Certaines études suggèrent que les taux de dépression sont en augmentation. La dépression a des effets importants sur la vie personnelle, sociale, familiale et professionnelle d'une personne.

Dépression

Annexe I

Les modifications terminologiques suivantes doivent être prises en compte :

DSM III R (ancien)	DSM IV TR (actuel)
Névrose d'anxiété avec des caractéristiques dépressives	Trouble anxieux
Névrose d'anxiété avec manifestations psychosomatiques	Trouble somatoforme
Névrose de conversion	Trouble de conversion
Névrose obsessionnelle-compulsive	Trouble obsessionnel-compulsif
Névrose d'anxiété avec caractéristiques phobiques	Trouble d'anxiété généralisée
Névrose d'anxiété avec hypochondrie	Hypochondrie

Annexe II

Évaluation globale de fonctionnement (EGF)

L'évaluation globale de fonctionnement (EGF) est une échelle numérique (de 0 à 100) utilisée par les cliniciens en santé mentale et les médecins pour évaluer le fonctionnement social, professionnel et psychologique des adultes. Elle se retrouve dans l'axe V de la classification DSM IV.

- 91 - 100 Fonctionnement supérieur dans une vaste gamme d'activités, les problèmes de la vie ne semblent jamais hors de proportion, personne recherchée par les autres en raison de ses nombreuses qualités. Aucun symptôme.
-
- 81 - 90 Symptômes absents ou minimaux, bon fonctionnement dans tous les domaines, personne intéressée et impliquée dans de nombreuses activités, efficace socialement, généralement satisfaite de sa vie, sans problèmes ou préoccupations plus graves que ceux de tous les jours.
-

Dépression

71 - 80	Si des symptômes sont présents, il s'agit de réactions transitoires et prévisibles à des stress psychologiques, rien de plus qu'une mince déficience dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire.
61 - 70	Certains symptômes légers OU certaines difficultés dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire, mais la personne fonctionne généralement assez bien et a des relations interpersonnelles significatives.
51 - 60	Symptômes modérés OU difficulté modérée dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire.
41 - 50	Symptômes graves OU toute déficience grave du fonctionnement social, professionnel, ou scolaire.
31 - 40	Une certaine déficience dans l'épreuve de réalité ou la communication OU une déficience majeure dans plusieurs domaines comme les relations professionnelles, scolaires et familiales, le jugement, la pensée ou l'humeur.
21 - 30	Le comportement est fortement influencé par des illusions sensorielles ou des hallucinations OU une déficience grave dans la communication ou le jugement OU l'incapacité de fonctionner dans tous les domaines.
11 - 20	Un certain danger de se blesser ou de blesser les autres OU une omission occasionnelle d'avoir une hygiène personnelle minimale OU une déficience brute à communiquer.
1 - 10	Danger persistant de se blesser gravement ou de blesser gravement les autres OU incapacité persistante à avoir une hygiène personnelle minimale OU un agissement suicidaire grave ou une anticipation claire de la mort.
0	Pas assez de renseignements disponibles pour effectuer une EGF.

Références

1. « Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. » Saba Moussavi et coll. The Lancet, Vol. 370. 8 septembre 2007.
2. The Canadian Depression Study. Sidney Kennedy, Serge Beaulieu et Raymond Lam. Publié par CANMAT 2005.
3. Depression/Anxiety in Employed Patients: A Guide for Family Physicians. Denis Drouin, Mark Berber et Marie-Josée Di Heau. Les Presses de l'Université Laval.
4. « Mental Illness and the Workplace: A National Concern ». Carolyn Dewa. Can J. of Psychiatry, Vol 52, NO6, juin 2007.
5. « Chronic Disease Management for Depression in Primary Care: A Summary of the Current Literature and Implications for Practice ». Nick Kates et Michele Mach. Can J Psychiatry, février 2007;52:77-85.
6. Clinical Handbook of Psychotropic Drugs. K. Bezchlibnyk Butler, J. Jeffries et Adil S. Virani (Eds). Hogrefe & Huber, Toronto, 17e édition, 2007.
7. Electroconvulsive Therapy. Norman S. Endler et Emmanuel Persad. Hans Huber Publisher, Toronto, 1988.

Recommandations

Mental Health Economic Statistics. Inst. of Health Economics and the Alberta Mental Health Board 2007.

Brochure sur la dépression au travail. Association canadienne pour la santé mentale 2004.