



HAL
open science

Prévalence estimée de la dépression saisonnière : étude épidémiologique en soins primaires dans cinq cabinets de Seine Maritime

Roxane Mero

► **To cite this version:**

Roxane Mero. Prévalence estimée de la dépression saisonnière : étude épidémiologique en soins primaires dans cinq cabinets de Seine Maritime. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01547157

HAL Id: dumas-01547157

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01547157>

Submitted on 26 Jun 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

2017

N°

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine

PAR

Roxane MERO

Née le 1^{er} Juin 1987 à Vernon

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 6 JUIN 2017

PREVALENCE ESTIMEE DE LA

DEPRESSION SAISONNIERE

ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE EN SOINS PRIMAIRES

DANS CINQ CABINETS DE SEINE MARITIME

PRESIDENT DE JURY

Pr Jean-Loup HERMIL

MEMBRES DU JURY

Pr Olivier GUILLIN

Dr Joël LADNER

DIRECTEUR DE THESE

Dr François DE GOLMARD

ANNEE UNIVERSITAIRE 2016 - 2017
U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHO	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE (<i>détachement</i>)	HCN	Médecine interne (gériatrie) – Détachement
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW (<i>sumombre</i>)	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie

Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN (<i>surnombre</i>)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GULLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénérologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie

Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit MISSET	HCN	Réanimation Médicale
Mr Jean-François MUIR (<i>urnombre</i>)	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ (<i>urnombre</i>)	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER (<i>urnombre</i>)	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	HB	Service Santé Réadaptation

Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Virologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais – retraite 01/10/2016
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy BELLIEN (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie

Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Sandrine DAHYOT	Bactériologie
----------------------------	---------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Souleymane ABDOUL-AZIZE	Biochimie
Mme Hanane GASMI	Galénique
Mme Caroline LAUGEL	Chimie organique
Mr Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup HERMIL UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel LEFEBVRE UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth MAUVIARD UFR Médecine générale

Mr Philippe NGUYEN THANH UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal BOULET UFR Médecine générale

Mr Emmanuel HAZARD UFR Médecine Générale

Mme Lucile PELLERIN UFR Médecine générale

Mme Yveline SEVRIN UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse THUEUX UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (phar)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ - Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean-Loup Hermil,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Veuillez trouver ici mes sincères remerciements et mon plus profond respect. Merci pour votre investissement auprès des internes de médecine générale hauts-normands.

A Monsieur le Professeur Olivier Guillin,

Je vous remercie de participer à mon jury de thèse et d'accepter de juger ce travail. Veuillez recevoir l'expression de ma gratitude et de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Joël Ladner,

Vous avez accepté avec une grande gentillesse d'être membre de mon jury de thèse. Soyez assuré de mes remerciements et de ma respectueuse considération.

A Monsieur le Docteur François De Golmard,

Merci pour tout. Merci pour ton encadrement lors de mon internat, merci d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse et de m'avoir guidée dans ce travail, et pour ton soutien quand ça allait moins bien.

Aux personnes qui ont contribué à l'élaboration et la réalisation de ce travail

A André Gillibert, interne en santé publique et médecine sociale dans le service de biostatistiques du CHU de Rouen. Merci pour ton travail d'analyses statistiques, pour tes remarques et ta disponibilité.

Aux médecins et kinésithérapeutes ayant accepté de participer à ce travail : tous les médecins du cabinet médical de Boos, Dr Calbel à Duclair, Dr Curie et Dr Guédon (merci d'avoir pris le temps de me recevoir et de me questionner sur ce travail) au Trait, Dr Doré, Emmanuel Julien et Maïté Maugard à La Mailleraye Sur Seine, Dr Herpin à Rouen.

Aux secrétaires des cabinets qui ont proposé le questionnaire aux patients et m'ont apporté une grande aide dans ce recueil : Carole à Boos, Dominique et Fabienne au Trait, Ludivine, Angélique et Laura à Duclair.

Aux patients ayant accepté de participer, et à ceux qui m'ont encouragée dans ce travail.

Aux confrères et collègues qui ont contribué à ma formation

A tous mes maîtres de stage :

Drs Philippe Doré, Arnaud Duchez, Philippe Perdrix et Bertrand Fisset. Vous m'avez beaucoup appris et transmis votre passion de la médecine générale, au cabinet et en visites.

Arnaud, merci pour tes encouragements pendant et après mon internat, et pour ta bienveillance.

Philippe, merci de m'avoir montré que la médecine générale est passionnante et variée, pour ta bienveillance et ton amitié, et pour m'avoir donné confiance en moi.

Drs François De Golmard, Pierre Reynaud, et Yves Swartebroeckx. Vous m'avez appris à garder un esprit critique en toutes circonstances sur ma jeune pratique et sur les relations avec les patients.

A tous les chefs hospitaliers et équipes de soins :

A Dieppe, merci à Xavier et à Mr Suel. Vous avez accompagné mes tous premiers pas d'interne. Vous m'avez aidée à prendre confiance en moi, et m'avez enseigné beaucoup en gériatrie. A toute l'équipe soignante du service de Gériatrie de Dieppe, merci pour les bons moments que nous avons partagés.

A Vernon, merci à toute l'équipe médicale qui m'a beaucoup appris. Un merci très spécial à l'équipe soignante des urgences de Vernon. Votre compétence, votre humanité, votre gentillesse et votre cohésion sont votre force. Vous avez été bien plus qu'une simple équipe soignante pour moi !

Au Havre, merci à toute l'équipe médicale et soignante des urgences pédiatriques. Merci à Dimitra, Damien, Stéphanie, Nicole, pour tout ce que vous m'avez apporté en pédiatrie !

A Elbeuf, en gynécologie. Merci aux chefs pour ce qu'ils m'ont transmis, Mr Pia, Mr Teillet, Sabine, Mariam, Nicolas, Anne. Un grand merci à mes co-internes de choc : Caroline, Hélène, Estelle, Mathilde. Vous avez fait de ce semestre un semestre inoubliable ! Merci pour votre soutien et nos soirées à refaire le monde !

Merci aux médecins qui me font confiance pour les remplacer.

A ma famille

Merci d'être là, par vos encouragements, votre soutien, et votre amour tout au long de ce cursus long et semé d'embûches, qui n'aurait pas été possible sans vous. Merci pour votre patience à supporter mon sacré caractère :)

A ma p'tite Maman, merci pour ton amour, tes encouragements, et les heures de soutien passées au téléphone depuis la P1. Merci pour les moments réconfortants à la maison, et tes bons petits plats. Merci pour ton aide dans ce travail, et ta relecture orthographique attentive.

A ma Sister Mélinda, je t'aime ! Merci pour cette belle relation qui nous unit, merci pour ta présence dans tous les moments, bons et moins bons ! Je te souhaite de trouver ta voie et ton bonheur ! Tu le mérites !

A mon Grand Frère Fabrice, te voir heureux avec Camille me remplit de joie. A votre petit monstre, mon p'tit bouchon Héléna. Et à la petite numéro 2 qui arrive très prochainement.

A mon Papa, j'espère que nous saurons trouver la voie d'une meilleure relation. Merci de m'avoir montré dès le début de mon exercice qu'il est important de le faire dans des conditions que nous décidons, les plus épanouissantes possibles.

A mes grands-parents, Papy Gérard et Mamie Paulette, merci pour les moments précieux partagés durant mon enfance, et pour ceux encore à venir. Papy, merci pour ta grande curiosité et d'avoir gardé ton âme d'enfant. A ceux qui ne sont plus, Mamie Michelle et Jack, vous me manquez.

A Decibel et Mojito, mes deux amours de chats qui m'ont soutenue à leur façon dans ce travail et dans ma vie.

A tous les autres animaux de la maison, en particulier Image et Doudou.

A Pierre,

Merci pour ta présence dans ma vie, et pour les magnifiques moments que la suite nous réserve. Merci pour ton aide précieuse pour le recueil, ton soutien sans faille tout au long de ce travail, qui est un peu une deuxième thèse pour toi, merci pour ton écoute et tes encouragements, ta relecture attentive. Ce travail n'aurait pas été le même sans toi. Le mot merci ne contient pas assez de lettres pour t'exprimer ce que je ressens.

Merci à ta famille pour leur accueil, les bons moments passés et tous ceux à venir.

Merci à tes amis pour les super soirées partagées, leur spontanéité et leur joie de vivre, et pour m'avoir accueillie aussi gentiment.

A mes amis,

Ceux de presque toujours, depuis les premiers pas à la fac... 13 ans pour la plupart, ça ne nous rajeunit pas ! A Mélina, Delphine, Estelle Charly et votre petite Ariane, Daniel Piaba et le petit Gabriel, Grégoire et Mathieu, Hélène Alexandre et le petit Robin que je n'ai pas encore rencontré, Laure (merci pour ton aide sur Excel, Zotero...) et Bertrand, Guillaume Jeanne et vos petites. Merci pour tous ces moments, toutes les soirées et les super vacances partagées ! Un merci tout spécial à ma p'tite Caro ! Merci pour ton amitié et les bons moments ! On a des parcours similaires, et on se comprend sans se parler ! Je te souhaite tout le bonheur du monde avec Stéphane dans votre nid douillet !

A ma p'tite Manu, pour cette belle amitié, au-delà de la danse et du sport ! Merci pour ton soutien pendant cette période de thèse, pardon de n'avoir pas été là pendant tes travaux !

A celle du lycée, ma Juju, presque mon clône pour certains aspects ! Je suis très émue de te voir aujourd'hui heureuse avec Christophe et votre « petit » Augustin.

A ma belle Agnès, ta force de caractère et ton courage forcent l'admiration ! Tu es une sacrée leçon de vie ! Tu es une très belle personne, et je te souhaite que la vie ne te réserve que des bons moments ! Merci pour cette amitié que les kilomètres n'auront pas !

A ceux que je vois moins souvent, mais qui sont tout aussi importants pour moi : Estelle Mathieu et votre Juliette, Anne-Laure Vincent et vos deux petits loulous.

A tous ceux de la danse : Jéjé, Bruno, Jacques et Jocelyne, Mylène et Kevin, Christine, Alex et Laura, Cyrielle, Nadège, Laetitia et Stanley, et tous les autres... Merci pour les bons moments du lundi et mercredi soir, toutes les danses partagées, et les after à l'oka !

A ceux de La Mailleraye Sur Seine : Isa, pour tes bons petits plats et ton côté « maman poule » tellement réconfortant. Anne-Marie, pour nos petites pauses café bien appréciables. Manu et Maïté, mes kinés préférés. Félicitations pour votre beau cabinet ! Merci pour les super pauses-dej !! Odile et Alexandra, sans oublier la jeune retraitée Michèle, merci pour votre amour du métier d'infirmière libérale, les patients ont une chance infinie de vous avoir ! Philippe, Nathalie et leurs garçons, merci !

A tous, un immense MERCI.

Printemps

Voici donc les longs jours, lumière, amour, délire !
Voici le printemps ! mars, avril au doux sourire,
Mai fleuri, juin brûlant, tous les beaux mois amis !
Les peupliers, au bord des fleuves endormis,
Se courbent mollement comme de grandes palmes ;
L'oiseau palpite au fond des bois tièdes et calmes ;
Il semble que tout rit, et que les arbres verts
Sont joyeux d'être ensemble et se disent des vers.
Le jour naît couronné d'une aube fraîche et tendre ;
Le soir est plein d'amour ; la nuit, on croit entendre,
A travers l'ombre immense et sous le ciel béni,
Quelque chose d'heureux chanter dans l'infini.

Victor Hugo, *Toute la lyre*

PREVALENCE ESTIMEE
DE LA DEPRESSION
SAISONNIERE

ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE
EN SOINS PRIMAIRES DANS
CINQ CABINETS DE SEINE
MARITIME

SOMMAIRE

Liste des abréviations	22
Index des figures et tableaux	23
INTRODUCTION	24
PREMIERE PARTIE – LE CONTEXTE	26
I Historique	26
II Définition – critères diagnostiques de la dépression saisonnière	27
III Pré-requis sur les classifications DSM 5 et CIM 10	30
A – Selon le DSM 5	30
1 – Trouble dépressif caractérisé	30
2 – Avec caractère saisonnier	31
B – Selon la CIM 10	33
1 – F 33 Trouble dépressif récurrent	33
2 – F 32 Episode dépressif	34
3 – Inclure sous F 33.0 et F 33.1 : Trouble dépressif saisonnier.....	35
IV La dépression en France en termes de prévalence, épidémiologie, recours aux soins et coût pour le système de soins.....	36
A – Prévalence de la dépression en France	36
B – Epidémiologie et facteurs de risque	37
C – Conséquences pour les patients au quotidien.....	39
D – Comorbidités associées.....	40
E – Connaissances de la population concernant la dépression.....	41
F – Recours aux soins et aux professionnels de santé	41
G – Consommations de soins et traitements.....	44
H – Coût/dépenses de santé	45
V Echelles d'évaluation psychométrique de dépression et de dépression saisonnière	47
A – Echelle de DEPISTAGE de Dépression de Beck : Beck Depression Inventory ou BDI.....	48
B – Echelle de DEPISTAGE de Dépression Saisonnière : le Seasonal Pattern Assessment Questionnaire ou SPAQ.....	52
C – Echelle de DEPISTAGE de la dépression saisonnière : le Seasonal Health Questionnaire ou SHQ.....	56
D – Echelle de DEPISTAGE de la dépression saisonnière : l'Inventory Seasonal Variation ou ISV.....	57

E – Echelle d’EVALUATION de la dépression saisonnière selon Hamilton : la Structured Interview Guide for the Hamilton depression rating scale, Seasonal Affective Disorders version ou SIGH-SAD.....	57
VI Epidémiologie connue à l’échelle mondiale	58
A – Prévalence.....	58
B – Prévalence de la dépression saisonnière parmi les dépressifs	60
C – Facteurs de risque de dépression saisonnière	61
1 – Etre une femme – sexe ratio.....	62
2 – L’âge	62
3 – Effet de la latitude	63
4 – Rôle des facteurs génétiques.....	64
5 – Comorbidités psychiatriques	65
6 – Niveau d’éducation.....	65
7 – Statut marital.....	65
8 – Mois de naissance.....	66
VII Prévalence connue en France	67
VIII Etiologie et mécanismes physiopathologiques.....	68
A – Le rôle de la mélanopsine : diminution de la sensibilité rétinienne à la lumière.....	68
B – Le rôle de la mélatonine	69
C – Le rôle des rythmes circadiens – hypothèse du retard de phase.....	71
D – Le rôle des neurotransmetteurs : la sérotonine, la dopamine, la noradrénaline	73
E – Le rôle des facteurs génétiques	73
IX Traitement curatif	74
A – Luminothérapie	74
1 – Efficacité	75
2 – Modalités pratiques.....	76
3 – Autres indications que la dépression saisonnière.....	78
B – Antidépresseurs de deuxième génération (IRS)	79
C – Simulateur d’aube	79
D – Psychothérapies : les thérapies cognitivo-comportementales.....	80
E – Autres traitements étudiés	81
X Traitement préventif	82
A – La luminothérapie	82
B – Bupropion LP	82

C – Autres traitements préventifs	83
XI Conséquences au quotidien pour les patients et évolution	85
DEUXIEME PARTIE – L’ETUDE	87
I Matériel et Méthodes	87
A – Matériel.....	87
1 – Type d’étude.....	87
2 – Critères d’inclusion	87
B – Méthodes	88
1 – Méthodologie du recueil	88
2 – Questionnaire	88
3 – Critère de jugement principal	89
4 – Critères de jugement secondaires	89
5 – Données recueillies.....	90
6 – Analyses statistiques.....	90
II Résultats	92
A – Données générales	92
1 – Nombre de patients inclus – Flow Chart.....	92
2 – Période d’inclusion	93
B – Gestion des données manquantes : imputation des items manquants à la moyenne des autres items.....	94
1 – Pour le SSG	94
2 – Pour le BDI-13.....	95
3 – Pour la souffrance ressentie	95
C – Caractéristiques de la population d’étude.....	96
1 – Le sexe	96
2 – L’âge	96
3 – La catégorie socioprofessionnelle (selon la classification de l’INSEE)	97
4 – Le statut marital	98
5 – Le nombre d’enfants.....	98
6 – La commune d’habitation.....	98
7 – Les antécédents psychologiques/psychiatriques, de dépression, et d’hospitalisations en psychiatrie.....	99
8 – La prise de traitements psychotropes.....	100
9 – L’évaluation du motif de consultation	102
D – Résultats selon le SSG issu du SPAQ.....	103

E – Résultats selon le BDI-13	104
F – Observations complémentaires	105
G – Tableau de contingence, odds ratio et risque relatif.....	106
H – Corrélacion entre le score de saisonnalité global et le BDI-13	108
I – Recherche d’un effet centre	109
J – Corrélacion des facteurs sociodémographiques et du SSG	111
III Discussion	113
A – Critiques générales	114
1 – Matériel de l’étude	114
2 – Méthode de l’étude	114
3 – Biais de l’étude	118
B – Critiques des résultats	120
1 – Données manquantes	121
2 – Caractéristiques de l’échantillon	121
3 – Estimation de la prévalence de dépression saisonnière par le SPAQ.....	123
4 – Estimation de la prévalence de dépression par le BDI-13.....	125
5 – Corrélacion des facteurs sociodémographiques au SSG	126
C – Critique du concept de dépression saisonnière	127
D – Forces et limites de ce travail.....	131
E – Utilisation en pratique courante de médecine générale	132
CONCLUSION	134
RESUME	135
ANNEXES.....	136
Annexe 1 : Beck Depression Inventory Short-Form : échelle de dépression de Beck à 13 items....	136
Annexe 2 : Seasonal Pattern Assessment Questionnaire (SPAQ) (38)	138
Annexe 3 : Seasonal Health Questionnaire (SHQ) (38)	139
Annexe 4 : Structured Interview Guide for the Hamilton depression scale – Seasonal Affective Disorder version (SIGH-SAD) (38)	142
Annexe 5 : Différents types d’appareils de luminothérapie (64)	146
Annexe 6 : Lettre d’information aux confrères.....	147
Annexe 7 : Questionnaire de la thèse.....	148
Annexe 8 : Taux de prévalence dans la littérature internationale	152
Annexe 9 : Taux de prévalence dans la littérature française	153
BIBLIOGRAPHIE.....	154

LISTE DES ABREVIATIONS

AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
APA	American Psychiatric Association
BDI	Beck Depression Inventory
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CIDI	Composite Internationale Diagnostic Interview
CIM-10	Classification Internationale des Maladies, 10 ^{ème} édition
CNAMTS	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5 ^{ème} édition
EDC	Episode Dépressif Caractérisé
HAS	Haute Autorité de Santé
IC 95 %	Intervalle de Confiance à 95 %
INPES	Institut National de Prévention et d'Education à la Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM	Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
IRS ou ISRS	Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine
ISV	Inventory Seasonal Variation
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
LED	Light-Emitting Diode
LP	Libération Prolongée
NIMH	National Institute of Mental Health
NSC	Noyaux Supra Chiasmiques
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OR	Odds Ratio
PHQ	Patient Health Questionnaire
SAD	Seasonal Affective Disorder
SHQ	Seasonal Health Questionnaire
SIGH-SAD	Structured Interview Guide for the Hamilton depression rating scale, Seasonal Affective Disorders version
SPAQ	Seasonal Pattern Assessment Questionnaire
SR	Souffrance Ressentie
SSG	Score de Saisonnalité Global
TAS	Trouble Affectif Saisonnier
TCC	Thérapies Cognitivo-Comportementales
UV	UltraViolet

INDEX DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1	Répartition des dépenses liées à la santé mentale en 2013
Figure 2	Neuro-anatomie simplifiée du système circadien
Figure 3	Sécrétions normales et décalées de la mélatonine
Figure 4	Courbes de réponse de phase de la sécrétion de la mélatonine selon l'exposition à la lumière
Figure 5	Flow Chart du nombre de patients
Figure 6	Répartition par cabinet des questionnaires analysés
Figure 7	Répartition des données manquantes selon l'item du SSG chez les patients pour lesquels on a imputé le SSG par la moyenne des autres items.
Figure 8	Répartition des données manquantes selon l'item du BDI-13 chez les patients pour lesquels on a imputé le BDI-13 par la moyenne des autres items.
Figure 9	Répartition de l'échantillon selon le sexe
Figure 10	Pyramide des âges
Figure 11	Répartition de l'échantillon selon la taille de la commune
Figure 12	Répartition des traitements à visée psychotrope
Figure 13	Histogramme du score de saisonnalité global
Figure 14	Diagramme en barres du score de souffrance ressentie
Figure 15	Histogramme du BDI
Figure 16	Nuage de points du BDI-13 selon le SSG
Tableau 1	Répartition des types de traitement chez les patients prenant un traitement à visée psychotrope
Tableau 2	Répartition des motifs de consultation
Tableau 3	Tableau de contingence (chiffres exprimés en pourcentages)
Tableau 4	Tableau de contingence (chiffres exprimés en nombre de patients)
Tableau 5	Recherche d'un effet centre pour la prévalence de dépression saisonnière
Tableau 6	Recherche d'un effet centre pour la prévalence de dépression d'intensité modérée
Tableau 7	Modèles linéaires généraux expliquant le SSG à partir d'une covariable (analyse bivariée) ou de toutes les covariables (analyse multivariée)
Tableau 8	Taux de prévalence dans la littérature internationale
Tableau 9	Taux de prévalence dans la littérature française

INTRODUCTION

La dépression est un problème majeur de santé publique. C'est une pathologie fréquente qui touche aujourd'hui plus de 3 millions de personnes de 15 à 75 ans en France (1). La dépression entraîne une détérioration de la qualité de vie des patients, et représente un coût considérable pour la société (nombreuses consultations, prescriptions médicamenteuses et arrêts de travail). Elle est souvent associée à d'autres comorbidités. La dépression est sous-diagnostiquée en soins primaires (2) (3).

La dépression saisonnière, ou trouble affectif saisonnier (TAS) est une entité nosographique de description récente. Rosenthal et al. en 1984 a donné une première définition du « seasonal affective disorder » ou « SAD » (4). Avant cela, les liens entre humeur et saisons avaient fait l'objet d'observations plus anciennes, remontant à l'Antiquité. Depuis les travaux de Rosenthal et son équipe du NIMH (National Institute of Mental Health), ce sujet a intéressé plusieurs équipes scientifiques et fait l'objet de nombreuses publications.

Il n'est pas rare, à l'arrivée de l'Automne, de voir ce sujet abordé dans les magazines de société et magazines féminins. Le grand public se sent visiblement concerné par ce problème de santé. Sans obligatoirement développer un syndrome dépressif, il semblerait qu'une part non négligeable de la population générale soit sujette aux variations saisonnières de l'humeur et du comportement.

La particularité du trouble affectif saisonnier à caractère hivernal tient à sa présentation clinique et surtout à son traitement de référence, non médicamenteux.

Les dépressifs saisonniers, en plus des symptômes classiques de dépression, présentent des symptômes dits atypiques : asthénie avec hypersomnie non réparatrice, hyperphagie avec appétence pour les hydrates de carbone, prise de poids... Ces symptômes, notamment l'asthénie, font souvent l'objet de consultations en période automno-hivernale.

Le traitement de référence du TAS est la luminothérapie (5), moyen thérapeutique représentant une alternative non médicamenteuse très intéressante, ayant peu d'effets indésirables.

Cette pathologie impacte la qualité de vie des patients et représente un coût pour le système de soins. Le TAS a une forte probabilité de récurrence et de persistance, et diagnostiquer la dépression saisonnière représente un enjeu important.

La dépression saisonnière est à priori assez fréquente, mais sous-diagnostiquée et donc sous-traitée.

De nombreuses études ont été réalisées pour évaluer la prévalence du TAS dans le monde, retrouvant une prévalence allant de 0.4 % à 10 % (6). Quelques-unes ont été réalisées en France. Il n'y a pas à notre connaissance en Seine Maritime.

L'objectif de ce travail est d'estimer la prévalence de la dépression saisonnière à caractère hivernal en soins primaires en Seine Maritime, et secondairement d'établir les caractéristiques sociodémographiques associées au trouble affectif saisonnier.

Pour mémoire, lorsque nous évoquerons la dépression saisonnière dans ce travail, il s'agira de la dépression saisonnière à caractère hivernal.

Notre intérêt pour ce sujet est venu au cours de stages en médecine générale et de remplacements par l'observation que certains motifs de consultation des patients variaient en fonction des saisons. En période automno-hivernale, nous avons noté une plainte plus importante de fatigue associée à un moins bon moral, ou à d'autres symptômes non spécifiques. La réponse à ce motif de consultation n'est pas aisée.

Nous nous sommes interrogés sur les étiologies possibles. L'une d'elles est représentée par la dépression saisonnière.

L'intérêt pour cette pathologie a été renforcé par son traitement assez singulier : la luminothérapie. Il représente un moyen non médicamenteux de répondre à une plainte assez fréquente avec un risque d'iatrogénie très réduit. L'évolution naturelle de la pathologie est favorable au cours de l'année puisque les symptômes s'amendent une fois les beaux jours et une photopériode plus longue revenus.

PREMIERE PARTIE – LE CONTEXTE

I HISTORIQUE

Hippocrate, en 400 avant notre ère, établissait déjà un lien entre les humeurs et les saisons (7). Après lui, Arétée de Cappadoce, au 2^{ème} siècle avant JC, recommandait aux « léthargiques » de se mettre le plus souvent possible au soleil : « *les léthargiques doivent être exposés aux rayons du soleil, car leur maladie est due aux ténèbres* » (8).

En 1825, Esquirol décrit le cas d'un marchand belge, présentant des fluctuations significatives de l'humeur liées aux saisons : euphorique en été, déprimé dès l'automne, et une rémission obtenue après trois hivers passés plus au Sud et au soleil (7).

En 1898, un navigateur, Frédéric Cook, fit traiter son équipage en faisant allumer un feu à ciel ouvert après avoir remarqué chez eux fatigue et déprime lors de tout un hiver passé en Antarctique (7).

En 1920, Kraepelin observe qu'environ 5 % des patients maniaco-dépressifs présentent une recrudescence d'épisodes dépressifs au cours de l'hiver, et d'épisodes maniaques au cours de l'été.

En 1984, Rosenthal et son équipe du NIHM (National Institute of Mental Health) (4) posèrent les bases de la dépression saisonnière telle qu'on la conçoit actuellement et montrèrent l'efficacité de la lumbinothérapie. Vingt-neuf patients dépressifs saisonniers, recrutés dans la presse, furent exposés à une lumière vive blanche qui permit une amélioration de leurs symptômes après 3 à 7 jours.

II DEFINITION – CRITERES DIAGNOSTIQUES DE LA DEPRESSION SAISONNIERE

Rosenthal et son équipe du NIHM (National Institute of Mental Health) en 1984 proposèrent les caractéristiques suivantes (4).

La dépression saisonnière est un syndrome caractérisé par des épisodes dépressifs récurrents, apparaissant chaque année au même moment de l'année, plus volontiers en Automne Hiver, et de résolution spontanée au Printemps ou à l'Eté suivants (4).

En plus des symptômes habituels de dépression :

- tristesse de l'humeur,
- activité physique diminuée, ralentissement psychomoteur,
- perte d'énergie,
- irritabilité,
- anxiété,
- difficultés à se concentrer, troubles de la mémoire, troubles de l'attention,
- diminution de l'estime de soi,
- perte d'intérêt,

s'y associent des symptômes dits végétatifs « atypiques » tels que :

- asthénie très intense, souvent en premier plan du tableau, avant l'humeur triste
- hyperphagie avec appétence pour les hydrates de carbone, aliments riches en glucides (sucreries, féculents),
- prise de poids, entre 2 et 5 kg, souvent reperdus dans les périodes de rémission,
- hypersomnie avec un sommeil non réparateur. Le temps de sommeil est souvent augmenté de 2 heures, avec un sommeil agité entrecoupé de réveils, et parfois des cauchemars, réveils difficiles,
- baisse de la libido (9).

Chez les femmes s'associe souvent un syndrome dysphorique prémenstruel (10).

On peut trouver d'autres symptômes non spécifiques : céphalées, lombalgies, constipation, crampes musculaires.

Tous ces symptômes entraînent des difficultés au travail et interpersonnelles (retrait social, conjugopathie).

L'intensité des épisodes dépressifs est en général légère à modérée, et moins sévère que les épisodes de dépression non saisonnière. Les idées suicidaires sont le plus souvent absentes, et l'hospitalisation rare (10).

Les symptômes répondraient à des changements de climat et de latitude : plus le climat est ensoleillé avec des latitudes se rapprochant de l'Equateur, plus les symptômes dépressifs s'amenuisent ou disparaissent. Cette donnée suggère que les symptômes dépressifs sont liés aux changements dans la durée de la photopériode et d'ensoleillement.

Ils proposent de retenir pour définition du « SAD » (seasonal affective disorder)

- Un trouble dépressif caractérisé
- Au moins deux années consécutives durant lesquelles un épisode dépressif apparaît en Automne ou en Hiver et s'amende au Printemps ou à l'Eté suivant (ou un modèle similaire lors de changements de latitude ou de climat), et pas d'épisode dépressif au Printemps ou en Eté
- Absence de tout autre trouble psychiatrique d'Axe I
- Absence de variables psychosociales saisonnières évidentes pouvant expliquer la variabilité saisonnière de l'humeur et du comportement (par exemple : stress au travail, chômage saisonnier)

La dépression saisonnière serait la forme la plus extrême d'un continuum de variations saisonnières normales de l'humeur et du comportement affectant la population générale (11). Dans une étude nord-américaine de 1989, une enquête téléphonique a montré que 92 % de la population rapportaient des changements de l'humeur avec les saisons (12).

Une forme atténuée du trouble a été mise en évidence. Il s'agit du sub-syndrome dépressif saisonnier « S-SAD » aussi appelé « blues hivernal ». Les sujets concernés ressentent des difficultés saisonnières en hiver, mais ne remplissent pas les critères de dépression tels que

définis par le DSM-5 et ne sont pas non plus en demande obligatoire de traitement. Ils ressentent de légères difficultés, et des changements dans les fonctions végétatives similaires à ceux retrouvés dans le syndrome dépressif saisonnier (12).

Une forme particulière de trouble affectif saisonnier est rapportée par de nombreux auteurs et nous n'en parlerons que très succinctement car ce n'est pas l'objet de notre travail. Il s'agit de la dépression saisonnière estivale. Les patients présentent les mêmes symptômes de dépression saisonnière, mais celle-ci apparaît en Mai et finit en Septembre. Les différences tiennent aussi aux symptômes dits végétatifs qui sont différents. Dans la forme estivale, les patients présentent une agitation psychomotrice, des troubles de sommeil à type d'insomnie, un appétit diminué voire une anorexie, et une perte de poids (12). Cette forme serait moins fréquente que la forme hivernale. Elle ne serait cependant pas rare dans les climats tropicaux, et chez les patients présentant des troubles affectifs sévères (13).

La dépression saisonnière existe aussi chez les adolescents et les personnes âgées. Chez ces dernières, les variations saisonnières de l'humeur seraient plus modérées qu'à un âge plus jeune (13).

Les diagnostics différentiels sont (14) (15) :

- Dépression sévère sans caractère saisonnier
- Trouble bipolaire avec ou sans caractère saisonnier
- Récurrence saisonnière de stress psychosociaux (deuils, chômage en période hivernale...)
- Syndrome prémenstruel
- Syndrome de fatigue chronique
- Hypothyroïdie
- Addiction aux drogues ou à l'alcool

III PRE-REQUIS SUR LES CLASSIFICATIONS DSM 5 ET CIM 10

A – Selon le DSM 5 (16)

1 – Trouble dépressif caractérisé

Critères diagnostiques du trouble dépressif caractérisé

Selon le DSM 5 (5^{ème} révision du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), rédigé par l'APA (Association Américaine de Psychiatrie)

- A. Au moins 5 des symptômes suivants sont présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir.
1. Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours, signalée par la personne (p. ex. se sent triste, vide, sans espoir) ou observée par les autres (p. ex. pleure)
 2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quasiment toute la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres)
 3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex. modification du poids corporel excédant 5 % en un mois) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours
 4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours
 5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement)
 6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours
 7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se reprocher ou se sentir coupable d'être malade)
 8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres)
 9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider
- B. Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale

NB : les critères A à C définissent un épisode dépressif caractérisé

Pour constituer un trouble dépressif majeur, les critères D et E doivent s'y ajouter :

- D. La survenue de l'épisode dépressif caractérisé n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, ou d'autres troubles psychotiques.
- E. Il n'y a jamais eu auparavant d'épisode maniaque ou hypomaniaque

Les caractéristiques suivantes définissent les différents types de trouble dépressif caractérisé : épisode isolé ou récurrent, sévérité actuelle (épisode léger, moyen, grave), présence de caractéristiques psychotiques, rémission (partielle ou complète). D'autres spécifications sont possibles et notamment « Avec caractère saisonnier ».

Pour qu'un épisode soit considéré comme récurrent, il doit y avoir un intervalle d'au moins 2 mois consécutifs entre des épisodes distincts, au cours duquel les critères d'un épisode dépressif caractérisé ne sont pas remplis. Pour qu'il soit considéré comme chronique, l'épisode dépressif caractérisé doit durer au moins deux ans.

2 – Avec caractère saisonnier

Cette spécification s'applique à un trouble dépressif caractérisé récurrent.

- A. Il existe une relation temporelle entre la survenue des épisodes dépressifs caractérisés d'un trouble dépressif caractérisé et une période particulière de l'année (p. ex. l'automne ou l'hiver)
- B. Les rémissions complètes (ou la transformation d'une dépression en une manie ou une hypomanie) surviennent aussi au cours d'une période particulière de l'année (p. ex. disparition de la dépression au printemps)
- C. Au cours des deux dernières années, la survenue de deux épisodes dépressifs caractérisés a confirmé la présence d'une relation temporelle saisonnière selon la définition ci-dessus et aucun épisode non saisonnier de la polarité en cause n'est survenu au cours de cette période de deux ans.
- D. Au cours de la vie entière du sujet, les épisodes dépressifs caractérisés à caractère saisonnier (comme décrits ci-dessus) sont nettement plus nombreux que les épisodes dépressifs caractérisés à caractère non saisonnier.

Cette spécification ne s'applique pas si les modalités évolutives sont mieux expliquées par un stress psychosocial saisonnier (p. ex. chômage saisonnier, période scolaire).

Spécifier si :

- En rémission partielle : certains des symptômes du dernier épisode dépressif caractérisé sont présents mais les critères complets ne sont pas remplis, ou il existe une période d'une durée inférieure à deux mois sans aucun symptôme significatif d'un épisode dépressif caractérisé persistant après la fin de l'épisode.
- En rémission complète : il n'existe aucun signe ou symptôme significatif de l'affection depuis 2 mois.

Spécifier la sévérité actuelle :

L'évaluation de la sévérité repose sur le nombre de critères, la sévérité des symptômes et le degré de l'altération du fonctionnement.

- Léger : peu, ou pas de symptômes supplémentaires par rapport au nombre nécessaire pour répondre au diagnostic ; la gravité des symptômes est à l'origine d'un sentiment de détresse mais qui reste gérable, et les symptômes sont à l'origine d'une altération mineure du fonctionnement social ou professionnel
- Moyen : le nombre et la gravité des symptômes et/ou de l'altération du fonctionnement sont compris entre « léger » et « grave »
- Grave : le nombre de symptômes est en excès par rapport au nombre nécessaire pour faire le diagnostic ; la gravité des symptômes est à l'origine d'une souffrance importante et ingérable et les symptômes perturbent nettement le fonctionnement social ou professionnel

La mention « avec caractère saisonnier » figure dans le DSM 5 au niveau des troubles dépressifs caractérisés non spécifiés, et des troubles bipolaires ou apparentés non spécifiés, à la spécification « avec caractère saisonnier ». Cette spécification peut s'appliquer aux modalités évolutives des épisodes dépressifs caractérisés du trouble bipolaire de type I, du trouble bipolaire de type II ou du trouble dépressif caractérisé récurrent.

Pour mémoire, le trouble bipolaire de type I est défini par la survenue obligatoire d'un épisode maniaque, pouvant précéder ou succéder à des épisodes hypomaniaques ou dépressifs caractérisés. Le trouble bipolaire de type II associe un épisode hypomaniaque actuel ou passé et un épisode dépressif caractérisé actuel ou passé.

On ne sait pas si le caractère saisonnier est plus fréquent en cas de trouble dépressif caractérisé récurrent ou de trouble bipolaire. Dans l'ensemble des troubles bipolaires, le caractère saisonnier semble plus fréquent dans le trouble bipolaire de type II que dans le trouble bipolaire de type I. Chez certains sujets, le début des épisodes maniaques ou hypomaniaques peut aussi être lié à une saison particulière.

B – Selon la CIM 10 (17)

Troubles de l'humeur (affectifs) (F30-F39)

F 33 trouble dépressif récurrent

F 33.0 épisode actuel léger ; .00 sans ou .01 avec syndrome somatique

F 33.1 épisode actuel moyen ; .10 sans ou .11 avec syndrome somatique

Inclure sous F 33.0 et F 33.1 : Trouble dépressif saisonnier

1 – F 33 Trouble dépressif récurrent

Critères diagnostiques du trouble dépressif récurrent

Selon la CIM – 10 (Classification Internationale des Maladies, 10^{ème} édition), rédigée par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) :

A. Présence, dans le passé, d'au moins un épisode dépressif, léger (F32.0), moyen (F32.1) ou sévère (F32.2 ou F32.3), ayant persisté au moins deux semaines, et séparé de l'épisode actuel par une période d'au moins deux mois sans perturbation significative de l'humeur.

B. Le patient n'a jamais présenté un épisode répondant aux critères d'un épisode maniaque ou hypomaniaque (F30.-).

C. *Critères d'exclusion les plus couramment utilisés.* L'épisode n'est pas imputable à l'utilisation d'une substance psycho-active (F10-F19) ou à un trouble mental organique, selon la définition donnée en F00-F19.

Il est recommandé de spécifier le type prédominant des épisodes antérieurs (léger, moyen, sévère, indéterminé).

- F33.0 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger
 - A. Répond aux critères généraux d'un trouble dépressif récurrent (F33).
 - B. L'épisode actuel répond aux critères d'un épisode dépressif léger (F32.0).F33.00 sans syndrome somatique F33.01 avec syndrome somatique
- F33.1 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen
 - A. Répond aux critères généraux d'un trouble dépressif récurrent (F33).
 - B. L'épisode actuel répond aux critères d'un épisode dépressif moyen (F32.1).F33.10 sans syndrome somatique F33.11 avec syndrome somatique

- Syndrome somatique

On considère habituellement que certains symptômes dépressifs – appelés ici « somatiques » -- ont une signification clinique particulière.

Le diagnostic de syndrome somatique repose sur la présence d'au moins *quatre* des symptômes suivants :

1. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour des activités habituellement agréables ;
2. Manque de réactivité émotionnelle à des événements ou activités déclenchant normalement une réaction ;
3. Réveil matinal précoce (au moins deux heures avant l'heure habituelle du réveil) ;
4. Dépression plus marquée le matin ;
5. Eléments objectifs en faveur d'un ralentissement psychomoteur marqué ou d'une agitation psychomotrice marquée (remarqués ou signalés par d'autres personnes) ;
6. Perte marquée d'appétit ;
7. Perte de poids (au moins 5 % du poids corporel au cours du dernier mois) ;
8. Diminution marquée de la libido.

2 – F 32 Episode dépressif

- A. L'épisode dépressif doit persister au moins deux semaines.
- B. Absence de symptômes hypomaniaques ou maniaques répondant aux critères d'un épisode maniaque ou hypomaniaque (F30.-) à un moment quelconque de la vie du sujet.
- C. *Critères d'exclusion les plus couramment utilisés.* L'épisode n'est pas imputable à l'utilisation d'une substance psycho-active (F10-F19) ou à un trouble mental organique, selon la définition donnée en F00-F19.

- F 32.0 Episode dépressif léger (F32.00 sans ou F32.01 avec syndrome somatique)
 - A. Répond aux critères généraux d'un épisode dépressif (F32)
 - B. Présence d'au moins deux des trois symptômes suivants :
 1. Humeur dépressive à un degré nettement anormal pour le sujet, présente pratiquement toute la journée ou presque tous les jours dans une large mesure non influencée par les circonstances, et persistant pendant au moins deux semaines ;
 2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour des activités habituellement agréables ;
 3. Réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité.
 - C. Présence d'au moins un des symptômes suivants, pour atteindre un total d'au moins *quatre* symptômes :
 1. Perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi ;
 2. Sentiments injustifiés de culpabilité ou culpabilité excessive et inappropriée ;
 3. Pensées récurrentes de mort ou idées suicidaires récurrentes, ou comportement suicidaire de n'importe quel type ;
 4. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer (signalée par le sujet ou observée par les autres), se manifestant, par exemple, par une indécision ou des hésitations ;
 5. Modification de l'activité psychomotrice, caractérisée par une agitation ou un ralentissement (signalés ou observés) ;
 6. Perturbation du sommeil de n'importe quel type ;
 7. Modification de l'appétit (diminution ou augmentation) avec variation pondérale correspondante.

- F 32.1 Episode dépressif moyen (F32.10 sans ou F32.11 avec syndrome somatique)
 - A. Répond aux critères généraux d'un épisode dépressif (F32)
 - B. Présence d'au moins deux des trois symptômes du critère B de F32.0.
 - C. Présence de plusieurs symptômes du critère C de F32.0, pour atteindre un total d'au moins *six* symptômes.

3 – Inclure sous F 33.0 et F 33.1 : Trouble dépressif saisonnier

Pour être défini comme trouble dépressif saisonnier selon la classification de la CIM-10, le trouble dépressif doit avoir les caractéristiques suivantes (10) :

- Trois épisodes dépressifs ou plus pendant trois ans consécutifs ou plus
- Début et fin dans une période de 90 jours de l'année, et rémission de 90 jours
- Episodes saisonniers significativement plus fréquents que les épisodes non saisonniers

IV LA DÉPRESSION EN FRANCE EN TERMES DE PRÉVALENCE, ÉPIDÉMIOLOGIE, RECOURS AUX SOINS ET COUT POUR LE SYSTÈME DE SOINS

Le trouble affectif saisonnier s'inscrit plus largement dans les troubles dépressifs. C'est pourquoi nous allons développer dans ce chapitre des données sur la dépression, notamment la prévalence, l'épidémiologie, et le recours aux soins.

Les conséquences de la dépression sont telles que l'OMS considère qu'en 2020, elle sera la deuxième cause d'années de vie corrigées de l'invalidité dans le monde après les maladies cardiovasculaires ischémiques, pour les deux sexes, et de ce fait entraînera les plus gros coûts de santé. Le trouble dépressif caractérisé sera la première cause d'incapacité en 2030 (18).

La dépression est associée à de nombreuses comorbidités somatiques et psychiatriques.

Elle présente des conséquences immédiates sur l'environnement familial et professionnel (19).

A – Prévalence de la dépression en France

La dépression est une pathologie très fréquente et un important problème de santé publique. Elle toucherait aujourd'hui plus de 3 millions de personnes de 15 à 75 ans en France chaque année, dont près de 1,5 millions de personnes présenteraient des épisodes d'intensité sévère. Près de 8 millions de Français ont vécu ou vivront une dépression au cours de leur vie (1).

La prévalence de la dépression est estimée entre 5 % et 12 % selon les sources et les outils de mesure utilisés (18).

L'enquête Anadep (1), lancée par l'INPES en 2005, conçue dans le cadre du Plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008, avait pour but d'établir une estimation du nombre de personnes affectées par cette maladie, de repérer des facteurs associés, et d'identifier la perception du grand public face à la dépression, permettant de proposer des actions de prévention adaptées.

Dans cette enquête, 18 % des personnes interrogées ont déclaré avoir présenté un épisode dépressif caractérisé (EDC) au cours de leur vie. Pour la moitié d'entre elles il s'agissait d'épisodes sévères ; 59 % ne souffraient que d'un seul épisode au cours de leur vie (1).

Dans le baromètre Santé 2005 concernant la dépression, 7,8 % des personnes ont présenté un EDC durant l'année précédant l'entretien (19).

Les troubles dépressifs ont tendance à être récurrents : près d'une personne sur deux qui présente un épisode dépressif en a déjà présenté au moins un auparavant, tandis qu'environ une sur trois seulement en souffre pour la première fois. Près de deux épisodes sur trois sont récurrents ou chroniques (19).

En 2010, 2,8 % des personnes âgées de 15 à 75 ans ont subi dans les douze derniers mois un EDC sévère, 4,3 % un EDC d'intensité moyenne et 0,7 % un EDC léger (2).

La proportion de personnes souffrant de symptômes dépressifs (sans EDC) sur une année s'élève à 18,8 % (19).

L'étude Ecogen, première étude de grande ampleur réalisée en France, a décrit l'ensemble de la pratique du médecin généraliste français, analysant les motifs de consultation, les procédures engagées et les résultats de consultation. Les consultations liées à la dépression ont été incluses et analysées au cours d'un travail de thèse. Sur 20 781 consultations, 1 271 concernaient la dépression, soit une prévalence sur les 5 mois de l'étude évaluée à 6,17 %. Le taux d'incidence sur 5 mois était de 8.5 cas sur 1 000 personnes. L'incidence ramenée sur 12 mois était donc de 20.5 cas pour 1 000 personnes-années (20).

B – Epidémiologie et facteurs de risque

La dépression touche tous les âges et les deux sexes.

Cependant, certaines personnes sont plus à risque de dépression, notamment les femmes.

Les femmes sont globalement deux fois plus nombreuses que les hommes à avoir souffert d'un EDC dans l'année qui a précédé l'entretien (10,4 % contre 5,2 % ; $p < 0,001$). Le fait d'être

une femme présente l'impact le plus important sur la probabilité de dépression (OR = 1,4 ; $p < 0,001$). Elles souffrent davantage de troubles récurrents (19).

Une femme sur cinq connaîtra un épisode dépressif au cours de sa vie, et seulement un homme sur dix en sera atteint (1).

L'âge moyen de survenue du premier épisode se situe autour de 30 ans, et pour plus d'une majorité, entre 19 et 38 ans. La fréquence de ces épisodes semble augmenter avec le temps jusqu'à 65 ans, âge à partir duquel la tendance s'inverse (1).

La prévalence est de 6,4 % chez les 15-19 ans, 10,1 % chez les 20-34 ans, 9,0 % chez les 35-54 ans et 4,4 % entre 55 et 85 ans (19).

Parmi les hommes, la prévalence de l'EDC est maximale parmi ceux âgés de 45 à 54 ans (10,3 %) (2).

Être « célibataire » (incluant célibataires, veuf(ve)s, divorcé(es) ou séparé(es)) augmente le risque de dépression par rapport au fait de vivre en couple (concubinage, personnes pacsées, mariées ou remariées) (OR = 1,3 ; $p < 0,001$) (19).

Chômage et dépression sont significativement associés (OR = 1,2 ; $p < 0,001$) en comparaison des situations où les individus exercent un emploi ou poursuivent des études.

En revanche, le type de catégorie socioprofessionnelle, le diplôme, et le revenu du foyer n'ont pas d'effets significatifs sur le fait de connaître un EDC (19).

Avoir été victime de violences au cours des douze derniers mois est un déterminant important de la dépression (OR = 3,0 pour les femmes et 2,1 pour les hommes), de même qu'avoir été victime de violences sexuelles au cours de la vie (OR = 2,1 pour les femmes et 2,3 pour les hommes) (2).

Avoir vécu une interruption volontaire de grossesse (IVG) augmente le risque de dépression aussi bien chez les femmes ayant connu une IVG que chez les hommes dont la partenaire a connu une IVG (OR = 1,4 ; $p < 0,001$) (19).

Ce n'est pas le divorce en soi mais les mésententes entre les parents qui augmentent le risque de dépression.

Le fait d'avoir eu souvent des problèmes d'argent dans la famille depuis la naissance augmente ce risque (OR = 1,4 ; $p < 0,001$) (19).

La consommation quotidienne de tabac est associée à la survenue d'un EDC, mais pas la consommation d'alcool (2).

Avant 25 ans, le fait d'être une femme et d'avoir une situation professionnelle précaire (chômage et alternance travail/chômage) sont les deux principales variables associées à la survenue d'un EDC (1).

Entre 25 et 54 ans, outre le fait d'être une femme, les principaux facteurs associés à l'EDC sont : le statut matrimonial (célibat et divorce), le fait d'avoir plusieurs enfants (plus de cinq enfants) et une situation professionnelle instable (chômage et congés de longue durée) (1).

Au-delà de 55 ans, pour les hommes, le fait de vivre seul apparaît comme le principal facteur associé à la dépression alors que le fait d'avoir des enfants semble être un facteur protecteur. Chez les femmes de la même classe d'âge, en plus du divorce et du veuvage, c'est le fait d'avoir beaucoup d'enfants et un bas revenu mensuel qui sont associés à la survenue d'une EDC au cours des douze derniers mois (1).

C – Conséquences pour les patients au quotidien

Parmi les personnes qui ont affirmé lors de l'enquête Anadep avoir souffert d'un EDC au cours des douze derniers mois, 91 % ont signalé ressentir une fatigue inexplicée, 87 % des difficultés de concentration, et 77 % des troubles du sommeil. Enfin, près de la moitié (47 %) a indiqué que cet épisode perturbait beaucoup leurs activités (1).

Selon l'étude Ecogen, la fatigue/faiblesse générale était le motif le plus fréquent parmi les motifs « généraux », réalisant 3.8 % des motifs de consultation pour dépression (20).

Concernant les conséquences au travail d'un épisode dépressif récent, l'enquête Anadep montre que les épisodes dépressifs entraînent une gêne au travail pour 53,8 % des hommes et pour 49,1 % des femmes (18).

Une personne sur trois souffrant de dépression est en arrêt de travail. Lorsque l'intensité de l'épisode est sévère, elles sont près de 50 % à interrompre leur activité (19).

La durée moyenne d'arrêt de travail pour les personnes souffrant d'un EDC est de 81 jours (19).

Concernant les arrêts de travail, 9.3 % des arrêts de travail prescrits à l'ensemble de la population de l'étude Ecogen, étaient imputables à la dépression. Un arrêt de travail était significativement plus fréquemment prescrit en cas de dépression (11 %) que dans le reste de la population (7 %) (20).

La France est l'un des pays européens avec le plus fort taux de mortalité par suicide. Chaque année, plus de 10 400 personnes décèdent par suicide, soit environ 16 personnes pour 100 000. Presque un décès sur cinquante est un suicide en France. Les états dépressifs sont associés à un risque suicidaire élevé. La dépression est présente dans 29 % à 88 % des suicides selon l'INSERM.

Les patients souffrant de trouble dépressif récurrent sont des individus à haut risque de conduites suicidaires (multiplié par 20-30). Quinze pour cent des patients ayant présenté un épisode dépressif caractérisé au cours de leur vie mourront par suicide. Plus de 60 % des sujets suicidés présentaient une dépression (18).

D – Comorbidités associées

Les personnes souffrant de maladies chroniques présentent une prévalence d'EDC significativement plus élevée que celles qui n'en souffrent pas : 11,1 % contre 6,9 % environ ($p < 0,001$; OR brut = 1,7) (19).

La prévalence des personnes souffrant de dépression est de 19,1 % parmi les personnes qui ont une infection sexuellement transmissible, alors qu'elle est de 7,7 % pour les personnes qui

n'en sont pas atteintes (OR brut = 2,9 ; $p < 0,001$). Dans le cas du cancer, la prévalence des personnes souffrant d'un EDC est de 16,6 % contre 7,8 % pour les personnes non atteintes (OR brut = 2,4 ; $p < 0,001$). Les pathologies articulaires et rhumatismales, les maladies cardio-vasculaires, le diabète et l'asthme sont également associées à une prévalence plus élevée de personnes souffrant d'un EDC (19) (3).

Dans l'étude Ecogen, les résultats de consultations associés à la dépression étaient les pathologies cardiovasculaires (18.2 %), les pathologies métaboliques, nutritionnelles, endocriniennes (15.8 %), les pathologies générales (14.1 %), les pathologies ostéo-articulaires (13 %) (20).

E – Connaissances de la population concernant la dépression

Concernant les connaissances de la population sur la dépression, la moitié des personnes (53,6 % de la population générale et 46,9 % des personnes souffrant de dépression) déclare ne pas connaître la différence entre un psychologue et un psychiatre. Ce qui pourrait expliquer que 32 % des personnes ayant présenté un épisode sévère de dépression ont déclaré n'avoir jamais eu recours à un professionnel de santé et 24 % des interviewés jugent qu'il est risqué de se confier à leur médecin généraliste (1).

L'INPES a mis en place dès 2007 un dispositif d'information sur la dépression visant à améliorer les connaissances (création du site www.info-depression.fr et d'un guide d'information), l'orientation et l'accompagnement des personnes en souffrance psychique ainsi que de leur entourage. Le guide « La dépression chez l'adulte, en savoir plus pour en sortir » a été diffusé à 375 000 exemplaires.

F – Recours aux soins et aux professionnels de santé

Un peu moins des deux tiers des patients ayant présenté un EDC ont déclaré avoir utilisé les services d'un organisme ou consulté un professionnel pour des problèmes psychologiques, un usage de drogue ou d'alcool, à avoir pris des médicaments pour les nerfs ou à avoir consulté un « psy » (psychologue, psychiatre, psychothérapeute ou psychanalyste) au cours de

l'année (19). Selon le Baromètre santé 2010, 39 % des patients ayant présenté un EDC n'ont eu aucun recours aux soins. La part des personnes présentant un épisode dépressif qui ne déclarent aucun recours aux soins et qui n'ont pas non plus utilisé de médicaments psychotropes pour ces problèmes est de 32 %. On observe une baisse très nette de la part de non-recours depuis 2005, où il était de 63 %, ainsi qu'une baisse du recours aux médicaments psychotropes seuls, ce qui est un signe encourageant pour la qualité de la prise en charge de la dépression en France (2).

Le recours aux soins est largement influencé par la sévérité de l'épisode (32,4 % pour un épisode léger contre 72,2 % pour un épisode sévère) et la chronicité du trouble (56,8 % pour un premier épisode contre 74,8 % en cas de trouble dépressif chronique).

Les femmes souffrant de dépression ont significativement plus recours aux soins que les hommes (64 % des femmes contre 53,3 % des hommes parmi les individus ayant eu un EDC au cours de l'année ; $p < 0,001$). Les hommes, les jeunes de 15 à 25 ans, les personnes de plus de 65 ans, et les ouvriers ont tendance à avoir moins recours aux soins (19).

Parmi les personnes ayant eu un EDC au cours des douze derniers mois, une faible minorité déclare avoir eu recours à un service de santé pour des problèmes psychologiques durant cette même période (11,7 %). Les organismes les plus utilisés sont les centres médico-psychologiques et les centres ou hôpitaux de jour, puisqu'ils représentent un peu plus de la moitié des organismes consultés. L'hospitalisation et le recours aux urgences ou à un centre de crise sont peu fréquents (environ 2 %) et concernent essentiellement les personnes souffrant de troubles dépressifs sévères (environ 7 % en cas de trouble dépressif chronique et environ 4 % en cas d'épisode sévère) (19).

Parmi les personnes ayant eu un épisode dépressif dans l'année, 36,5 % déclarent avoir consulté un « professionnel » pour des problèmes psychologiques au cours des douze derniers mois (19).

Le médecin généraliste est le principal professionnel impliqué : les personnes atteintes de dépression ont plus recours aux médecins généralistes (21 %), devant les psychiatres (13 %)

et les psychologues libéraux (7 %). La majorité des médecins de ville (67 %) sont confrontés chaque semaine à des patients présentant un état dépressif (18).

Selon l'enquête Anadep, les professionnels auxquels les personnes ont le plus souvent recours sont les médecins généralistes (54,6 %), les psychiatres (30,6 %) et les psychologues (18,4 %). Le médecin généraliste est présent dans 67 % des parcours de soins, dont la moitié où il est consulté exclusivement. Les psychiatres et les psychologues sont les deux autres catégories de professionnels fortement associées (respectivement 32 % et 25 %) et le plus fréquemment en association avec un recours au médecin généraliste (1).

Dans l'étude Ecogen, les recours à un psychiatre ou un psychologue concernaient respectivement 1,45 % et 0,44 % des procédures. Ce faible taux témoigne certainement de l'accès aux soins difficile et de la pénurie des psychiatres en secteur libéral, ainsi que de l'absence de remboursement des actes de psychothérapie (20).

Cette étude révélait que la durée moyenne d'une consultation pour dépression était significativement plus longue (21 minutes versus 18 minutes pour les autres motifs de consultation), nécessitant ainsi 18.4 % de temps supplémentaire (20).

La gravité de la dépression semble avoir de l'impact sur le recours aux spécialistes de la santé mentale. Le recours à un psychiatre seulement est croissant en fonction de la chronicité et la sévérité du trouble. A l'inverse, le recours à un psychologue est plus faible pour les EDC sévères (que pour les EDC légers) et pour les troubles chroniques (que pour les épisodes uniques ou récurrents) (19).

Une étude américaine rapportait qu'environ un tiers des patients souffrant de dépression ne recherchait pas de traitement, et que seulement 5 à 27 % des dépressifs recevaient les bonnes doses de traitements antidépresseurs pendant la durée adéquate (3). Chez des dépressifs dont le trouble évoluait depuis un an, seulement 20 % avaient cherché l'aide d'un professionnel durant l'année écoulée. Le recours au système de santé augmentait avec la sévérité des symptômes.

Plusieurs explications sont présentées par les auteurs au sous-diagnostic et donc à l'insuffisance de traitement de la dépression.

Ils avançaient que la formation des professionnels de santé serait insuffisante, aussi bien pour le diagnostic que la gestion de la pathologie. De plus, les consultations en soins primaires pour ces patients nécessiteraient plus de temps, qui fait souvent défaut.

Les patients ne reconnaîtraient pas obligatoirement leur état dépressif, soit du fait des symptômes de dépression, soit par la stigmatisation de la dépression ne les poussant pas à être reconnus en tant que dépressifs et donc traités. Très souvent les patients seraient peu compliants au traitement : 50 % des patients mis sous antidépresseurs arrêteraient leur traitement après seulement 3 semaines.

Une autre explication au sous-diagnostic de la dépression pourrait être la présentation clinique des patients. De nombreux patients consulteraient pour des symptômes somatiques qui pourraient être la traduction physique d'un authentique syndrome dépressif (21). Environ deux tiers des patients sujets à la dépression et consultant en soins primaires auraient pour plainte principale des symptômes somatiques, tels que manque d'énergie, fatigue, douleurs diffuses (céphalées, douleurs rachidiennes, troubles musculosquelettiques, troubles gastro-intestinaux), troubles du sommeil, modifications de l'appétit, de la libido, symptômes non douloureux tels que palpitations ou dyspnée. Ces symptômes sont réels et ne doivent pas être confondus avec les troubles somatoformes (conversion, somatisation, hypochondrie). Ces patients seraient plus difficiles à soigner que ceux se présentant d'emblée avec une plainte psychologique. Les dépressifs avec symptômes physiques au premier plan auraient un taux de recours aux soins primaires 20 % supérieur à celui des dépressifs sans plainte physique.

G – Consommations de soins et traitements

L'épisode dépressif majeur est associé à la consommation de médicaments psychotropes, au soutien psychologique et à la psychothérapie. Selon les recommandations, cette dernière devrait représenter le traitement de base, particulièrement pour les dépressions peu sévères. Elle semble moins fréquemment proposée que les médicaments psychotropes par les médecins généralistes (1).

En 2011 l'Assurance maladie a actualisé l'analyse menée en 2007, comparant la consommation et les dépenses de médicaments en Europe dans 7 pays européens (France, Allemagne, Italie, Pays-Bas, Espagne, Suisse, Royaume-Uni), sur la période 2006-2009.

Si la France continuait d'occuper, ex-æquo avec l'Espagne, le second rang européen en termes de volumes consommés, l'écart avec les autres pays européens se réduisait de manière significative. La France se caractérisait par la plus faible évolution en volume des 7 pays européens observés, avec une croissance annuelle moyenne de + 0,5 % seulement entre 2006 et 2009.

Pour les antidépresseurs, la France était le seul pays européen étudié à connaître une régression des volumes consommés : - 1 % par an en moyenne entre 2006 et 2009. Les 6 autres pays enregistraient, quant à eux, une croissance sensiblement plus élevée : + 6,3 % en Espagne, + 5,2 % en Allemagne, + 3,4 % aux Pays Bas et + 2,2 % en Suisse. Pour cette classe, la France passait du 1er au 3e rang des pays étudiés pour les volumes consommés par habitant (18).

H – Coût/dépenses de santé

En 2013, selon la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), les maladies psychiatriques représentaient 1 764 400 bénéficiaires du régime général et les traitements psychotropes (hors pathologies) 5 464 900 bénéficiaires (sur 56 millions) soit 13 % du poids total des pathologies, traitements et événements de santé (22).

En 2014, on dénombrait :

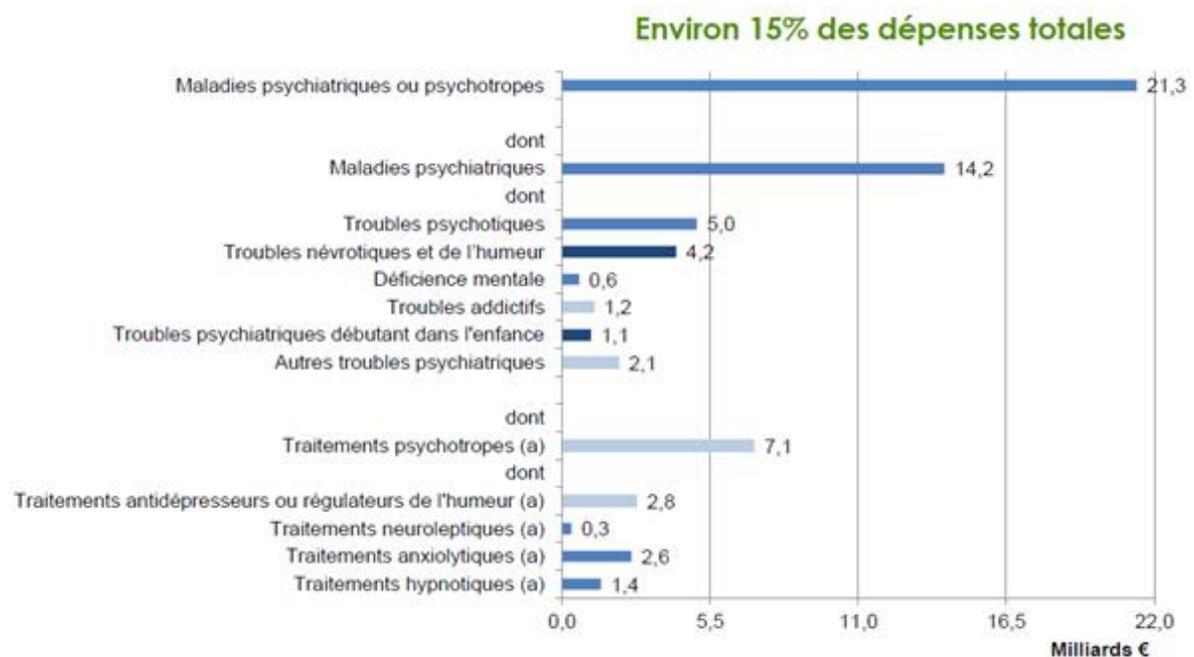
- 917 400 personnes prises en charge pour troubles névrotiques et de l'humeur (66 % de femmes). Les âges moyen et médian étaient de 54 ans. La part des personnes âgées de plus de 75 ans était de 15 % (79 % de femmes). Pour la Normandie, cela concernait 45 900 personnes (23).
- 2 761 800 personnes traitées par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur (hors pathologies) (71 % de femmes). Les âges moyen et médian étaient respectivement de 60 ans et 59 ans. La part des personnes âgées de plus de 75 ans était de 24 % (76 % de femmes). Pour la Normandie, cela concernait 162 100 personnes (24).

- 3 072 500 personnes traitées par anxiolytiques (hors pathologies) (68 % de femmes). Les âges moyen et médian étaient de 63 ans. La part des personnes âgées de plus de 75 ans était de 28 % (75 % de femmes). Pour la Normandie, cela concernait 183 600 personnes (24).

L'évolution entre 2011 et 2013 du poids de ces pathologies a été de + 2.7 % pour les maladies psychiatriques, et de – 2.3 % pour les traitements psychotropes, soit une évolution globale de – 1.1 % (22).

En termes de dépenses, en 2013, les maladies psychiatriques et traitements psychotropes représentaient 21.3 milliards d'euros sur 147 soit 15 % des dépenses de l'assurance maladie concernant les pathologies, traitements et hospitalisations ponctuelles. Ces dépenses étaient réparties comme indiquées dans la figure 1.

DEPENSES 2013 LIEES A LA SANTE MENTALE



(a) hors pathologies

Champ : tous régimes (extrapolés) - France entière
Source : Cnamts (cartographie 2013)

Figure 1 : Répartition des dépenses liées à la santé mentale en 2013 (22)

Les troubles névrotiques et de l'humeur représentaient à eux seuls 4.2 milliards d'euros, et les traitements antidépresseurs ou thymorégulateurs 2.8 milliards d'euros.

Quant à la répartition des dépenses, environ 45 % des dépenses liées à la santé mentale concernaient les hospitalisations remboursées, 32 % concernaient les soins de ville remboursés, et 23 % les prestations en espèces remboursées (22).

Sur les 155 milliards d'euros de dépenses tous régimes confondus en 2014 (23) (24) :

- Les troubles névrotiques et de l'humeur représentaient 5 084 millions d'euros (3,3 %) : 1 024 millions d'euros pour les soins de ville, 2 755 millions d'euros pour les dépenses hospitalières, 1 305 millions d'euros pour les prestations en espèces (indemnités journalières maladie, AT/MP, maternité et invalidité).

La dépense annuelle moyenne remboursée était estimée à 4 770 euros par personne (Régime Général + Sections Locales Mutualistes).

- Les traitements antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur (hors pathologies) représentaient 2 941 millions d'euros (1,9 %) : 1 382 millions d'euros pour les soins de ville, 334 millions d'euros pour les dépenses hospitalières, 1 224 millions d'euros pour les prestations en espèces.

La dépense annuelle moyenne remboursée était estimée à 920 euros par personne.

- Les traitements anxiolytiques (hors pathologies) représentaient 669 millions d'euros (1,7 %) : 1 504 millions d'euros pour les soins de ville, 242 millions d'euros pour les dépenses hospitalières, 923 millions d'euros pour les prestations en espèces.

La dépense annuelle moyenne remboursée était estimée à 750 euros par personne.

V ÉCHELLES D'ÉVALUATION PSYCHOMETRIQUE DE DÉPRESSION ET DE DÉPRESSION SAISONNIÈRE

A – Echelle de DÉPISTAGE de Dépression de Beck : Beck Depression Inventory ou BDI (voir annexe 1)

L'échelle de dépression de Beck ou BDI (Beck Depression Inventory) est une échelle développée par Beck et al. en 1961 avec 21 items (25). Après une première révision en 1979 (le BDI-IA), la forme à 21 items a ensuite été actualisée en 1996 (26) : le BDI-II, pour retranscrire au mieux les critères diagnostiques du DSM IV. Beck et Beck ont développé depuis 1972 une version abrégée à 13 items appelée « SF » pour Short Form (27). Il existe également une version encore plus courte du BDI, le BDI « primary care » ou « fast-screen » à 7 items.

L'inventaire de Dépression de Beck est une échelle d'auto-évaluation et elle est une mesure subjective parmi les plus utilisées en thérapie cognitivo-comportementale. Elle a initialement été développée pour mesurer la sévérité de la dépression, chez des patients ayant un diagnostic psychiatrique établi. Dans un second temps, elle a plus largement été utilisée dans le dépistage de la dépression.

L'inventaire se propose de mesurer l'intensité des pensées négatives et subjectives d'un patient déprimé. Les éléments de la triade cognitive dépressive négative de Beck sont les suivants : une vision négative de soi, du monde et du futur de la personne.

La traduction française a été effectuée et validée par de nombreux auteurs, notamment Pichot, Lemperière et Cottraux.

L'inventaire à 21 items est plus utilisé en psychothérapie cognitive que la forme abrégée à 13 items, utile en médecine générale comme en épidémiologie. Cette dernière présente l'avantage d'avoir un temps de passation plus court. Elle s'adresse aux personnes âgées de 13 ans et plus.

Les items évalués par la forme à 13 items sont :

- 1) L'humeur triste
- 2) Le pessimisme
- 3) Le sentiment d'échec personnel
- 4) L'insatisfaction
- 5) La culpabilité
- 6) Le dégoût de soi
- 7) La tendance suicidaire
- 8) Le retrait social
- 9) L'indécision
- 10) La modification négative de l'image de soi
- 11) La difficulté au travail
- 12) La fatigabilité
- 13) L'anorexie

La cotation s'effectue sur une échelle de Likert à 4 propositions d'intensité croissante. Pour chaque item, la cotation va de 0 à 3. Plus la note globale est élevée, plus le sujet est déprimé (0 à 39).

La note globale s'interprète de la façon suivante :

- De 0 à 3 = pas de dépression
- De 4 à 7 = dépression légère
- De 8 à 15 = dépression modérée
- Plus de 16 = dépression sévère

Ces seuils d'intensité de la dépression sont ceux retenus par Beck et Beamesderfer en 1974 (28).

La fiabilité et la validité du questionnaire de Beck à 13 items par rapport à celui à 21 items ou à d'autres évaluations de dépression ont été évaluées par plusieurs auteurs.

La corrélation entre l'échelle à 13 items et celle à 21 items était plutôt bonne et permettait de vérifier que la forme abrégée est un bon substitut à la forme à 21 items. Les corrélations étaient de :

- 0.94 chez des étudiants américains (Gould, 1982) (29)
- 0.95 en population finlandaise (Aalto et al., 2011) (30)
- 0.96 pour des patients psychiatriques hospitalisés ou consultants (Beck et Beck, 1972) (27)
- 0.89 à 0.97 chez des patients dépressifs hospitalisés ou en population générale ambulatoire (Beck et al., 1974) (31).

La corrélation entre l'échelle à 13 items et des évaluations de dépression faite par des cliniciens permettait de vérifier l'utilisation de la forme abrégée comme un outil fiable et valide de dépistage rapide de la dépression. La corrélation était correcte :

- 0.61 pour des patients psychiatriques hospitalisés ou consultants (Beck et Beck, 1972) (27)
- 0.55 pour des patients dépressifs hospitalisés (Beck et al., 1974) (31)
- 0.67 en population générale ambulatoire (Beck et al., 1974) (31).

Le coefficient alpha de Cronbach mesure la cohérence interne - ou la fiabilité ou consistance - des questions posées lors d'un test. Les réponses aux questions portant sur le même sujet doivent être corrélées. Sa valeur s'établit entre 0 et 1, étant considérée comme "acceptable" à partir de 0,7. Concernant l'échelle de Beck à 13 items, le coefficient de cohérence interne était de :

- 0.78 (étudiants américains, Gould, 1982) (29)
- 0.81 (enquête générale sur la santé en Nouvelle Zélande, Knight, 1984) (32)
- 0.85 (patients consultants en service de psychiatrie en Iran, Dadfar et al, 2016) (33).

La sensibilité et la spécificité déterminent la qualité d'un test. Elles varient en fonction des seuils d'interprétation du test. Pour le BDI-13 :

- Beck et Beamesdefer (1974) proposaient un seuil de 12/13 pour dépister un trouble dépressif dans une population de patients psychiatriques, et de 9/10 pour un dépistage en population de soins primaires (28).
- Cathebras et al. dans une étude française sur patients hospitalisés (1994) observaient qu'un seuil de 7/8 permettait d'obtenir une sensibilité de 95.5 %, au prix d'un taux de faux positifs élevés (43 %). Avec un seuil de 12/13, ils avaient une spécificité de 90.1 % mais une moins bonne sensibilité (63.5 %). Le meilleur compromis entre sensibilité et spécificité était trouvé pour un seuil de 9/10 (sensibilité = 86.4 %, spécificité = 81.8 %), (34).
- Furlanetto et al. chez des patients brésiliens à leur admission hospitalière (2005) indiquaient un seuil de 9/10 dans un objectif de dépistage des troubles dépressifs (forte sensibilité et une forte valeur prédictive négative nécessaires) : sensibilité de 100 %, spécificité de 83.1 %. Ils indiquaient un seuil de 13/14 dans un objectif de diagnostic (forte spécificité et forte valeur prédictive positive nécessaires) : sensibilité de 93.5 % et spécificité de 96 % (35).
- Aalto et al. dans une étude finlandaise de 2011, trouvaient pour un seuil de 4/5 une sensibilité de 93 % et une spécificité de 73 % par comparaison au CIDI (Composite Internationale Diagnostic Interview), gold standard et outil validé dans le dépistage des troubles mentaux, selon les critères du DSM IV. L'index de Youden (= sensibilité + spécificité – 1) varie entre 0 et 1, définissant un seuil « idéal » pour une valeur de l'index de Youden la plus haute. Avec le critère de dépression dans les deux semaines précédentes, l'index de Youden le plus élevé suggérait un seuil à 11/12, permettant d'obtenir une sensibilité à 87 % et une spécificité de 83 % (30).
- Dadfar et al en 2016, pour des patients consultants en service de psychiatrie en Iran, proposaient les seuils suivants : 0 à 3 pas de dépression ; 4 à 7 dépression légère ; 8 à 11 dépression légère à modérée ; 12 à 15 dépression modérée ; plus de 16 dépression sévère (33).

Knight, en 1984, dans une enquête générale sur la santé en Nouvelle Zélande mettait en évidence une différence de résultats entre les hommes et les femmes, les femmes ayant tendance à évaluer de façon plus importante leurs troubles thymiques. Dans cette étude, une proportion considérable de l'échantillon estimait à 1 les réponses aux items « fatigue », « indécision », « diminution de l'intérêt pour autrui », « facilité à travailler », « satisfaction au quotidien », suggérant le fait de pondérer différemment ces items dans des études ultérieures (32).

En conclusion, l'échelle de Beck à 13 items serait un bon outil de dépistage, et un substitut satisfaisant de la forme à 21 items (31). Elle concerne la dépression qui est une pathologie fréquente. Elle est acceptable en termes de conditions de passation (auto-questionnaire, facile à administrer, et peu coûteux). Elle présente de bonnes propriétés psychométriques, notamment une cohérence interne élevée, une bonne capacité à discriminer les sujets dépressifs des non-dépressifs, et une bonne validité structurelle.

B – Echelle de DEPISTAGE de Dépression Saisonnière : le Seasonal Pattern Assessment Questionnaire ou SPAQ (voir annexe 2)

Le Seasonal Pattern Assessment Questionnaire ou SPAQ est un questionnaire de saisonnalité développé par Rosenthal et son équipe du NIHM en 1987 (36).

Le SPAQ est une échelle d'auto-évaluation rétrospective ayant pour objectif premier de mesurer les variations saisonnières du comportement des individus, notamment la durée du sommeil, l'activité sociale, l'humeur (sensation de bien-être), le poids, l'appétit, et le niveau d'énergie. Bien que non développé initialement dans ce but, le SPAQ a depuis longtemps été utilisé comme outil de dépistage dans de nombreuses études épidémiologiques (9). Il a pour avantage d'avoir une durée d'administration brève.

Il présente plusieurs échelles.

L'une d'entre elles est constituée par les 6 items : sommeil, activité sociale, humeur, poids, appétit, niveau d'énergie, et correspond à l'index de saisonnalité. Ces items sont évalués de 0 à 4 en fonction de l'intensité des changements (0 : pas de changement, 1 : changement

faible, 2 : changement modéré, 3 : changement marqué, 4 : changement extrêmement marqué) et donnent un score de saisonnalité global (SSG) allant de 0 à 24 (37).

Les autres échelles du questionnaire évaluent :

- dans quels mois de l'année les individus se sentent le mieux ou le moins bien,
- la fluctuation du poids au cours de l'année,
- la durée du sommeil en fonction des saisons,
- la présence de modifications des préférences alimentaires selon les saisons,
- le ressenti du changement en fonction des saisons, s'il existe, comme un problème (souffrance ressentie allant de 0 : aucune, 1 : faible, 2 : modérée, 3 : marquée, 4 : sévère, à 5 : handicapante).

Le trouble affectif saisonnier est défini par un score de saisonnalité global supérieur ou égal à 11, traduisant des changements saisonniers à l'origine d'un épisode dont l'intensité est au moins modérée (souffrance ressentie supérieure ou égale à 2). Ces seuils sont ceux proposés par Kasper et al. en 1989 (12). Si un SSG supérieur ou égal à 11 est obtenu en hiver avec une souffrance ressentie supérieure ou égale à 2, et si les patients remplissent les critères diagnostiques d'un épisode dépressif caractérisé tels que définis par le DSM 5, alors il s'agit d'un trouble affectif saisonnier.

Le sub-syndrome saisonnier est défini différemment en fonction des auteurs. Il peut s'agir de sujets qui présentent un SSG de 11 ou plus, associé à une souffrance ressentie de 0 ou 1 (aucune ou faible). Les sujets ayant un SSG de 9 ou 10 et une souffrance ressentie d'au moins 1 (faible) sont aussi considérés comme souffrant de sub-syndrome dépressif saisonnier (12). Cependant ces sujets ne répondent pas aux critères d'épisode dépressif caractérisé (38).

Ce questionnaire est un outil de dépistage des troubles affectifs saisonniers. Il ne permet pas à lui seul de poser un diagnostic de dépression saisonnière (9).

Cette échelle a fait l'objet de plusieurs études d'évaluation des propriétés psychométriques, pour juger de sa fiabilité et validité. Le SSG semble être la donnée la plus pertinente du SPAQ. Les items du score total ont globalement une bonne consistance interne et la corrélation test-retest est généralement acceptable (37).

La corrélation, stabilité ou fidélité test-retest consiste à administrer de nouveau le même test aux mêmes sujets après un certain intervalle de temps. Si l'on obtient les mêmes réponses (mesurées par de fortes corrélations) on conclura à la stabilité du test. La stabilité d'un test indique donc à quel point on peut généraliser les résultats au test à diverses occasions. Cette méthode risque cependant de faire naître plusieurs biais liés aux enquêtes en deux temps (effet d'interaction, d'histoire, de maturation, de mortalité ...). Les différents auteurs retrouvaient :

- Une corrélation test-retest pour le SSG de 0.51, et pour le score de souffrance ressentie de 0.79 (Thompson et al., 1988) (39)
- La corrélation test-retest était retrouvée faible par Raheja et al. en 1996 (40)
- A 2 mois, la corrélation test-retest était bonne, égale à 0.76 (Young et al., 2003) (41)

Concernant le SPAQ, le coefficient de cohérence interne alpha de Cronbach du SSG était de :

- 0.82 (Magnusson et al., 1997). Cela montrait une bonne validité interne du SPAQ. Cela indique que le score de saisonnalité global est bien construit, et que les 6 items sont cohérents et agissent en synergie pour dépister la dépression saisonnière. La cohérence interne élevée du score de saisonnalité global dans un échantillon de population générale suggère que des variations saisonnières de l'humeur et du comportement ont tendance à exister en population générale, et que la dépression saisonnière est la forme la plus extrême de ces variations (42)
- 0.81, donc plutôt bon (Young et al., 2003) (41)
- 0.85 (Mersch et al., 2004) (9)

Le test non paramétrique Kappa de Cohen permet d'estimer, en prenant en compte le hasard, le taux d'accord ou de « concordance » entre deux ou plusieurs observateurs ou techniques (conformité de deux ou plusieurs informations qui se rapportent au même objet) lorsque les jugements sont qualitatifs. Ce coefficient permet d'évaluer la fiabilité d'un instrument de mesure, l'accord inter-observateurs, et l'accord intra-observateur. Le coefficient Kappa évaluant les diagnostics de dépression saisonnière et de sub-syndrome établis par le SPAQ en

comparaison d'une évaluation par un psychiatre était de 0.44 (accord modéré) (Magnusson, 1996) (38).

Pour la sensibilité et la spécificité, les auteurs retrouvaient des résultats différents :

- Magnusson retrouvait en associant dans un même groupe les dépressifs saisonniers et sub-syndromes saisonniers, une sensibilité de 94 % et une spécificité de 73 % (prévalence de dépression saisonnière à 19 %). Le SPAQ avait un faible pouvoir discriminant entre les dépressifs saisonniers et les sub-syndromes saisonniers ; les valeurs de sensibilité et de spécificité prises séparément pour chacun de ces deux groupes n'étaient pas satisfaisantes. Les évaluations cliniques retrouvaient cependant la même prévalence de dépression saisonnière que celle trouvée avec le SPAQ (38).
- Dans une étude prospective avec un suivi de 5 à 8 ans, Raheja et al. (1996) retrouvaient une sensibilité de 94 % initialement, et de 74 % au moment de la réévaluation 5 à 8 ans plus tard. La spécificité était de 46 % lors de la réévaluation (pas de donnée de spécificité initiale puisque le SPAQ a été testé sur une population de patients dépressifs saisonniers évalués par des cliniciens). Ils trouvaient une efficacité de 57 % à identifier les patients dépressifs saisonniers, confirmés par un suivi de 5 à 8 ans (40).
- Mersch et al. (2004) retrouvaient une bonne spécificité du SPAQ (94 %) mais une faible sensibilité (44 %). La capacité du SPAQ à correctement classifier les sujets était bonne (81 % de sujets correctement évalués) (9).
- Thompson et al. (2004) avaient une sensibilité de 38.1 % et une spécificité de 78.8 % (43).
- Steinhausen et al. en 2009 montraient une sensibilité à 38.5 % et une spécificité de 89.6 % (6).
- Thompson et al. en 1988 ont évalué la capacité du SPAQ à distinguer les dépressifs saisonniers des sujets sains dans une étude rétrospective. Ils retrouvaient des différences certaines entre les deux groupes. Les sujets bipolaires, constituant un troisième groupe, avaient des réponses intermédiaires. Tous les groupes présentaient des variations saisonnières en hiver dans leur humeur et comportement, suggérant ainsi que les patients dépressifs saisonniers pourraient souffrir d'une forme exagérée de variations saisonnières normales (39).

Au total, le SPAQ arriverait à bien distinguer les dépressifs saisonniers en population normale (11). Il aurait tendance à surestimer la prévalence de la dépression saisonnière mais il reste à l'heure actuelle le questionnaire le plus utilisé dans les études de prévalence de dépression saisonnière, grâce à sa rapidité et facilité d'administration, et parce que c'est celui qui a été le plus étudié.

C'est un outil de dépistage et non de diagnostic : il ne peut se substituer à lui seul à une évaluation clinique. Il correspondrait plus au concept dimensionnel de dépression saisonnière, plutôt qu'au diagnostic. Sa limite tient au fait qu'il est fondé non pas sur les définitions catégorielles de trouble dépressif caractérisé, mais sur le concept de saisonnalité, qui est une variable continue (44).

C – Echelle de DEPISTAGE de la dépression saisonnière : le Seasonal Health Questionnaire ou SHQ (voir annexe 3)

Le SHQ ou Seasonal Health Questionnaire est plus spécifique et plus sensible que le SPAQ dans le dépistage de la dépression saisonnière.

Il a été développé en 2001 par Thompson et Cowan, pour mieux refléter les critères cliniques de dépression saisonnière (44).

Le SHQ contient plusieurs parties. Le début consiste en un dépistage de trouble dépressif, puis il explore la relation entre les épisodes dépressifs et les saisons. Les patients ayant des critères de saisonnalité mais ne remplissant pas les critères d'épisode dépressif caractérisé sont considérés comme souffrant de sub-syndrome dépressif saisonnier.

Thompson et al. retrouvaient une sensibilité de 59.1 % et une spécificité de 97.1 % (43). Dans leur étude, le SHQ avait une bonne corrélation dans les diagnostics de dépression saisonnière, de sub-syndrome et de dépression par rapport aux critères de la CIM-10 ou du DSM-III-R ou du DSM-IV (entre 94.75 % et 97.75 %).

Le SHQ apparaît donc être un meilleur outil de dépistage du SAD que le SPAQ mais il est plus long et plus compliqué à remplir pour les patients, et est plus compliqué dans l'interprétation des résultats pour les cliniciens.

D – Echelle de DEPISTAGE de la dépression saisonnière : l'Inventory Seasonal Variation ou ISV

L'ISV ou Inventory Seasonal Variation, développé en 1991 comme une alternative au SPAQ (41), est un auto-questionnaire rétrospectif, comportant 10 items, et mesurant les changements de comportement, d'humeur et de paramètres physiologiques pour chacune des saisons (11). C'est une échelle plus complexe à compléter et à évaluer que le SPAQ, et elle a été beaucoup moins évaluée.

E – Echelle d'EVALUATION de la dépression saisonnière selon Hamilton : la Structured Interview Guide for the Hamilton depression rating scale, Seasonal Affective Disorders version ou SIGH-SAD (voir annexe 4)

Cette échelle est une version étendue de l'échelle de Hamilton dans sa version classique.

Elle comporte 29 items : 21 items de l'échelle classique de Hamilton, et 8 items supplémentaires évaluant les symptômes atypiques. Elle existe en hétéro- et en auto-questionnaire.

Elle est particulièrement utilisée et appropriée pour évaluer l'amélioration, le taux de réponse et de rémission après traitement dans la dépression saisonnière (10).

VI EPIDEMIOLOGIE CONNUE A L'ECHELLE MONDIALE

A – Prévalence

La prévalence est définie par le nombre de sujets atteints par une pathologie dans une population donnée, à un instant défini.

La prévalence de la dépression saisonnière est une donnée difficile à évaluer, allant en fonction des études de 0.4 % à 10 % chez les adultes (6). L'outil le plus utilisé pour l'évaluer est le SPAQ. Il a cependant tendance à surévaluer la prévalence de dépression saisonnière (45) (6).

Kasper et al. en 1989 (12) ont mis en évidence par le biais d'une enquête épidémiologique téléphonique nord-américaine que 92 % de la population rapportaient des changements de l'humeur avec les saisons. Pour 27 % de l'échantillon, les changements saisonniers représentaient un problème. La prévalence retrouvée de dépression saisonnière dans leur échantillon était de 4.3 % (dont 71 % de femmes). La prévalence du sub-syndrome saisonnier était de 13.5 % (dont 55 % de femmes). Ces résultats suggèrent que la dépression saisonnière représente la forme la plus extrême d'un continuum de changements d'humeur et de comportement en fonction des saisons, affectant une proportion non négligeable de la population.

Blazer et al. en 1998 trouvaient dans un échantillon de population américaine évaluée par des entretiens cliniques une prévalence du TAS de seulement 0.4 %, ce qui est très loin de la prévalence moyenne de TAS évaluée à 6.2 % par Mersch et al. en 1999 par le biais du SPAQ (également sur une population nord-américaine) (9).

Mersch et al. en 1999 (46) ont évalué la prévalence de dépression saisonnière hivernale en population néerlandaise par le biais du SPAQ et d'une autre échelle de dépression à 3 %, et la prévalence de la forme sub-syndromique à 8.5 %. Il s'agissait plus souvent de femmes jeunes

par rapport aux hommes ou à des femmes plus âgées (sexe ratio de 3.7 femmes pour 1 homme). Il s'agissait plus souvent de personnes sans emploi ou en congé maladie. Les personnes souffrant de dépression saisonnière étaient plus en demande de soins, le plus souvent elles recevaient une thérapie médicamenteuse, plus fréquemment prescrite par leur médecin généraliste.

Mersch relevait des différences de prévalence entre pays européens, et des taux de prévalence de dépression saisonnière plus faibles en Europe (en Suisse : 2.2 %, en Islande : 3.8 %, en Suède : 3.9 %, en Finlande : 7.1 %) qu'en Amérique du Nord (2.6 % à 9.2 %) (47).

Levitt et al. en 2000, ont étudié la dépression saisonnière au Canada. Le SPAQ surévaluait d'un facteur 2 la prévalence de dépression saisonnière (5.0 % versus 2.9 %) par rapport à des entretiens cliniques (9). Dans une autre étude canadienne, un résultat similaire était retrouvé avec une prévalence de 7.4 % évaluée par le SPAQ, contre 1.9 % évaluée par des critères du DSM-IV (45).

Magnusson, en 2000, a réalisé une revue de littérature sur les études épidémiologiques portant sur la dépression saisonnière (13). Il relevait une estimation de la prévalence de la dépression saisonnière de 0 à 9.7 %. Il retrouvait que la dépression saisonnière était plus fréquente pour des latitudes très au Nord. Il trouvait également que la prévalence variait en fonction des groupes ethniques.

Michalak et al. en 2001 trouvaient une prévalence de dépression saisonnière de 5.3 % estimée par le SPAQ, et de seulement 2.4 % concernant la même population évaluée par des cliniciens se référant aux critères du DSM IV (9).

Mersch et al. en 2003 (9), en évaluant les propriétés psychométriques du SPAQ, ne trouvaient des faux positifs du SPAQ que dans le groupe des patients dépressifs non saisonniers. Ainsi, la surestimation de la prévalence du TAS dans les études épidémiologiques

pourrait être en partie expliquée par le dépistage des dépressifs non saisonniers en tant que dépressifs saisonniers.

Thompson et al. en 2004 (43) retrouvaient une prévalence de TAS de 10.7 % évaluée par le SPAQ, alors qu'elle n'était que de 5.6 % évaluée par le SHQ, sur la même population. Concernant la prévalence de sub-syndrome, elle était de 11.9 % avec le SPAQ et seulement de 0.4 % avec le SHQ.

Steinhausen et al. en 2009 (6) ont évalué la prévalence de la dépression saisonnière en Suisse par le biais du SPAQ entre autres échelles. Ils trouvaient une prévalence estimée par le SPAQ seul de 7.84 % (avec une différence significative entre les hommes : 5.95 % et les femmes : 9.84 %). Combinée avec un autre questionnaire de dépression saisonnière développé pour les besoins de l'étude, la prévalence tombait à 2.22 %.

Trois autres études réalisées en soins primaires retrouvaient des taux de prévalence dépistés avec le SPAQ similaires, à 9 % pour une étude américaine et 9.3 % et 9.8 % pour deux études écossaises (48).

Ainsi, la prévalence de la dépression saisonnière varie considérablement en fonction des outils utilisés, des différentes méthodologies utilisées, des populations d'étude et des pays (voir annexe 8). Elle varierait entre 0.4 % et 10.7 % selon les études. C'est une donnée qui apparaît difficile à évaluer de façon précise.

B – Prévalence de la dépression saisonnière parmi les dépressifs

Parmi les patients connus pour être dépressifs, 10 à 20 % d'entre eux souffriraient de dépression saisonnière. Ces patients auraient une forme de dépression saisonnière plus sévère, seraient plus souvent diagnostiqués bipolaires, et présenteraient plus souvent une forme estivale de dépression saisonnière (13).

Dans une étude française de 2015 réalisée sur une population de patients consultant en médecine générale pour un trouble dépressif caractérisé, Azorin et al. (49) retrouvaient un caractère saisonnier (toutes saisons confondues) associé à la dépression chez 42.8 % des patients inclus. En ne prenant en compte que les dépressions saisonnières automno-hivernales, le taux était de 24.3 %.

Levitt et al. ont évalué la prévalence de dépression saisonnière au Canada, ainsi que la prévalence du trouble dépressif. Les dépressifs saisonniers représentaient 10 % des dépressifs (45).

C – Facteurs de risque de dépression saisonnière

Parmi les facteurs de risque de dépression saisonnière ou variables associées au caractère saisonnier, et bien que certains soient l'objet de controverses, on retrouve :

- Etre une femme (13) (49) (50)
- L'âge est un facteur prédictif important du caractère saisonnier, les sujets jeunes présentant un risque plus élevé pour les épisodes dépressifs hivernaux (16) (13) (50)
- Vivre dans des latitudes Nord élevées (16) (13)
- Présenter un trouble bipolaire (49)
- Présenter une comorbidité de trouble du comportement alimentaire à type de boulimie (13) (49)
- Avoir un apparenté au premier degré présentant des troubles dépressifs, et à fortiori une dépression saisonnière (4) (47)
- Avoir des antécédents familiaux d'addiction (49) et notamment un antécédent familial d'alcoolisme (4)

1 – Etre une femme – sexe ratio

Toutes les études épidémiologiques concernant la dépression saisonnière retrouvent une association forte entre la dépression saisonnière et le sexe féminin.

Les premiers travaux effectués par le NIMH sur la dépression saisonnière trouvaient un sexe ratio de 4 femmes pour 1 homme (51).

Mersch et al. retrouvaient un sexe ratio de 3.7 femmes pour 1 homme, soit 78.8 % de femmes parmi les sujets dépressifs saisonniers, contre 21.2 % d'hommes ($p < 0.00001$) (46).

Kasper et al. faisaient le même constat, les femmes ayant des scores de saisonnalité significativement plus élevés que les hommes (12).

Steinhausen et al. trouvaient une différence de prévalence significative entre hommes (5.95 %) et femmes (9.84 %) ($p < 0.001$), soit un sexe ratio de 1.65 femmes pour 1 homme (6).

2 – L'âge

En règle générale, les études épidémiologiques retrouvent une prévalence de dépression saisonnière plus élevée parmi les sujets jeunes.

Typiquement, la dépression saisonnière débute dans la deuxième ou troisième décennie (51). L'âge moyen de début est de 23 ans, pour un diagnostic établi en moyenne vers l'âge de 39 ans (10).

Kasper et al. montraient une corrélation négative entre le score de saisonnalité et l'âge, cette corrélation étant retrouvée statistiquement significative pour les femmes mais pas pour les hommes, et notamment pour les groupes d'âge 21 à 30 ans, et 31 à 40 ans ($p < 0.001$ pour les deux groupes d'âge) (12).

Mersch et al. constataient également un âge plus jeune chez les dépressifs saisonniers avec un âge moyen de 36.5 ans chez les dépressifs saisonniers contre 39.7 ans chez les sujets ne présentant pas de dépression saisonnière ($p < 0.0001$) (46).

Dans cette étude, 41 % des femmes sujettes à la dépression saisonnière avaient entre 26 et 35 ans.

Levitt et al. retrouvaient une prévalence de dépression saisonnière plus élevée pour la catégorie d'âge 40 à 49 ans (3.6 % pour cette catégorie d'âge contre 2.6 % dans tout l'échantillon) quand elle était évaluée selon des critères cliniques, et une prévalence nulle au-delà de 70 ans. Lorsque la prévalence était évaluée par le SPAQ, elle était généralement surévaluée (7.4 % pour tout l'échantillon), mais également retrouvée plus importante chez les 20 à 29 ans (10.3 %), et nulle au-delà de 70 ans (45).

3 – Effet de la latitude

L'influence de la latitude sur la prévalence de la dépression saisonnière est controversée.

Une des hypothèses avancées dans la physiopathologie de la dépression saisonnière hivernale est le raccourcissement de la photopériode en hiver. La photopériode est d'autant plus courte qu'on se rapproche des latitudes Nord élevées.

Ainsi, plusieurs études de prévalence ont mis en évidence qu'il existait un gradient de prévalence avec les latitudes (prévalence augmentant avec des latitudes plus élevées).

Rosen et al. (50) ont étudié la prévalence sur quatre latitudes différentes aux Etats-Unis. La prévalence dans cette étude allait de 1.4 % pour une latitude de 27°N, 4.7 % à une latitude de 40°N, 6.3 % à une latitude de 39°N, jusqu'à 9.7 % pour la latitude la plus élevée (42.5° N).

D'autres études réalisées en Scandinavie, au Japon et aux Etats-Unis retrouvaient des résultats similaires (13).

Cependant, plusieurs études ne retrouvaient pas cette tendance (13).

Une étude réalisée en Finlande ne retrouvait aucune différence de prévalence en fonction des latitudes (47).

Dans une étude canadienne, la prévalence de la dépression saisonnière a été évaluée pour huit degrés de latitude différents (entre 41.5°N et 49.5°N). La latitude n'influaient pas sur la prévalence de dépression saisonnière (45).

Une revue de littérature réalisée par Mersch et al. en 1999 (47) relevait des résultats très discordants. La corrélation entre latitude et prévalence était très faible, et non statistiquement significative en prenant en compte la totalité des études. Cependant, le coefficient de corrélation pour les études nord-américaines était positif et significatif, alors que ce n'était qu'une simple tendance non significative pour les études européennes. La conclusion des auteurs était que si la latitude influence la prévalence, alors cette influence est seulement faible. Ils proposaient d'autres facteurs pouvant expliquer les différences mises en évidence, notamment les conditions climatiques, des facteurs sociaux et culturels, les connaissances sur la dépression saisonnière, des facteurs génétiques, et des types de personnalité.

Dans une étude japonaise, il ressortait que la durée d'ensoleillement hivernal était un facteur prédictif plus fort de dépression saisonnière que la latitude. Une autre étude anglaise montrait que les symptômes dépressifs étaient fortement inversement corrélés avec la durée de la photopériode (13).

Malgré des résultats contradictoires en fonction des études, il semblerait que les sujets ayant migré à des latitudes plus élevées soient plus enclins à développer une dépression saisonnière par rapport aux sujets ayant toujours vécu dans ces mêmes latitudes (13).

Au total, la littérature retrouve des résultats contradictoires sur l'effet de la latitude. Si cet effet existe, il semblerait qu'il soit faible et peut-être plutôt lié aux conditions climatiques.

4 – Rôle des facteurs génétiques

Des études réalisées sur des jumeaux ont montré qu'il pouvait y avoir une tendance génétique à développer des variations saisonnières dans le comportement et l'humeur (13) (47).

Il semblerait également qu'il existe une adaptation génétique aux conditions de vie. Ainsi, la dépression saisonnière a été étudiée à la fois dans une population islandaise, et dans une population d'immigrants descendants d'Islandais vivant au Canada. La prévalence de dépression saisonnière était plus basse dans ces deux populations que dans une population de la côte Est des Etats-Unis, suggérant ainsi l'hypothèse d'une adaptation génétique aux conditions de vie dans des latitudes hautes de la population islandaise (13) (47).

5 – Comorbidités psychiatriques

Les dépressifs saisonniers présenteraient souvent des comorbidités psychiatriques, notamment des troubles du comportement alimentaire (surtout la boulimie), et une addiction à l'alcool (13).

6 – Niveau d'éducation

Le niveau d'éducation quel qu'il soit ne représenterait pas un facteur de risque ni de protection pour développer une dépression saisonnière.

Mersch et al. ne retrouvaient aucune différence significative entre les niveaux d'éducation répartis en quatre classes (bas, moyen, haut, très haut) (46).

7 – Statut marital

Le statut marital n'apparaît pas non plus être un facteur de risque de dépression saisonnière.

Là encore, Mersch et al. dans leur étude en population néerlandaise ne mettaient pas en évidence de différence significative de prévalence entre les sujets célibataires, mariés, vivant en concubinage, séparés/divorcés, et veufs (46).

8 – Mois de naissance

Un lien entre la saison de naissance et la dépression saisonnière a été recherché.

Etre né entre Avril et Septembre dans l'hémisphère Nord (période où la photopériode est la plus longue) a été avancé comme un facteur de risque potentiel de dépression saisonnière, mais des résultats contradictoires ont été retrouvés.

Une étude réalisée en Ecosse a recherché cette association. Aucune relation n'a été retrouvée entre le score de saisonnalité et le mois ou la saison de naissance (52).

A l'inverse, une étude autrichienne montrait que les dépressifs saisonniers étaient plus fréquemment nés au Printemps ou en Été ($p = 0.029$) (53).

L'effet du mois de naissance sur les variations saisonnières de l'humeur (évaluées par le SPAQ) a été étudié par une comparaison entre les dates de naissance de sujets vivant dans l'hémisphère Nord (Italie) et d'autres vivant dans l'hémisphère Sud (Nouvelle-Zélande). Les femmes avaient un score de saisonnalité global (SSG) plus élevé que les hommes, et les Italiens avaient un SSG plus élevé que les Néo-zélandais. Aucune différence n'a été retrouvée chez les femmes concernant la période de naissance. La seule différence retrouvée concernait les hommes (toutes nationalités confondues) nés en Avril et Août, qui avaient un SSG plus élevé que ceux nés en Février (54).

Ainsi, l'effet potentiel du mois de naissance sur la dépression saisonnière est fortement soumis à controverse.

VII PREVALENCE CONNUE EN FRANCE

A notre connaissance, nous disposons de peu d'études de prévalence de dépression saisonnière en France, et se fondant toutes sur des méthodologies différentes.

Deux travaux étudiant la dépression saisonnière en soins primaires en période automno-hivernale ont été réalisés au Nord de la France. Les auteurs incluait des patients consultant leur médecin généraliste, s'ils répondaient à des critères cliniques bien précis de dépression saisonnière (soit sur leur histoire clinique, soit des patients présentant un passé typique de dépression saisonnière ou une dépression atypique) :

- En 1992, Georges-Denoëud et al. ont retrouvé 44 patients dépressifs saisonniers consultant 40 médecins généralistes. Par extrapolation au nombre total de médecins généralistes à Lille, et au nombre d'habitants de Lille, ils ont conclu à une prévalence de 0.12 % de dépression saisonnière à Lille (55).
- En 2001, Ndjiki-Nya et al. ont inclus 46 patients dépressifs saisonniers pour 120 médecins généralistes. Par extrapolation au nombre total de médecins généralistes en région Nord-Pas-de-Calais, et au nombre d'habitants dans la région, ils ont trouvé une prévalence de 0.058 % de dépression saisonnière en région Nord-Pas-de-Calais (56).

Un troisième travail effectué en soins primaires en période hivernale en 2011 sur Limoges par Dupont et al. a inclus les 10 premiers patients consultant leur médecin généraliste sur un jour donné sur une période de 13 jours. Ils ont demandé aux 25 médecins généralistes investigateurs de présenter le SPAQ. Si ce dernier était positif pour le dépistage de dépression saisonnière, ils présentaient également le BDI à 13 items. Cette méthodologie se fondait sur l'association des critères de positivité des deux questionnaires SPAQ et BDI pour définir les dépressifs saisonniers. Si les patients présentaient un SSG ≥ 11 et SR ≥ 2 , le dépistage était positif. S'ils avaient un BDI ≥ 4 ils étaient alors considérés comme dépressifs saisonniers. Dix-neuf patients sur 129 remplissaient les critères de dépression saisonnière, donnant ainsi une prévalence estimée à 14,72 % (IC_{95%} = [8,96 – 21,95]) (57).

VIII ÉTIOLOGIE ET MÉCANISMES PHYSIOPATHOLOGIQUES

Les patients atteints de dépression saisonnière sont plus vulnérables aux changements de saisons et souffrent d'un manque de lumière naturelle, par diminution de la photopériode en hiver. Les étiologies et mécanismes physiopathologiques de la dépression saisonnière demeurent incertains et ne font l'objet que d'hypothèses pour le moment. La dépression saisonnière est certainement multifactorielle (58).

A – Le rôle de la mélanopsine : diminution de la sensibilité rétinienne à la lumière

La récurrence du trouble en hiver, quand la photopériode diminue, et l'efficacité de la luminothérapie ont conduit à s'interroger sur un dysfonctionnement dans la réponse de l'œil à la lumière, par une sensibilité rétinienne différente chez les patients souffrant de TAS (8). Quand la luminosité environnante baisse, la sensibilité rétinienne à la lumière augmente chez le sujet sain. Chez les dépressifs saisonniers, cette adaptation ne se ferait pas aussi bien en hiver.

Cette nouvelle hypothèse a émergé devant la découverte récente d'un troisième type de cellules rétiniennes différentes des cônes et des bâtonnets : les cellules rétiniennes ganglionnaires contenant de la mélanopsine. Ce pigment, photosensible, permet une mesure de l'intensité lumineuse. Ces cellules ne transmettent pas d'images visuelles (58). Elles sont également impliquées dans le réflexe pupillaire (10).

La lumière est captée par la rétine, au niveau des cellules ganglionnaires contenant de la mélanopsine. La voie rétino-hypothalamique transmet l'information lumineuse directement aux noyaux suprachiasmatiques (NSC) de l'hypothalamus, véritable « chef-d'orchestre » des horloges internes. Des voies noradrénergiques projettent vers l'épiphyse, où est produite la mélatonine. La lumière agit comme un indicateur temporel et commande la libération nocturne de mélatonine (voir figure 2).

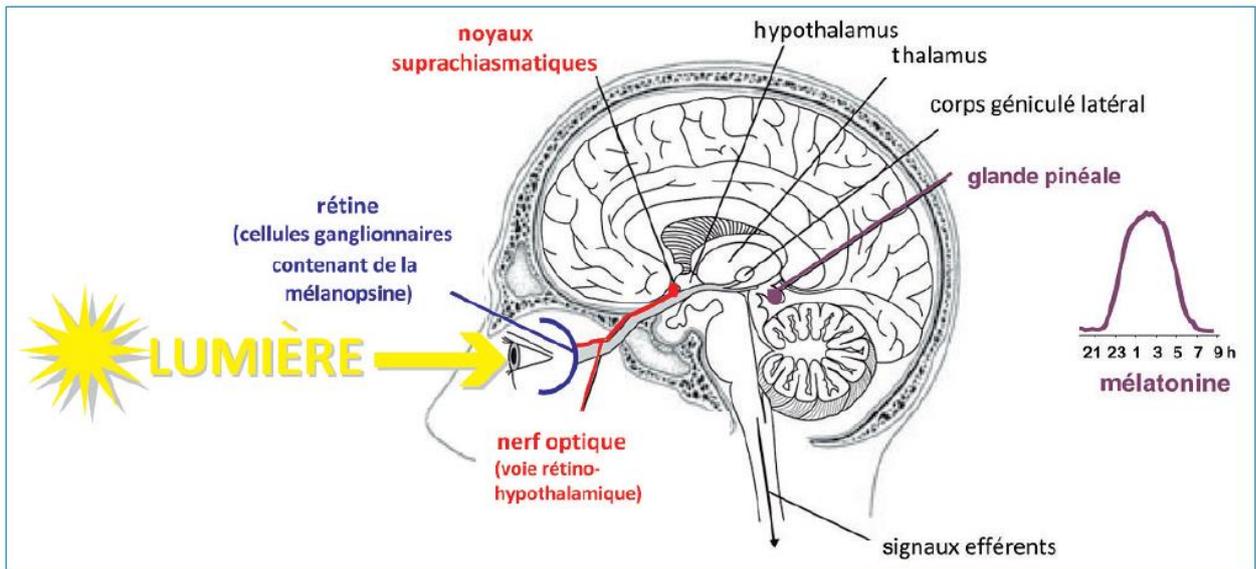


Figure 2 : Neuro-anatomie simplifiée du système circadien (59).

La mélanopsine est plus sensible à la couleur bleue, soit des lumières de longueur d'ondes de 470 à 490nm (58).

Les dépressifs saisonniers auraient une sensibilité rétinienne à la lumière réduite.

Dans une étude comparant des sujets malvoyants et des sujets ne présentant aucun trouble visuel, la prévalence de dépression saisonnière était significativement plus élevée chez les sujets malvoyants. Cette donnée vient soutenir l'hypothèse que la diminution ou l'absence de perception lumineuse par la rétine jouerait un rôle dans la physiopathologie de la dépression saisonnière (60).

B – Le rôle de la mélatonine

La mélatonine est une hormone sécrétée par l'épiphyse, synthétisée à partir de son précurseur, la sérotonine (10).

Elle est l'un des meilleurs marqueurs de l'horloge biologique interne, puisque sa sécrétion suit un rythme circadien. Cette hormone est impliquée dans la régulation du sommeil, dans le contrôle de l'humeur et du comportement.

Elle est sécrétée essentiellement en période nocturne. Deux à trois heures avant le coucher, la sécrétion de mélatonine augmente, jusqu'à connaître un pic entre 2 et 4 heures du matin.

Cette sécrétion diminue ensuite, et devient très faible quelques heures après le réveil et tout au long de la journée.

Dans le cas d'un retard de phase, cette sécrétion est décalée et commence plus tard, avec un pic plus tardif (voir figure 3). La conséquence sera un coucher plus tardif, une durée de sommeil possiblement plus longue, et surtout un réveil difficile avec une somnolence matinale, voire durant toute la journée.

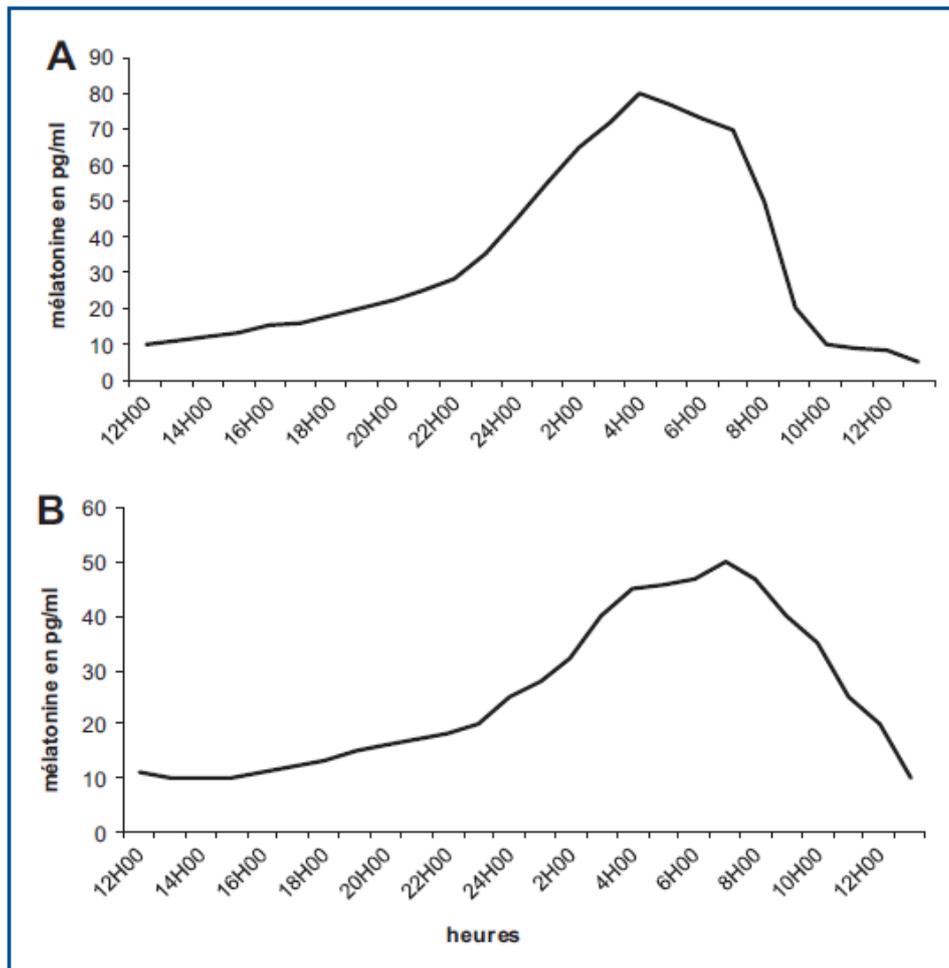


Figure 3 : Sécrétions normales et décalées de la mélatonine (8).

A. Sécrétion normale de la mélatonine : débute vers 20 heures, pic entre 2 et 4 heures, puis baisse vers 7 heures (ici) avec le réveil.

B. Sécrétion de la mélatonine dans le cas d'un retard de phase : débute vers 1 heure, pic entre 7 et 9 heures.

C – Le rôle des rythmes circadiens – hypothèse du retard de phase

Le programme circadien génétique est légèrement différent d'un rythme de 24 heures précises et en règle générale, il est un peu plus long. L'horloge interne du NSC doit donc régulièrement être synchronisée sur la journée externe de 24 heures (59).

Cette synchronisation intervient sous l'influence des « indicateurs temporels » ou « zeitgebers ». Le principal indicateur agissant sur le NSC est la lumière. Le NSC commande la libération rythmique de la mélatonine par l'épiphyse et reçoit simultanément, via les récepteurs de la mélatonine, des informations concernant la quantité de mélatonine en circulation. En plus de la lumière et la mélatonine, d'autres indicateurs temporels moins puissants participent à la synchronisation de l'horloge biologique : les signaux sociaux, les repas et l'activité physique (59).

L'effet positif de la lumière sur l'humeur pourrait être lié à sa fonction d'indicateur temporel, puisque la lumière décale les rythmes et améliore ainsi la synchronisation sur l'alternance jour/nuit (59).

La dépression saisonnière résulterait d'un décalage de phase du rythme circadien consistant en un retard de phase pour la plupart des patients, avec une sécrétion de mélatonine ainsi plus tardive. Ils auraient un rythme de sécrétion de mélatonine différent entre les saisons, plus tardif et plus long en hiver. Cependant, le retard de phase impliquerait un ensemble de rythmes circadiens, en plus de celui de la mélatonine (59).

La lumière intense, ou la prise de mélatonine permettent d'induire un décalage de phase. La lumbinothérapie matinale ou la prise de mélatonine dans l'après-midi ou le soir resynchroniseraient le rythme circadien en provoquant une avance de phase (15) (et vice-versa : la lumbinothérapie le soir ou prise de mélatonine le matin entraîneraient un retard de phase) (voir figure 4) (8). La resynchronisation du rythme circadien induite par la lumbinothérapie corrigerait les symptômes dépressifs saisonniers.

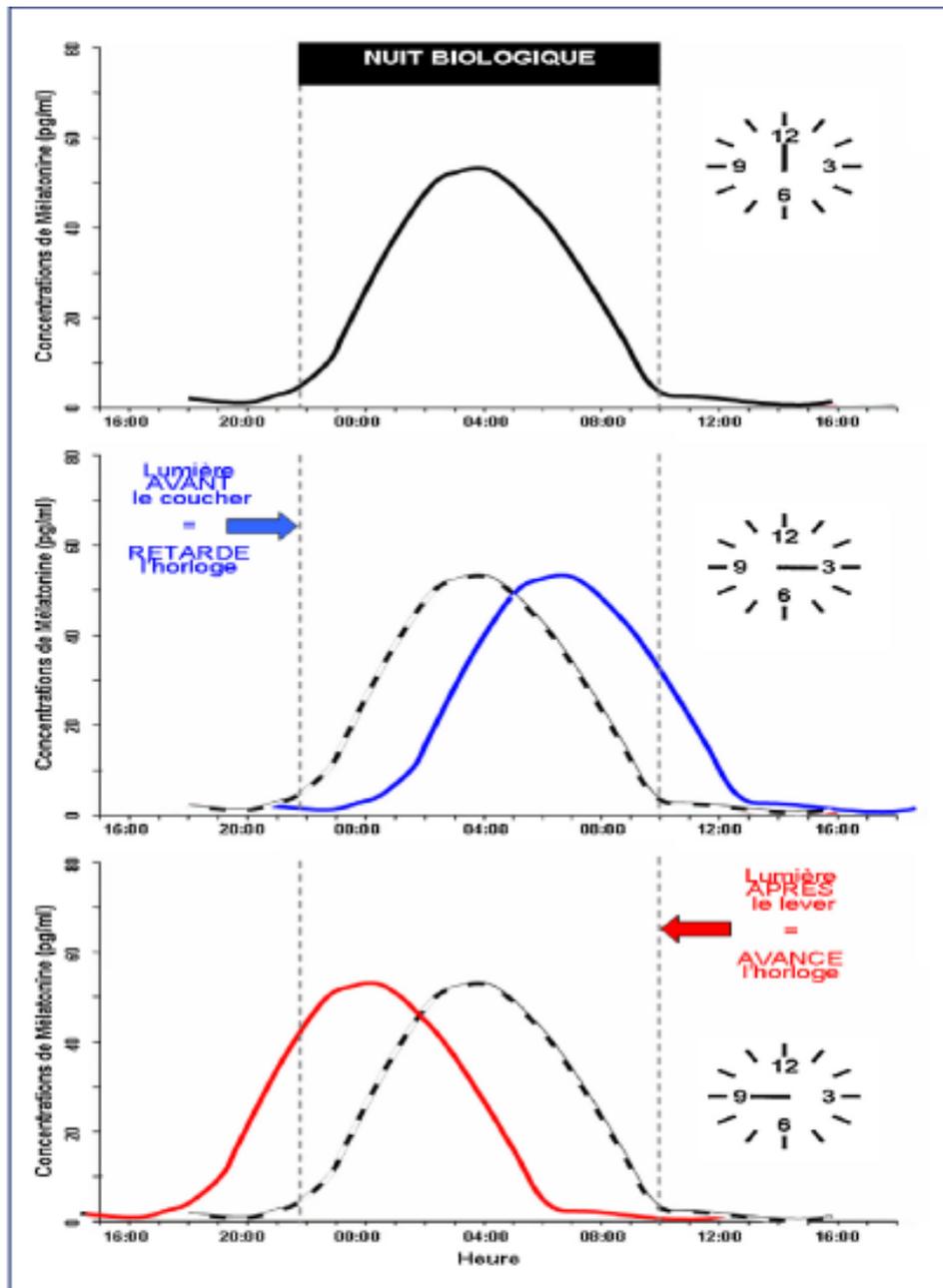


Figure 4 : Courbes de réponse de phase de la sécrétion de la mélatonine selon l'exposition à la lumière (8)

D – Le rôle des neurotransmetteurs : la sérotonine, la dopamine, la noradrénaline

Un autre effet de la lumière pourrait concerner le renouvellement de la sérotonine dans le cerveau, un neuromédiateur qui joue un rôle clé dans la compréhension de la physiologie du TAS. Plus la quantité de lumière captée est importante, plus le taux de sérotonine mesuré est élevé.

Le NSC est la partie du cerveau où la concentration en sérotonine est la plus élevée. Elle y est acheminée par une autre voie afférente importante, les noyaux du Raphé. A partir du NSC, des voies noradrénergiques projettent vers l'épiphyse, où est produite la mélatonine.

La sérotonine est le précurseur de la mélatonine. La mélatonine inhibe la sécrétion de dopamine et inversement (8).

E – Le rôle des facteurs génétiques

Avoir un apparenté au premier degré souffrant de dépression saisonnière multiplie par 2 à 5 le risque de développer soi-même une dépression saisonnière (8).

Des études réalisées sur des jumeaux ont montré qu'il pouvait y avoir une tendance génétique à développer des variations saisonnières dans le comportement et l'humeur (13) (47).

Il semblerait également qu'il existe une adaptation génétique aux conditions de vie. Ce phénomène a été mis en évidence en population islandaise. Il semblerait qu'elle soit moins sujette à la dépression saisonnière. Cela pourrait s'expliquer par une adaptation génétique à une luminosité plus faible en Islande (13) (47).

Certains variants du gène codant pour la mélanopsine seraient associés à un risque 5 fois plus élevé de développer un TAS (8).

Il existe un polymorphisme génétique des récepteurs sérotoninergiques 5HT₂, corrélé à d'importantes variations saisonnières (7).

IX TRAITEMENT CURATIF

Les traitements curatifs de la dépression saisonnière hivernale sont (recommandations de grade B) (14) :

- La luminothérapie, recommandée en première intention par la HAS et par l'APA (10)
- Les antidépresseurs, et surtout les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (IRS)
- Les psychothérapies, notamment les thérapies cognitivo-comportementales.

L'efficacité de la luminothérapie et des antidépresseurs est comparable (61).

Le choix du traitement doit être guidé par les préférences du patient de façon à optimiser l'observance, et par la balance bénéfices/risques (14). Le coût est aussi un élément de choix, puisque les traitements antidépresseurs sont remboursés par la sécurité sociale, alors que la luminothérapie ou les psychothérapies ne le sont pas.

Un patient compliant avec des symptômes dépressifs légers ou modérés, et avec des symptômes végétatifs atypiques sera plutôt orienté vers la luminothérapie. Devant des symptômes dépressifs sévères, il faudrait davantage envisager un traitement antidépresseur, seul ou en association avec la luminothérapie (15).

A – Luminothérapie

La lumière est le synchronisateur externe des rythmes circadiens le plus puissant.

La luminothérapie consiste à s'exposer à une lumière artificielle qui reproduit les effets énergisants et régulateurs de la lumière du soleil sur l'organisme et l'horloge biologique.

Une des premières observations concernant l'efficacité de la luminothérapie a été réalisée par Rosenthal et l'équipe du NIMH (4). Cette étude concernait 29 patients dépressifs saisonniers. Ils étaient améliorés après 3 à 7 jours de luminothérapie (lumière vive blanche).

Suite à ces observations, de nombreux travaux ont été réalisés. Leur but était de démontrer l'efficacité de la luminothérapie, et d'en définir les modalités pratiques optimales.

La luminothérapie agirait en supprimant la sécrétion de la mélatonine, et aurait une action de resynchronisation sur le retard de phase du rythme circadien. Elle aurait aussi une action sur la sérotonine (précurseur de la mélatonine) (10).

La lumière dont nous bénéficions est, à l'intérieur, insuffisante :

- À l'intérieur d'une maison : de 100 à 500 lux
- Dans un bureau bien éclairé : de 400 à 1 000 lux
- Par une journée d'hiver ensoleillée : de 2 000 à 10 000 lux
- Par une journée d'été ensoleillée : de 50 000 à 100 000 lux.

Un lux correspond à la luminosité émise sur un écran par une bougie située à un mètre.

La luminothérapie a pour but de reproduire les conditions de luminosité d'une journée ensoleillée hivernale. Elle permet de pallier la durée du jour plus courte en automne-hiver.

1 – Efficacité

De très nombreuses études, par plusieurs équipes dans différents pays ont été réalisées pour démontrer l'efficacité de la luminothérapie.

Les limites de ces études sont le faible effectif des échantillons, leur courte durée, et l'absence de placebo valable entraînant un manque de contrôle du caractère aveugle des patients sur le traitement reçu (10).

Les méta-analyses s'accordent sur l'efficacité de la luminothérapie. Après un traitement bien conduit, 53 à 79 % des patients présentant une dépression saisonnière répondent aux critères de rémission (8).

Golden et al. dans une revue de littérature et méta-analyse concluaient à une efficacité avérée de la luminothérapie dans le traitement des troubles affectifs saisonniers (5). Ils retrouvaient peu d'études avec une méthodologie suffisante. La luminothérapie était associée à une réduction significative de la sévérité des symptômes dépressifs saisonniers (8 études, taille de l'effet = 0.84, $p < 0.0001$).

2 – Modalités pratiques

Les recommandations pour l'utilisation de la luminothérapie sont (5) (14) (15) (8) :

- Le dispositif est un écran émettant en général une lumière vive blanche, fluorescente, d'intensité lumineuse 10 000 lux. Il doit avoir un filtre à UV et ne pas contenir de rayons infra-rouges
- La plupart des dispositifs utilisent une lumière vive blanche en spectre complet. Certains utilisent des lampes à LEDs permettant l'obtention d'une lumière enrichie en longueurs d'onde bleues (480 nm), supposée aussi efficace et permettant d'utiliser une intensité lumineuse plus faible (62). Visuellement, la lumière apparaît toujours blanche
- La surface d'éclairage doit être suffisante, et au minimum de 74 cm²
- Le patient doit être positionné à une distance de 30 à 45 cm du dispositif
- Les lampes certifiées CE médical (93/42/CEE) offrent une meilleure garantie (UL C-UL aux Etats-Unis)
- La séance doit durer 30 minutes pour un appareil de 10 000 lux placé à 30-45 cm. Elle sera plus longue si l'intensité lumineuse est plus faible, soit une heure pour 5000 lux ou 2 heures pour 2500 lux
- La séance doit se dérouler assez tôt le matin, rapidement après le réveil, en général entre 7 et 9 heures
- Le patient doit garder les yeux ouverts, mais il n'est pas forcé de fixer le dispositif. Il est recommandé de regarder en direction du dispositif régulièrement, mais le patient peut avoir une autre activité en même temps (lire, manger...)
- Une séance par jour, pendant au moins deux semaines. L'amélioration des symptômes intervient généralement en une semaine, voire deux. Quand le traitement est interrompu, les symptômes reviennent en général en moins de deux semaines. C'est pourquoi il est recommandé de poursuivre le traitement pendant toute la saison automno-hivernale, avec possibilité d'avoir des séances plus courtes ou plus espacées une fois la rémission obtenue.

Il existe différents types de dispositifs (voir annexe 5) (63) :

- Classiquement, il s'agit d'un écran ou panneau lumineux ou « light box », placé verticalement en face du patient. Il peut être encombrant, et nécessite de rester de façon fixe devant.
- Il existe des dispositifs plus compacts, portatifs.
- Il existe aussi des lunettes ou visières lumineuses, ou « light visor ». Elles sont portatives, et permettent d'être mobile pendant la séance.

La tolérance de la luminothérapie est bonne. Les effets indésirables sont en général peu nombreux, le plus souvent modérés et transitoires (14) :

- Céphalées
- Fatigue visuelle
- Sécheresse oculaire
- Insomnie (surtout en cas de séances pratiquées le soir)
- Nausées
- Agitation

Il est conseillé dans ce cas de diminuer l'exposition soit en intensité lumineuse soit en durée, soit d'espacer les séances.

Le déclenchement d'un état hypomaniaque voire maniaque est possible, comme avec tout traitement à visée antidépressive (10).

Les dispositifs de luminothérapie n'entraînent pas de dommages oculaires, car ils ont un filtre à UV.

Un examen ophtalmologique avant traitement et une surveillance sont nécessaires (10) (14) devant :

- des pathologies ophtalmologiques préexistantes, notamment rétinienne (rétinite pigmentaire, dégénérescence maculaire, glaucome chronique)
- des maladies systémiques pouvant avoir des conséquences rétinienne (ex : diabète, lupus, hypertension artérielle)

- chez les sujets âgés
- chez les patients prenant des médicaments photosensibilisants (ex : le lithium).

L'observance pose parfois problème (8). Les patients ont tendance à rapidement arrêter le traitement après une période d'amélioration. Après un traitement par luminothérapie ayant amené une rémission complète un premier hiver, 12 à 41 % des patients poursuivent ce traitement l'hiver suivant.

La luminothérapie bénéficierait autant aux sujets dépressifs saisonniers qu'au sujets présentant un sub-syndrome saisonnier (12).

En alternative à la luminothérapie avec une lampe thérapeutique délivrant 10 000 lux, une promenade quotidienne d'une trentaine de minutes à l'extérieur tôt le matin produit un effet similaire (à condition qu'il fasse jour). Ceci pourrait constituer une option thérapeutique « naturelle » et peu coûteuse, mais demande une régularité et une constance importantes pour être efficace (59).

3 – Autres indications que la dépression saisonnière

La luminothérapie tend à se développer pour d'autres indications, représentant une alternative thérapeutique intéressante (10) :

- Dépression non saisonnière (en association avec un antidépresseur, et/ou des techniques de privation de sommeil)
- Syndrome prémenstruel
- Troubles du sommeil, notamment insomnie de maintien du sujet âgé
- Dépression de la femme enceinte
- Troubles en rapport avec une modification de phase : travail posté et jet lag

B – Antidépresseurs de deuxième génération (IRS)

Les IRS, inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine, notamment la fluoxétine et la sertraline, ont montré leur efficacité dans la dépression saisonnière, de façon équivalente à la luminothérapie (10) (15) (64).

Lam et al. ont démontré une efficacité et une tolérance comparables entre la luminothérapie et la fluoxétine (61). Ils avaient un taux de réponses cliniques de 67 % pour les deux types de traitement, et un taux de rémission de 50 % pour la luminothérapie et de 54 % pour la fluoxétine.

Les IRS sont plutôt bien tolérés. Les principaux effets indésirables peuvent être (15) : céphalées, syndrome pseudo-grippal, nausées, insomnie, diarrhées, palpitations, agitation, bouche sèche, troubles de la libido.

Une revue de littérature Cochrane a étudié l'efficacité des antidépresseurs de deuxième génération dans le traitement de la dépression saisonnière (65). Thaler et al. retrouvaient peu d'études valables, et celles incluses étaient faites avec de petits effectifs et présentaient de nombreux biais méthodologiques. Une étude retrouvait une efficacité comparable entre la fluoxétine et le placebo. Deux autres études comparaient la fluoxétine à la luminothérapie. Les deux traitements étaient comparables et efficaces dans le traitement de la dépression saisonnière. Les auteurs concluaient à une évidence faible, devant un manque de preuves de l'efficacité des antidépresseurs de deuxième génération, avec des études aux résultats contradictoires. Ils insistaient sur la nécessité de produire des études sur de plus larges effectifs.

C – Simulateur d'aube

Les simulateurs d'aube, développés par Terman et al. en 1989, simulent le lever du soleil, facilitant ainsi le réveil. Ils induiraient une avance de phase du rythme circadien. Ce sont des dispositifs lumineux qui exposent à une lumière d'intensité croissante (de 0 à 300 lux) pendant

une période précédant le réveil d'environ 40 minutes à 1 heure. Leur avantage est que le traitement a lieu pendant que le sujet dort encore, cela permet d'éviter les trente minutes de luminothérapie où il faut, avec la plupart des dispositifs, rester de façon fixe devant le dispositif.

Les études réalisées sur les simulateurs d'aube retrouvaient des résultats discordants (66).

Cependant, Golden et al. dans une revue de littérature et méta-analyse concluaient à une efficacité avérée des simulateurs d'aube dans le traitement des troubles affectifs saisonniers (5). Les simulateurs d'aube étaient associés à une réduction significative de la sévérité des symptômes dépressifs (5 études, taille de l'effet = 0.73, $p < 0.0001$).

D – Psychothérapies : les thérapies cognitivo-comportementales

Les psychothérapies pour la dépression saisonnière sont établies pour cibler les facteurs psychologiques inadaptés qui contribuent à la dépression. Les connaissances, les comportements, les modèles interpersonnels, la communication, les méthodes d'adaptation peuvent tous contribuer aux rechutes annuelles et aux récurrences.

Plusieurs types de psychothérapies ont été évaluées (67) :

- Les thérapies cognitivo-comportementales se concentrent sur la construction cognitive dépressive qui soutend les troubles affectifs en général, incluant les attitudes dysfonctionnelles, les pensées négatives automatiques, la réactivité cognitive. Les interventions comportementales se concentrent sur une restructuration cognitive et une activation comportementale.
- La thérapie cognitive fondée sur la pleine conscience utilise des techniques de TCC associées à la pleine conscience et la méditation (utilisant des techniques comme la respiration et les étirements).
- Les thérapies psychodynamiques aident à acquérir une meilleure conscience personnelle, et à comprendre comment les émotions et motivations inconscientes peuvent influencer le comportement.

- Les thérapies inter-personnelles améliorent la communication et les relations entre les personnes. Elles permettent aux patients d'identifier comment ils interagissent avec les autres et ainsi changer des comportements interpersonnels problématiques.
- La psychothérapie positive : la dépression peut être traitée non seulement en réduisant les symptômes négatifs mais aussi directement et premièrement en construisant des émotions positives et une force de caractère positive.

Parmi ces techniques, les TCC ont montré une efficacité clinique comparable et des taux de rémission similaires à la lumineothérapie pour traiter la dépression saisonnière (68) (69).

E – Autres traitements étudiés

Plusieurs autres traitements ont été essayés. Ils n'ont pas amené de résultats suffisamment probants, et pour beaucoup des résultats contradictoires en fonction des études. Ces études étaient souvent réalisées sur de petits effectifs, avec des biais importants et souvent sans placebo (15). Ces traitements envisagés étaient, entre autres, la mélatonine, les bêtabloquants, le millepertuis, la vitamine D et la vitamine B12. Ont aussi été étudiés le tryptophane, le ginkgo biloba, l'exercice physique (58).

X TRAITEMENT PREVENTIF

Le caractère par définition récurrent du trouble affectif saisonnier fait des éventuels traitements préventifs un enjeu majeur.

A – La luminothérapie

La luminothérapie a été étudiée en traitement préventif de la dépression saisonnière. Vu le caractère saisonnier et le fort taux de récurrence, la luminothérapie débutée avant l'apparition des symptômes pendant les mois d'automne hiver pourrait aider à prévenir l'humeur dépressive.

Une méta-analyse de la revue Cochrane n'a retrouvé qu'une seule étude randomisée contrôlée, monocentrique concernant 46 patients et présentant des biais importants. L'étude comparait la luminothérapie en lumière blanche (lunettes à 2500 lux), à la lumière infrarouge (lunettes à 0.18 lux) et à l'absence de traitement. Les deux types de luminothérapie préventive réduisaient l'incidence de récurrence de dépression saisonnière. La luminothérapie de lumière blanche réduisait de 36 % l'incidence de dépression saisonnière mais il y avait un possible effet de taille (petit échantillon).

L'évidence de l'efficacité de la luminothérapie en traitement préventif était limitée, de par la méthodologie et le faible effectif de l'échantillon. Du fait des faibles niveaux de preuve, le choix d'un éventuel traitement préventif devrait être guidé par les préférences des patients (70).

B – Bupropion LP

Le Bupropion LP (libération prolongée, ou XL pour extended-release) est un antidépresseur de deuxième génération, inhibiteur de la recapture de la dopamine et de la noradrénaline. Il serait un traitement intéressant à proposer en prévention des récurrences de dépression

saisonnaire. Il faudrait le commencer tôt en Automne, alors que les patients sont indemnes de tout symptôme, et le prolonger jusqu'au Printemps.

En effet, trois études prospectives, randomisées, contre placebo ont évalué le Bupropion LP en traitement préventif des récurrences de dépression saisonnière, sur une population nord-américaine. Les taux de récurrence sous Bupropion étaient plus bas de façon statistiquement significative : 15 % contre 27 % sous placebo, donnant une réduction du nombre de rechutes de 44 % pour les patients sous Bupropion (risque relatif = 0.56, IC_{95%} = [0.44-0.72]) (71).

Les résultats de ces études ont été repris dans une méta-analyse de la revue Cochrane, étudiant les antidépresseurs de deuxième génération en traitement préventif de la dépression saisonnière (72). Ils concluaient que le Bupropion peut prévenir la récurrence du TAS chez environ un patient sur 8. En d'autres termes, il faudrait traiter préventivement avec du Bupropion LP pendant la période hivernale 8 patients au passé de TAS pour éviter l'apparition du syndrome dépressif saisonnier à 1 personne.

Cependant le Bupropion entraîne un risque d'effets indésirables important tels qu'insomnie (25 à 35 % des cas), agitation, céphalées, anxiété, irritabilité, tremblements, vertiges, nausées, bouche sèche, constipation, douleurs abdominales, douleurs thoraciques, urticaire et très rarement des crises d'épilepsie (risque de 1 sur 1000). Dans d'autres études concernant le Bupropion, des effets indésirables graves ont été relevés tels qu'une augmentation des idées suicidaires voire des passages à l'acte, en particulier chez des adultes jeunes. Les contre-indications absolues au Bupropion sont un trouble grave du comportement alimentaire ou un sevrage d'alcool.

Vu les effets indésirables, le choix doit être guidé par les préférences du patient.

En France, le Bupropion n'a l'AMM que comme produit substitutif d'aide à l'arrêt du tabac.

C – Autres traitements préventifs

La mélatonine et l'agomélatine ont été étudiées en traitements préventifs de la dépression saisonnière. La mélatonine, hormone impliquée dans la régulation du sommeil, le contrôle de l'humeur et du comportement peut aider à régler le décalage de phase du rythme circadien

présent dans la dépression saisonnière. L'agomélatine, analogue de la mélatonine, permettrait de resynchroniser le rythme circadien et a un effet antidépresseur. Une méta-analyse de la revue Cochrane ne relevait aucune étude randomisée contrôlée de niveau de preuve suffisant montrant que la mélatonine ou l'agomélatine sont ou ne sont pas une intervention efficace dans la prévention de la dépression saisonnière (73).

Les psychothérapies ont été évaluées en traitement préventif de dépression saisonnière. Plusieurs types de psychothérapies ont été évaluées : thérapie cognitivo-comportementale (TCC), thérapie psychodynamique, thérapie cognitive fondée sur la pleine conscience (MBCT), thérapie inter-personnelle, psychothérapie positive. Une méta-analyse de la revue Cochrane ne retrouvait aucune étude randomisée contrôlée de niveau de preuve et méthodologie de qualité suffisants montrant que les psychothérapies sont ou ne sont pas une intervention efficace en prévention des récurrences de dépression saisonnière (67).

Une étude publiée après cette méta-analyse démontrait la supériorité des thérapies cognitivo-comportementales adaptées à la dépression saisonnière par rapport à la lumbinothérapie dans le traitement préventif des troubles affectifs saisonniers (74). Les récurrences étaient significativement moins nombreuses. Les symptômes en cas de récurrence étaient moins sévères. Les résultats suggéraient une meilleure durabilité de l'efficacité des TCC dans le temps puisqu'elles étaient supérieures à la lumbinothérapie en prévention des récurrences deux hivers après un traitement en phase aiguë.

D'autres mesures, relevant plus du bon sens, consistent en des ajustements du style de vie : faire plus d'exercice physique, augmenter la lumière dans la maison, pratiquer la relaxation et des techniques de gestion du stress, passer plus de temps à l'extérieur, aller en vacances dans des endroits plus chauds et plus ensoleillés (14).

XI CONSEQUENCES AU QUOTIDIEN POUR LES PATIENTS ET EVOLUTION

L'impact au quotidien de la dépression saisonnière revêt divers aspects.

Tout d'abord, les patients ressentent une somnolence diurne, une grande fatigue, et des difficultés de concentration, entraînant ainsi des difficultés au travail et dans leurs relations interpersonnelles (51).

Au travail, les conséquences ne sont pas seulement en terme de baisse de performance et de productivité, mais également en terme de sécurité : il y aurait un risque accru d'accidents de travail, en lien avec cet état de fatigue et de baisse de vigilance (51).

Ensuite, les dépressifs saisonniers ont tendance à avoir une consommation de soins accrue, à plus consulter leur médecin généraliste, et notamment plus fréquemment les mois d'hiver.

Deux études écossaises comparant rétrospectivement le nombre de consultations en soins primaires sur quatre ans des dépressifs saisonniers par rapport à des sujets contrôle, soulignaient ce phénomène. Le taux médian global sur quatre ans de consultation des patients dépressifs saisonniers (24.5 consultations) était supérieur à celui des sujets sains (17 consultations), de façon significative ($p = 0.019$). En regroupant les mois en saisons, les dépressifs saisonniers consultaient significativement plus en Automne et en Hiver ($p = 0.045$ et 0.003 , respectivement). En analyse multivariée, les mois de Février et d'Avril étaient les mois où les dépressifs saisonniers consultaient le plus ($p = 0.033$ et 0.029 , respectivement) (48).

Ces mêmes auteurs ont travaillé plus spécifiquement sur le recours au système de soins. Les dépressifs saisonniers, de façon significative, consultaient plus souvent, avaient une plus grande variété de symptômes. Ils recevaient plus de prescriptions, bénéficiaient de plus d'examens complémentaires, et étaient plus souvent adressés aux spécialistes. Le taux d'hospitalisations ne différait pas entre les deux groupes. Les auteurs expliquaient ces tendances par leur pathologie elle-même, leurs comorbidités, des facteurs liés à leurs personnalités, et une demande d'aide plus importante. La présentation multiple de leurs

symptômes contribuerait au fait que les dépressifs saisonniers soient insuffisamment diagnostiqués et donc traités. En effet dans cette étude, aucun des patients dépistés puis diagnostiqués dépressifs saisonniers n'avait été diagnostiqué auparavant par leur médecin (75).

Le nombre de jour d'arrêts de travail par mois serait significativement plus important pour les dépressifs saisonniers qu'en population générale. Il en serait de même pour le nombre de jours avec une baisse de productivité. Une étude autrichienne a retrouvé des taux d'arrêt de travail chez les dépressifs saisonniers plus de cinq fois supérieurs à ceux retrouvés en population générale, montrant ainsi un impact socio-économique important de cette pathologie (76).

Pour finir, une étude de suivi de patients diagnostiqués dépressifs saisonniers depuis 5 à 8 ans réalisée en 1995 (77) retrouvait l'évolution suivante :

- 38 % présentaient toujours une dépression saisonnière
- 28 % présentaient un trouble dépressif caractérisé récurrent, mais sans caractère saisonnier
- 18 % ne présentaient plus aucun trouble dépressif
- 6 % présentaient un sub-syndrome saisonnier
- 5 % bien que ne remplissant pas les critères de dépression selon le DSM, avaient toujours des symptômes saisonniers marqués.

DEUXIEME PARTIE – L’ETUDE

L’objectif principal de cette étude était de déterminer une estimation de la prévalence de la dépression saisonnière à caractère hivernal en soins primaires en Seine Maritime, à partir d’un questionnaire de dépistage.

Les objectifs secondaires étaient d’estimer la prévalence de dépression dans l’échantillon observé, à partir d’un questionnaire de dépistage, d’identifier des facteurs sociodémographiques pouvant être corrélés au score de saisonnalité global, et enfin d’établir les caractéristiques sociodémographiques de la population d’étude.

I MATERIEL ET METHODES

A – Matériel

1 – Type d’étude

Il s’agissait d’une étude quantitative, épidémiologique, transversale, descriptive, rétrospective, réalisée en soins primaires en Seine Maritime dans cinq cabinets à Boos, Le Trait, Duclair, Rouen, La Mailleraye Sur Seine (médecins et kinésithérapeutes).

Toutes ces communes se situent à une latitude de 49° Nord.

2 – Critères d’inclusion

L’étude incluait des patients âgés de 18 ans et plus, consultant en cabinet de médecine générale ou bénéficiant de soins de kinésithérapie, pendant une période prévue de deux mois (du 15/11/2016 au 15/01/2017).

B – Méthodes

1 – Méthodologie du recueil

Le questionnaire était proposé aux patients à leur arrivée au cabinet de médecine générale par la (les) secrétaire(s) ou le médecin, ou à leur arrivée au cabinet de kinésithérapie. Les patients étaient libres d'accepter de participer ou non à l'étude.

Les patients remplissaient le questionnaire en salle d'attente, en autonomie, ou dans le cabinet de consultation du médecin ou du kinésithérapeute et le rendaient ensuite au secrétariat, au médecin ou au kinésithérapeute.

2 – Questionnaire (annexe 7)

Le questionnaire comprenait trois parties :

- Première partie : le Score de Saisonnalité Global issu du Seasonal Pattern Assessment Questionnaire ou SPAQ (voir annexe 2). Ce questionnaire est un outil de dépistage du trouble saisonnier. Il évalue l'intensité du changement de six symptômes en fonction des saisons et donne un score de saisonnalité global (SSG) avec une souffrance ressentie (SR) associée. Le SSG est coté de 0 à 24, en fonction de 6 items évalués de 0 à 4 chacun. Les 6 items sont : 1) durée du sommeil, 2) activité sociale, 3) humeur (et sensation de bien-être), 4) poids, 5) appétit, et 6) niveau d'énergie. L'intensité est évaluée de 0 (pas de changement) à 4 (changement extrêmement marqué). La souffrance ressentie est évaluée de 0 à 5 (aucune à handicapante).
- Deuxième partie : c'est une échelle de dépression de Beck à 13 items ou BDI (Beck Depression Inventory) (voir annexe 1). Elle permet de dépister un syndrome dépressif, et sa sévérité le cas échéant. Elle est cotée de 0 à 39.
- Troisième partie : recueil de données sociodémographiques (voir ci-après).

3 – Critère de jugement principal

L'objectif principal de cette étude était d'estimer la prévalence de dépression saisonnière dans l'échantillon observé, à partir d'un questionnaire de dépistage, le SPAQ.

Le critère de jugement principal était donc la présence d'un trouble affectif saisonnier au SPAQ. Il est défini par l'association d'un score de saisonnalité global supérieur ou égal à 11 avec une souffrance ressentie au moins modérée. Ces critères sont ceux retenus par Kasper et al. pour définir la dépression saisonnière selon le SPAQ.

4 – Critères de jugement secondaires

Les objectifs secondaires étaient :

- D'estimer la prévalence de dépression dans l'échantillon observé, à partir d'un questionnaire de dépistage, le BDI-13,
- D'identifier des facteurs sociodémographiques pouvant être corrélés au score de saisonnalité global,
- D'établir les caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude.

Les critères de jugement secondaires étaient donc :

- La présence d'un syndrome dépressif défini par le score sur l'échelle de Beck. Nous avons retenu le seuil de 8, correspondant à un dépistage de syndrome dépressif d'intensité modérée.
- L'existence d'une corrélation des facteurs sociodémographiques au score de saisonnalité global.

5 – Données recueillies

Les données recueillies étaient :

- Le score de saisonnalité global de 0 à 24
- La souffrance ressentie de 0 à 5
- Le score de l'échelle de Beck de 0 à 39
- Le sexe
- L'âge
- La catégorie socioprofessionnelle (de 1 à 8, issues des catégories socioprofessionnelles de l'INSEE)
- Le statut marital
- La parentalité
- Le pays ou région d'origine
- La commune d'habitation
- L'année d'arrivée en région Haute Normandie
- L'existence d'antécédents personnels psychologiques/psychiatriques sans précision
- L'existence d'antécédents familiaux psychologiques/psychiatriques sans précision
- L'existence de dépression(s) antérieure(s)
- La prise de traitement psychotrope et notamment la prise d'antidépresseurs, d'anxiolytiques ou autres traitements
- L'existence d'un antécédent d'hospitalisation en psychiatrie

6 – Analyses statistiques

Les analyses statistiques ont été effectuées avec le Logiciel : R 3.3.1.

Les méthodes statistiques étaient les suivantes :

- Estimation des pourcentages : Méthode de Clopper-Pearson
- Estimation d'un odds ratio : Test exact de Fisher selon la méthode centrale
- Comparaison de pourcentages entre les centres : Tests exacts de Fisher

- Estimation d'un coefficient de corrélation de Pearson : Bootstrap non paramétrique à biais corrigé accéléré (du fait de l'asymétrie des distributions rendant invalide l'hypothèse de normalité du coefficient ayant subi la transformation de Fisher).
- Les questionnaires présentant des réponses partielles au SSG ou au BDI-13 ont été gérés de la manière suivante :
 - 1) Imputation des items manquants à la moyenne des autres items dans la limite d'un taux d'items manquants $\leq 50\%$ (3/6 items manquants pour le SSG et 6/13 items manquants pour le BDI-13)
 - 2) Exclusion des sujets présentant un taux d'items manquants $\geq 50\%$ sur le SSG ou sur le BDI-13
- Le lien entre le SSG et les caractéristiques sociodémographiques a été modélisé par un modèle linéaire général. L'estimation des modèles linéaires généraux a été faite par la méthode des moindres carrés.

Les critères d'inclusion dans les analyses statistiques étaient :

- Âge ≥ 18 ans
- Patient (non inclusion des accompagnants)

Les critères d'exclusion des analyses statistiques étaient :

- Remplissage de moins 50 % des items du SSG ou du BDI-13
- Les observations incomplètes sur les autres variables étaient seulement exclues des analyses concernant ces variables.

II RESULTATS

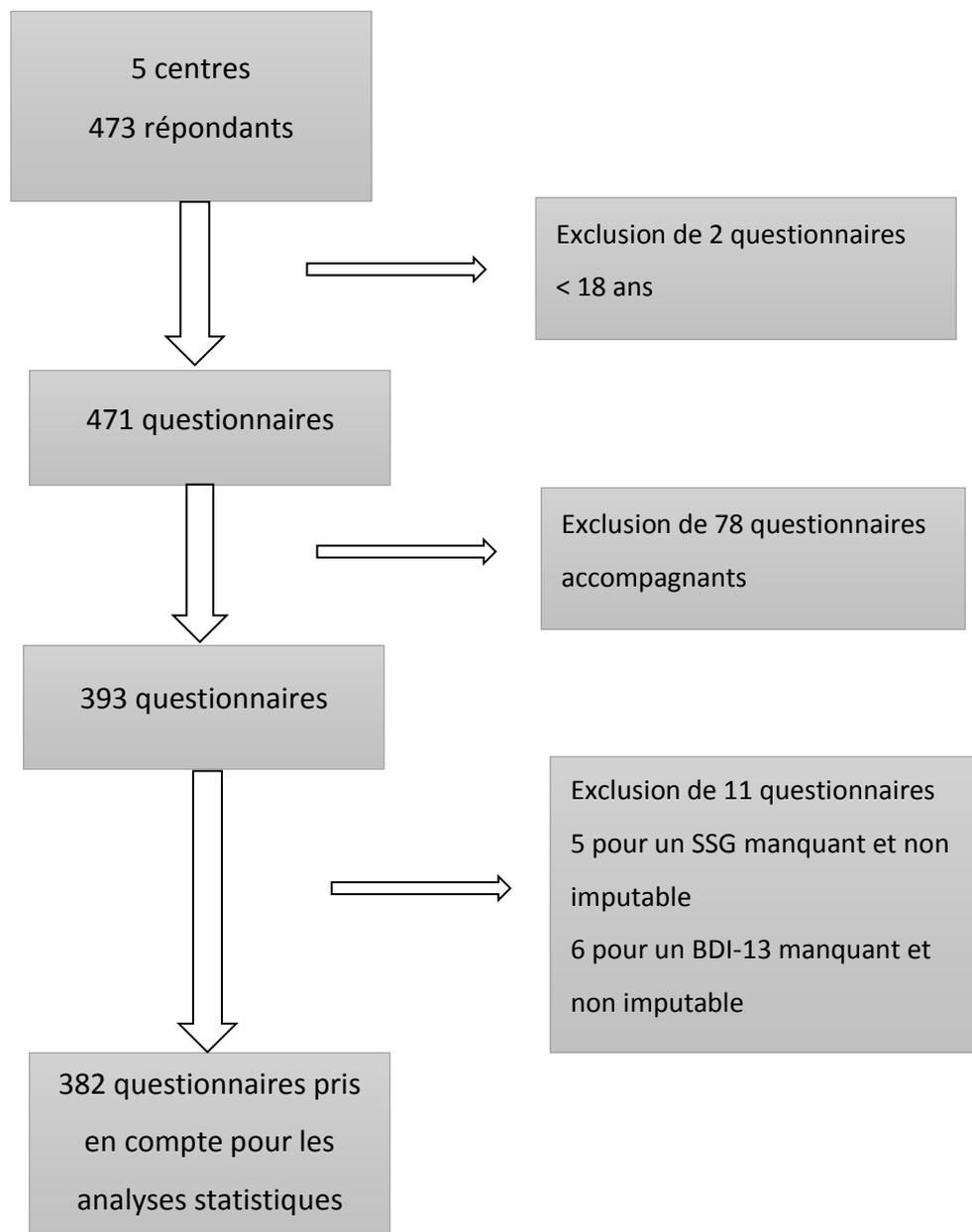
A – Données générales

1 – Nombre de patients inclus – Flow Chart

Nous avons recueilli 473 questionnaires dans 5 cabinets différents.

Selon les critères d'inclusion dans l'étude et dans les analyses statistiques, nous avons le flow chart suivant :

Figure 5 : Flow Chart du nombre de patients



La répartition du nombre de questionnaires inclus dans les analyses statistiques par cabinet était la suivante :

RÉPARTITION PAR CABINET DES QUESTIONNAIRES ANALYSÉS

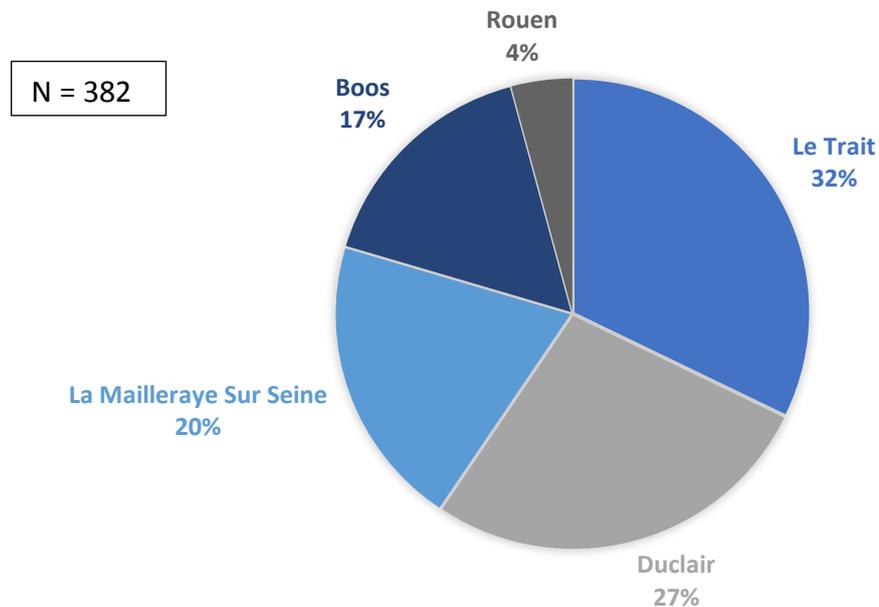


Figure 6 : Répartition par cabinet des questionnaires analysés

2 – Période d’inclusion

La période d’inclusion prévue était du 15 novembre 2016 au 15 janvier 2017.

Le recueil a eu lieu du 21 novembre 2016 au 12 janvier 2017, réalisant une période totale de recueil de 53 jours.

La médiane de dates de recueil était le 30/11/2016, le premier quartile le 28/11/2016 et le troisième quartile le 03/12/2016.

Quatre-vingt-douze pour cent des questionnaires recueillis l’ont été sur une période de 18 jours, entre le 21/11/2016 et le 08/12/2016.

B – Gestion des données manquantes : imputation des items manquants à la moyenne des autres items

Sur les 382 patients inclus dans les analyses, 28 ont eu une imputation du SSG (nombre d'items répondus entre 3 et 5) et 21 ont eu une imputation du BDI-13 (nombre d'items répondus entre 7 et 13).

La donnée parcellaire sur le SSG et le BDI-13 était liée puisqu'il y avait 6 sujets pour lesquels les données étaient parcellaires à la fois sur le SSG et le BDI-13 (Odds ratio = 6,1 ; $p = 0,002$).

1 – Pour le SSG

Sur les 28 SSG imputés, il y avait un nombre d'items manquants moyen \pm SD de $1,5 \pm 0,6$.

L'item 2 (activité sociale) était le plus souvent manquant, puis les items 3 (humeur, bien être) et 4 (poids).

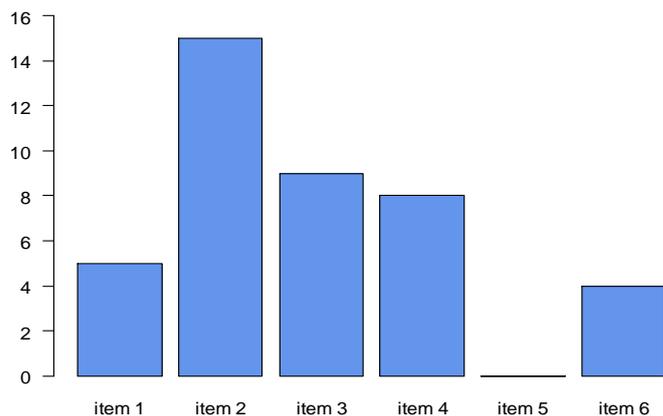


Figure 7 : Répartition des données manquantes selon l'item du SSG chez les patients pour lesquels on a imputé le SSG par la moyenne des autres items.

2 – Pour le BDI-13

Sur les 21 BDI-13 imputés, il y avait un nombre d'items manquants moyen \pm SD de $4,2 \pm 1,3$.

Les items de la fin du questionnaire étaient le moins souvent renseignés. Le moins renseigné était l'item J (sentiment d'être laid). Venaient ensuite les items G (idées suicidaires), I (prise de décision) et K (effort pour commencer à faire une activité).

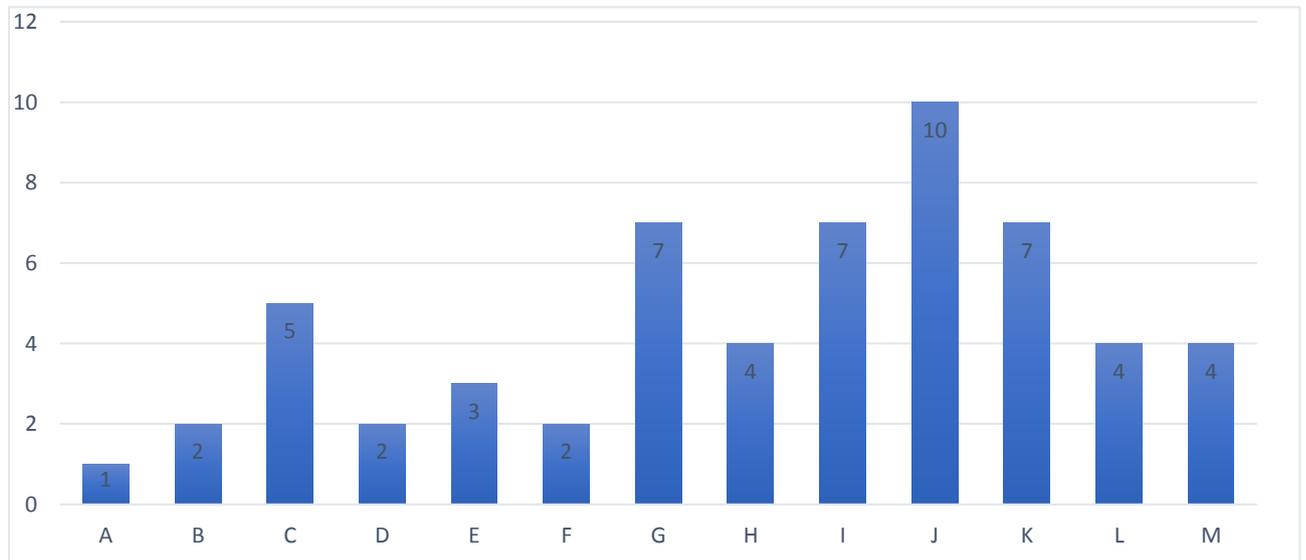


Figure 8 : Répartition des données manquantes selon l'item du BDI-13 chez les patients pour lesquels on a imputé le BDI-13 par la moyenne des autres items.

3 – Pour la souffrance ressentie (SR)

Sur les 382 patients analysables, deux avaient une donnée manquante sur la souffrance ressentie. L'un des deux avait un SSG égal à zéro et l'autre avait un SSG imputé (5 items/6 items remplis pour le SSG) à 9,6. Ils ont tous les deux été imputés à zéro (imputation simple) par un modèle de régression polytomique ordinaire expliquant la SR à partir du SSG.

Cette imputation n'a aucune influence sur le critère de jugement principal puisque quel que soit le statut de la SR, ces deux sujets étant en dessous du seuil SSG égal à 11, ils étaient classés comme exempts de dépression saisonnière.

C – Caractéristiques de la population d'étude

Tous les résultats suivants concernaient les 382 patients inclus dans les analyses statistiques. Les observations incomplètes sur les caractéristiques suivantes étaient seulement exclues des analyses concernant ces variables.

1 – Le sexe

RÉPARTITION SELON LE SEXE

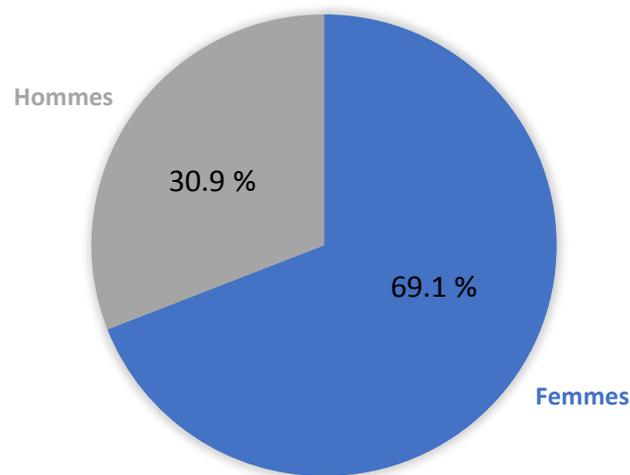


Figure 9 : Répartition de l'échantillon selon le sexe

2 – L'âge

L'âge moyen \pm SD était de 50,5 ans \pm 17,0 ans.

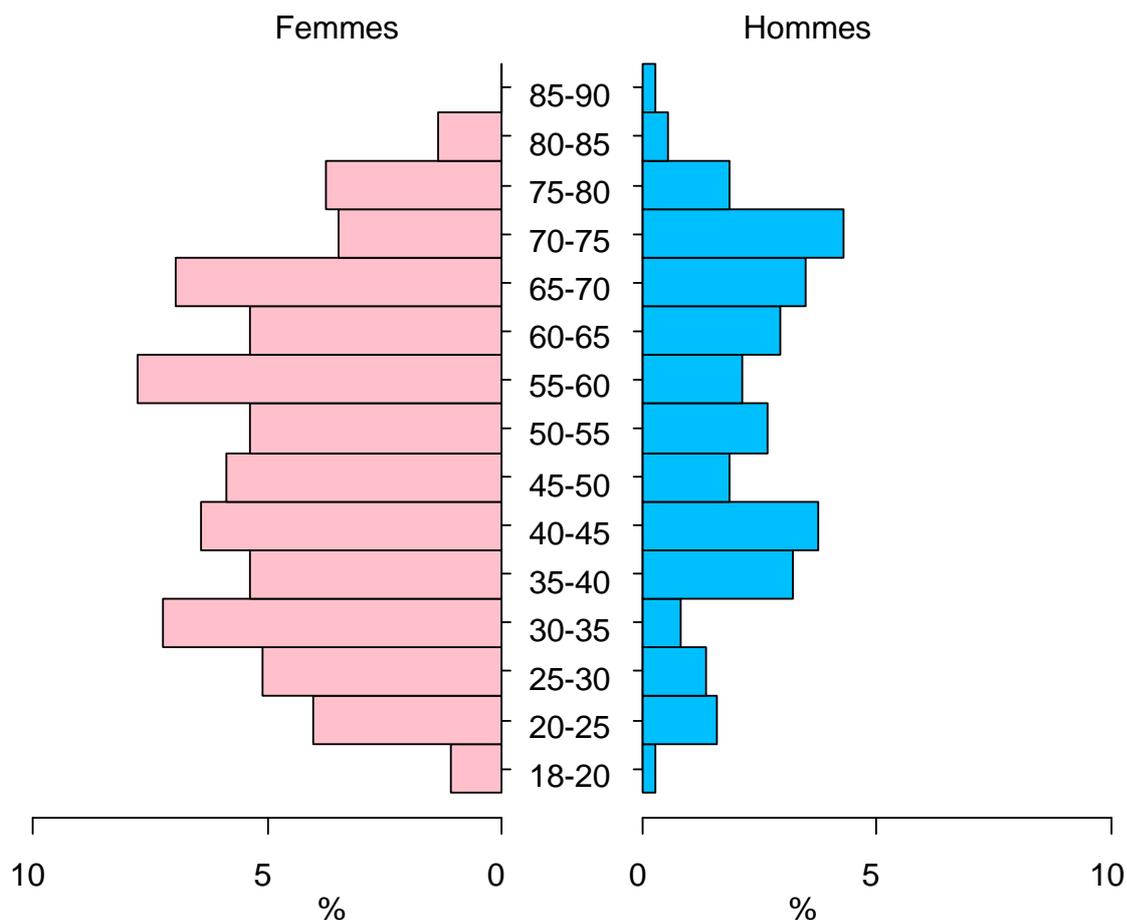


Figure 10 : Pyramide des âges

3 – La catégorie socioprofessionnelle (selon la classification de l'INSEE)

La catégorie socioprofessionnelle la plus représentée était celle des retraités : 120 patients (32.2 %).

Venaient ensuite les employés (74 patients soit 19.8 %), les professions intermédiaires (49 patients soit 13.1 %), les ouvriers (45 patients soit 12.1 %), et les autres personnes sans activité professionnelle (43 chômeurs, inactifs, ou étudiants : 11.5 %).

Les trois catégories les moins représentées étaient les cadres, professions libérales (29 patients soit 7.8 %), les artisans, commerçants et chefs d'entreprise (12 patients soit 3.2 %) et les agriculteurs (1 patient soit 0.3 %).

4 – Le statut marital

Une grande majorité de la population d'étude était en couple. Ils représentaient 298 patients (79.9 %).

Trente-cinq patients étaient célibataires (9.4 %), 21 étaient séparés (5.6 %) et 19 étaient veufs (5.1 %).

5 – Le nombre d'enfants

Le nombre d'enfants moyen par patient \pm SD était de 1,83 enfants \pm 1,30.

Dix-neuf pour cent des patients n'avaient pas d'enfant.

Les patients ayant 1 enfant représentaient 22.8 % de la population d'étude.

Les patients ayant 2 enfants représentaient 37.1 %.

Les patients ayant 3 enfants ou plus représentaient 21.1 %.

6 – La commune d'habitation

Sur les 382 patients, il y avait 363 répondants sur la commune.

Les 363 patients habitaient dans 70 communes différentes.

La commune la plus représentée, Duclair, représentait 14 % des patients.

Les trois communes les plus fréquentes représentaient 36.5 % des patients (Duclair 14 %, Le Trait 11.8 %, La Mailleraye Sur Seine 10.7 %).

Les dix communes les plus fréquentes représentaient 63.7 % des patients.

Une grande majorité de patients (93 %) habitaient dans des communes de taille petite ou moyenne.

TAILLE DE LA COMMUNE SELON LE PATIENT



Figure 11 : Répartition de l'échantillon selon la taille de la commune

7 – Les antécédents psychologiques/psychiatriques, de dépression, et d'hospitalisations en psychiatrie

Pour connaître les antécédents psychologiques/psychiatriques, de dépression et d'hospitalisations en psychiatrie des patients interrogés, il y avait quatre questions dans le questionnaire.

- Avez-vous déjà eu des problèmes de santé au niveau psychologique (ex : baisse de moral suite à des événements graves) ou psychiatriques ?

- o A titre personnel ?

A cette question, 163 patients avaient répondu dans l'affirmative soit 45.4 % des patients interrogés. Cent quatre-vingt-seize patients n'avaient jamais eu de problème psychologique ni psychiatrique (soit 54.6 % des patients). Vingt-trois patients n'avaient pas répondu à cette question.

- o Dans votre famille ?

Cent trente-sept patients avaient dans leur famille quelqu'un ayant été sujet à des difficultés psychologiques/psychiatriques (43.1 %). Il y avait pour cette question 64 données manquantes.

- Avez-vous déjà fait une (des) dépression(s) ?

Un antécédent de dépression était présent pour 129 patients soit 35 %.

- Avez-vous déjà été hospitalisé en psychiatrie ?

Quinze patients soit 4.1 % avaient déjà été hospitalisés en psychiatrie (18 données manquantes).

8 – La prise de traitements psychotropes

En prenant en compte toute la population d'étude :

- Quarante-vingt-dix patients (24.6 %) déclaraient prendre un ou plusieurs traitement(s) à visée psychotrope (16 données manquantes)
- Trente-neuf patients (10.8 %) déclaraient prendre un antidépresseur (20 données manquantes).
- Cinquante-quatre patients (14.9 %) déclaraient prendre un anxiolytique (20 données manquantes).
- Vingt et un patients (5.8 %) déclaraient avoir recours aux plantes ou à un autre traitement pour leur moral (20 données manquantes).

Parmi les patients prenant un traitement et en ayant précisé la nature (soit 86 patients sur 362, et 20 données manquantes), la répartition par type de traitement était celle présentée dans le tableau 1 :

Tableau 1 : Répartition des types de traitement chez les patients prenant un traitement à visée psychotrope (NB : le total n'est pas égal à 100 % du fait des patients prenant en association deux ou trois catégories de traitement)

Type de traitement	Nombre de patients	Pourcentage
Anxiolytique	54	62.8 %
Antidépresseur	39	45.3 %
Plantes, autres...	21	24.4 %

La répartition des traitements à visée psychotrope était la suivante :

REPARTITION DES TRAITEMENTS A VISEE PSYCHOTROPE

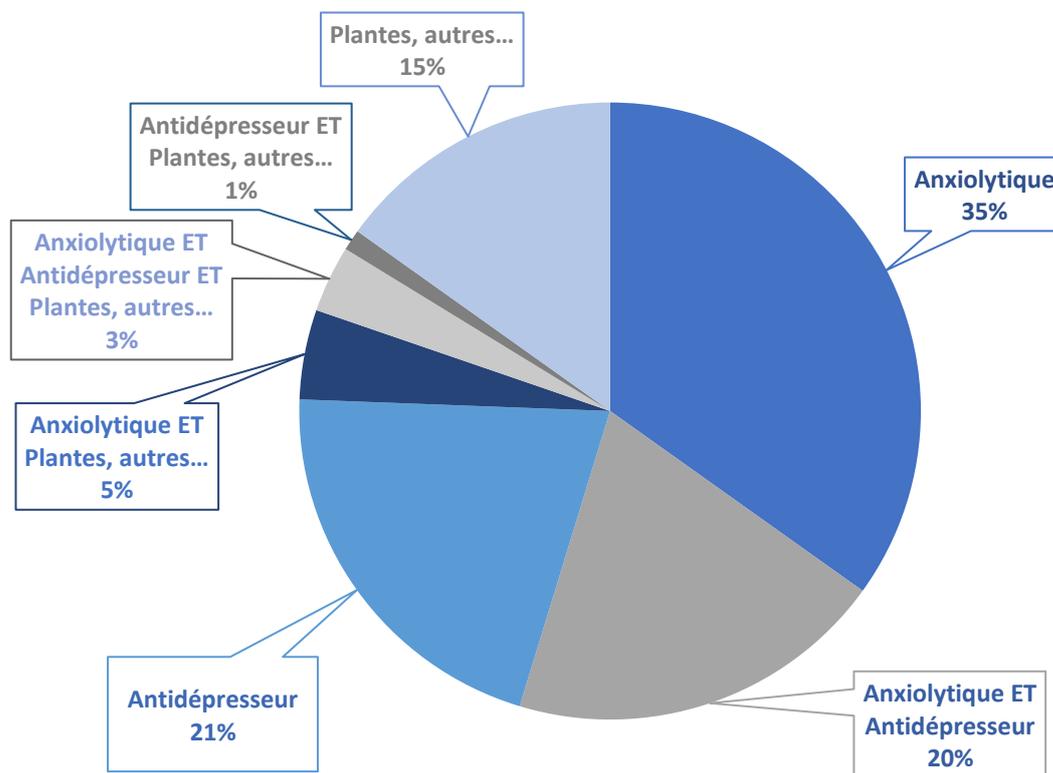


Figure 12 : Répartition des traitements à visée psychotrope

Lorsque les traitements étaient précisés, il s'agissait :

- Pour les anxiolytiques : Alprazolam (le plus fréquemment cité parmi les anxiolytiques), puis Lexomil, Lysanxia, Stresam, Temesta, Imovane, Atarax.
- Pour les antidépresseurs : Prozac, Effexor, Paroxetine, Seroplex, Citalopram, Anafranil, Cymbalta, Zoloft, Amitriptyline.
- Pour les plantes et autres traitements : Euphytose, Phytothérapie Dodo, Sympathyl, Vitamines, Tisane, Homéopathie, et recours au chiropracteur.

9 – L'évaluation du motif de consultation

Pour les analyses statistiques du motif de consultation, seul le premier motif de consultation indiqué était pris en compte.

Cette donnée était manquante pour 59 patients. Ces chiffres portent donc sur 323 patients.

La répartition des motifs de consultation est présentée dans le tableau 2.

Tableau 2 : Répartition des motifs de consultation

Motif de consultation	Nombre de patients	Pourcentage
Suivi (renouvellement de traitement, résultats d'examens complémentaires)	120	37.2 %
Infection aiguë	59	18.3 %
Rhumatologie (douleurs articulaires, rachidiennes, troubles musculosquelettiques...)	37	11.4 %
Soins de kinésithérapie	17	5.3 %
Gynécologie	16	5.0 %
Actes administratifs (dossiers, certificats...)	14	4.4 %
Actes de prévention (vaccination, ...)	13	4.0 %
Cardio-vasculaire	9	2.8 %
Gastro-entérologie et uro-néphrologie	9	2.8 %
Psychiatrie (suivi de dépression, stress, angoisses...)	7	2.1 %
ORL	6	1.9 %
Neurologie (céphalées...)	4	1.2 %
Dermatologie	4	1.2 %
Soins d'ostéopathie	3	0.9 %
Fatigue	3	0.9 %
Séance d'hypnose	1	0.3 %
Cancérologie	1	0.3 %

D – Résultats selon le SSG issu du SPAQ

Sur les 382 personnes incluses dans les analyses statistiques,

93 patients soit **24,3 %** (IC_{95%} = [20,1 % - 29,0 %]) avaient un SSG ≥ 11 et une SR ≥ 2 (à la fois) définissant une **estimation de prévalence de dépression saisonnière** sous l'hypothèse Sensibilité = 100 % et Spécificité = 100 % du score de saisonnalité global associé à la souffrance ressentie issu du SPAQ.

La moyenne \pm SD du SSG était de $8,35 \pm 5,41$.

La moyenne \pm SD de la souffrance ressentie était de $1,07 \pm 1,36$.

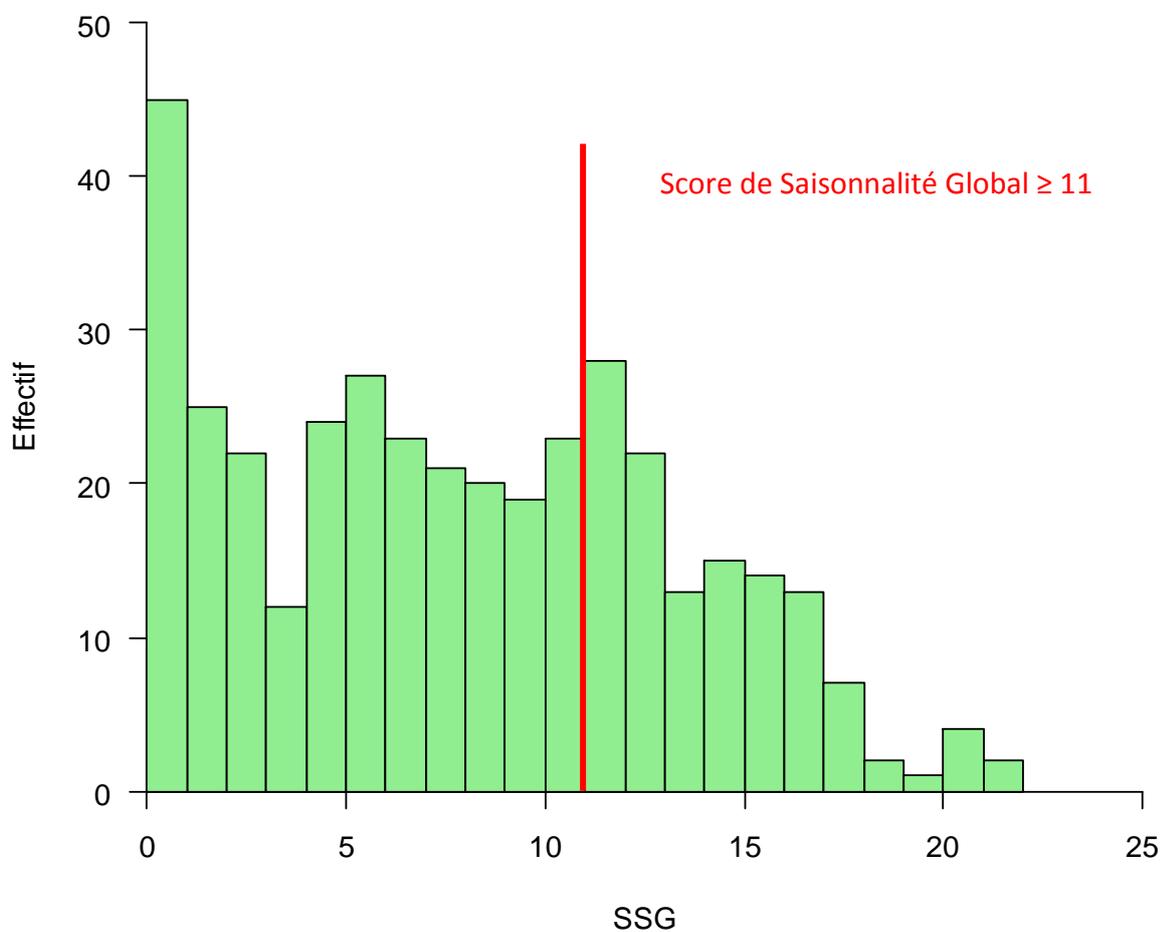


Figure 13 : Histogramme du score de saisonnalité global

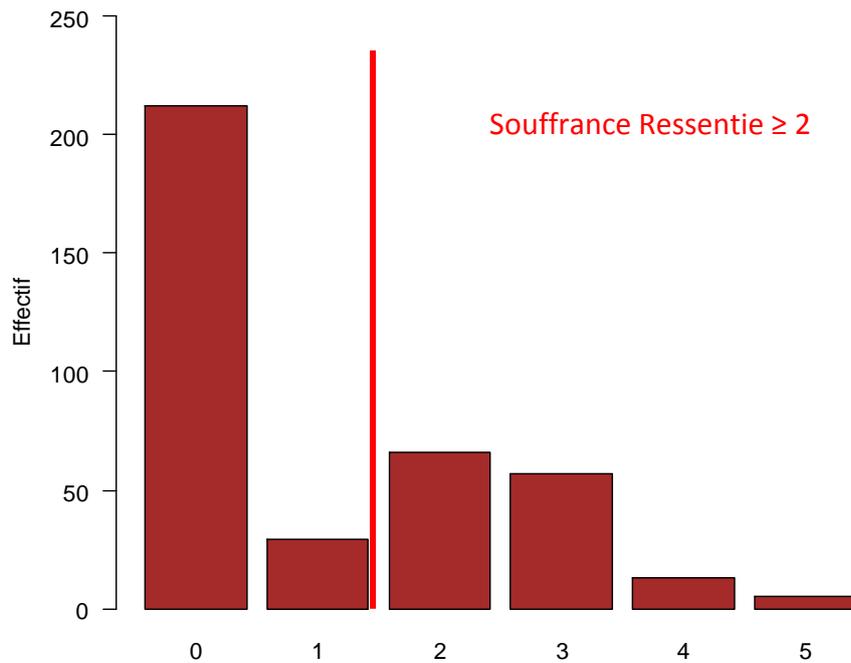


Figure 24 : Diagramme en barres du score de souffrance ressentie (SR)

E – Résultats selon le BDI-13

Sur les 382 personnes incluses dans les analyses statistiques,

84 patients soit **22,0 %** (IC_{95%} = [17,9 % - 26,5 %]) avaient un Beck ≥ 8 définissant une **estimation de prévalence de dépression d'intensité modérée** sous l'hypothèse Sensibilité = 100 % et Spécificité = 100 % du BDI-13.

La moyenne \pm SD du BDI-13 était de $5,19 \pm 4,91$.

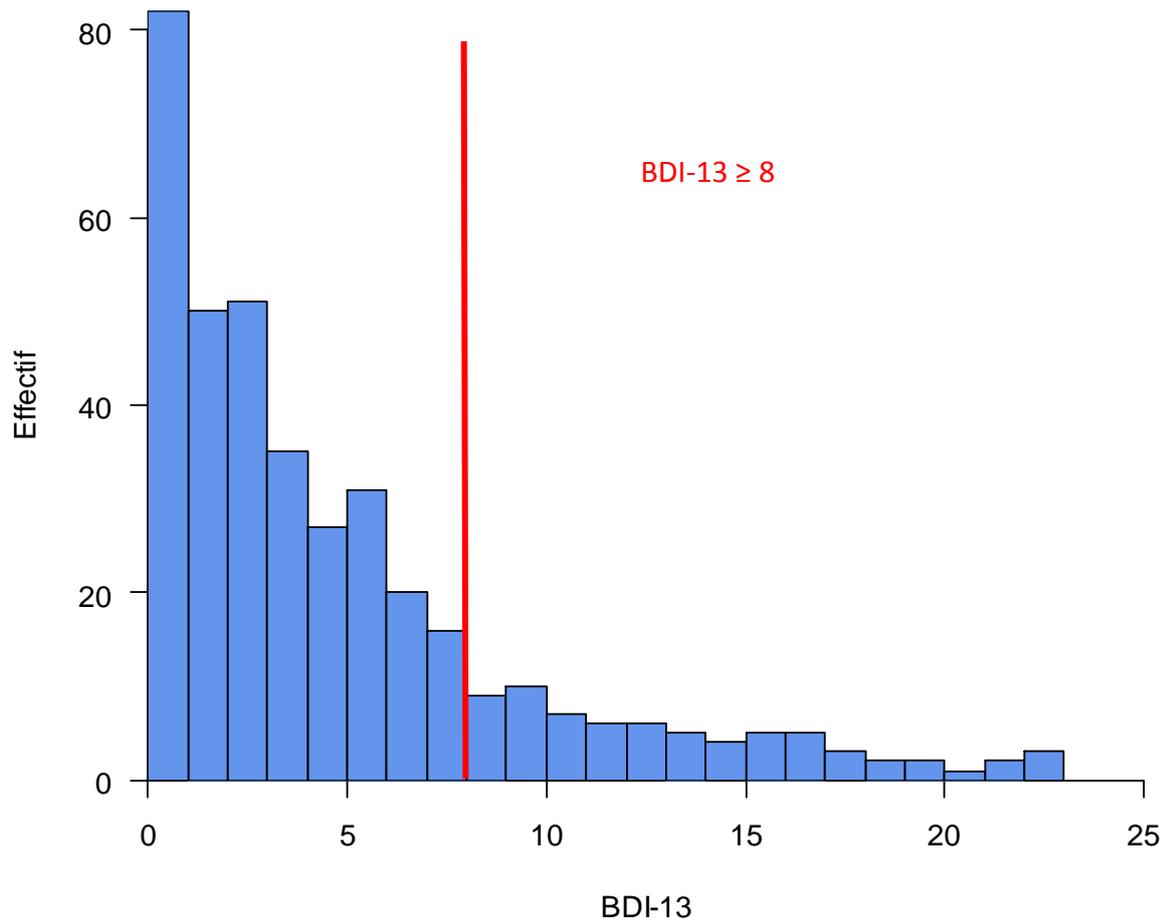


Figure 15 : Histogramme du BDI

F – Observations complémentaires

Il y avait 10,8 % des patients consommant des antidépresseurs.

Parmi eux,

- 3,4 % avaient un dépistage positif de dépression d'intensité modérée (BDI \geq 8)
- 3,9 % avaient un dépistage positif de dépression saisonnière (SSG \geq 11 et SR \geq 2).

G – Tableau de contingence, odds ratio et risque relatif

Les données précédemment décrites sont présentées dans les deux tableaux de contingence suivants :

Tableau 3 : Tableau de contingence (chiffres exprimés en pourcentages)

	BDI-13 < 8	BDI-13 ≥ 8	Total
Pas de dépression saisonnière	65.2 %	10.5 %	75.7 %
Dépression saisonnière	12.8 %	11.5 %	24.3 %
Total	78.0 %	22.0 %	100 %

Tableau 4 : Tableau de contingence (chiffres exprimés en nombre de patients)

	BDI-13 < 8	BDI-13 ≥ 8	Total
Pas de dépression saisonnière	249	40	289
Dépression saisonnière	49	44	93
Total	298	84	382

De ces tableaux, nous pouvons établir les observations suivantes :

- L'odds ratio ou rapport des cotes du BDI-13 selon la dépression saisonnière était équivalent à l'odds ratio de la dépression saisonnière selon le BDI-13.
Il était égal à OR = 5,6 (IC_{95%} = [3,2 – 9,8]).

L'odds ratio permet d'établir une corrélation binaire.

L'odds ratio ou rapport des cotes du BDI-13 selon la dépression saisonnière permet de comparer la cote de risque de dépression chez les dépressifs saisonniers avec la cote de risque de dépression chez les non dépressifs saisonniers.

$$\text{odds ratio du Beck selon la dépression saisonnière} = \frac{44/49}{40/249} = \frac{44 \times 249}{49 \times 40}$$

L'odds ratio ou rapport des cotes de la dépression saisonnière selon le BDI-13 permet de comparer la cote de risque de dépression saisonnière chez les dépressifs avec la cote de risque de dépression saisonnière chez les non dépressifs.

$$\text{odds ratio de la dépression saisonnière selon le Beck} = \frac{44/40}{49/249} = \frac{44 \times 249}{49 \times 40}$$

Cela signifie que développer une dépression était plus fréquemment observé chez les dépressifs saisonniers, de même que développer une dépression saisonnière était plus fréquemment observé chez les dépressifs.

- Nous pouvons établir des risques relatifs.

Le risque d'avoir un score BDI-13 ≥ 8 chez les dépistés dépression saisonnière était de 47,3 %.

Le risque d'avoir un score BDI-13 ≥ 8 chez les dépistés négatifs de dépression saisonnière était de 13,8 %.

Ces deux risques donnent un risque relatif d'avoir un score BDI-13 ≥ 8 si on est dépisté positif de dépression saisonnière de 3,43.

Le risque de dépression saisonnière chez les sujets ayant un score BDI-13 ≥ 8 était de 52,4 %.

Le risque de dépression saisonnière chez les sujets ayant un score BDI-13 < 8 était de 16,4 %.

Ces deux risques donnent un risque relatif de dépression saisonnière selon le score du BDI-13 ≥ 8 de 3,20.

H – Corrélation entre le score de saisonnalité global et le BDI-13

Le coefficient Kappa de Cohen était de 0,346. Ce coefficient montre que les deux échelles SSG et BDI-13 étaient corrélées mais non identiques. En effet, ces deux échelles ne mesurent pas la même chose, bien que concernant un sujet commun.

Le coefficient de corrélation de Pearson permet d'établir une corrélation continue entre des valeurs quantitatives, et est illustré par un nuage de points. Il évalue le degré de dépendance linéaire entre deux variables, soit l'intensité de la relation entre deux variables.

Le coefficient de corrélation de Pearson entre le SSG et le BDI-13 était égal à 0,487 (IC_{95%} = [0,398 - 0,563]) estimé par bootstrap non paramétrique à biais corrigé accéléré (78). Il existait donc une corrélation linéaire positive, faible à moyenne entre ces deux variables.

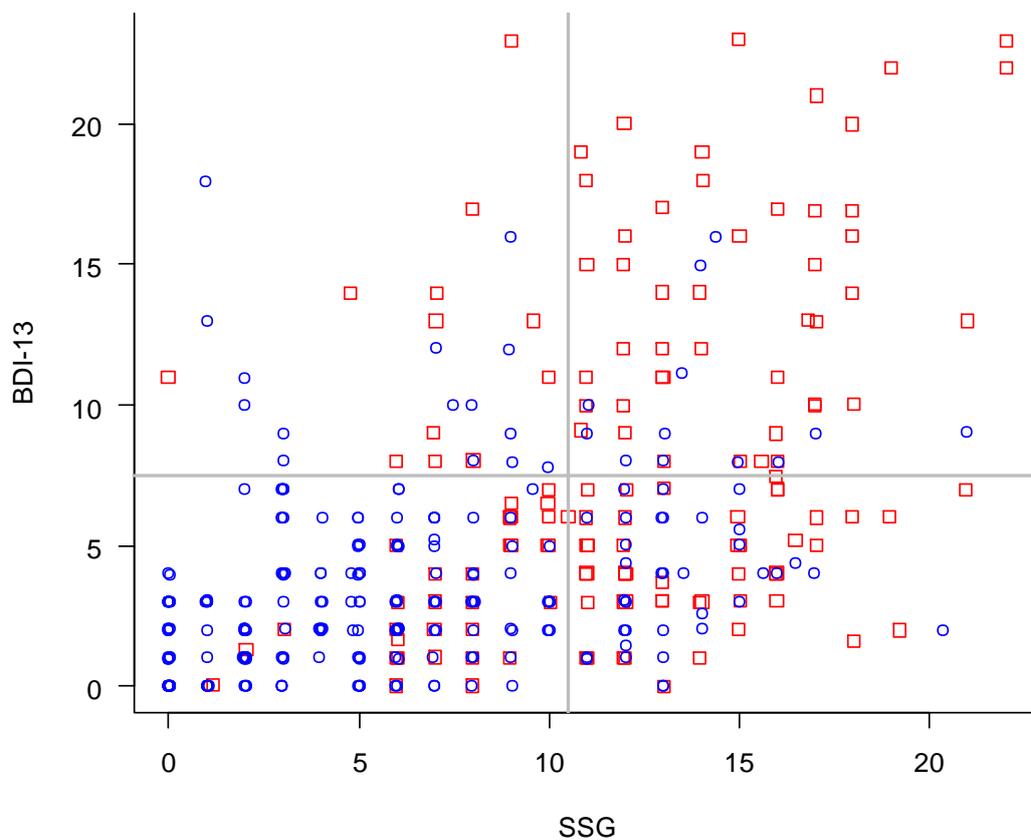


Figure 16 : Nuage de points du BDI-13 selon le SSG (représentés avec jitter (rajouté d'offset aléatoire) pour que les points ne soient pas superposés). Carrés rouges = SR ≥ 2 et ronds bleus = SR ≤ 1.

I – Recherche d'un effet centre

Afin de bien interpréter les résultats, il était judicieux de rechercher un effet centre (prévalence différente selon le centre).

Tableau 5 : Recherche d'un effet centre pour la prévalence de dépression saisonnière IC_{95%} = [8,96 – 21,95]

		Pas de dépression saisonnière	Dépression saisonnière
Le Trait	Valeur	92 / 123	31 / 123
	Pourcentage	74,8 % IC _{95%} = [66,17 % - 82,19 %]	25,2 % IC _{95%} = [17,81 % - 33,83 %]
Duclair	Valeur	81 / 104	23 / 104
	Pourcentage	77,88 % IC _{95%} = [68,69 % - 85,43 %]	22,12 % IC _{95%} = [14,57 % - 31,31 %]
La Mailleraye Sur Seine	Valeur	60 / 77	17 / 77
	Pourcentage	77,92 % IC _{95%} = [67,02 % - 86,58 %]	22,08 % IC _{95%} = [13,42 % - 32,98 %]
Boos	Valeur	45 / 62	17 / 62
	Pourcentage	72,58 % IC _{95%} = [59,77 % - 83,15 %]	27,42 % IC _{95%} = [16,85 % - 40,23 %]
Rouen	Valeur	11 / 16	5 / 16
	Pourcentage	68,75 % IC _{95%} = [41,34 % - 88,98 %]	31,25 % IC _{95%} = [11,02 % - 58,66 %]
Significativité : « petit p »		0,84	

Tableau 6 : Recherche d'un effet centre pour la prévalence de dépression d'intensité modérée (BDI-13 ≥ 8).

		Pas de dépression	Dépression
Le Trait	Valeur	97 / 123	26 / 123
	Pourcentage	78,86 % IC _{95 %} = [70,58 % - 85,7 %]	21,14 % IC _{95 %} = [14,3 % - 29,42 %]
Duclair	Valeur	81 / 104	23 / 104
	Pourcentage	77,88 % IC _{95 %} = [68,69 % - 85,43 %]	22,12 % IC _{95 %} = [14,57 % - 31,31 %]
La Mailleraye Sur Seine	Valeur	60 / 77	17 / 77
	Pourcentage	77,92 % IC _{95 %} = [67,02 % - 86,58 %]	22,08 % IC _{95 %} = [13,42 % - 32,98 %]
Boos	Valeur	51 / 62	11 / 62
	Pourcentage	82,26 % IC _{95 %} = [70,47 % - 90,8 %]	17,74 % IC _{95 %} = [9,2 % - 29,53 %]
Rouen	Valeur	9 / 16	7 / 16
	Pourcentage	56,25 % IC _{95 %} = [29,88 % - 80,25 %]	43,75 % IC _{95 %} = [19,75 % - 70,12 %]
Significativité : « petit p »		0,31	

Cet effet centre n'était significatif ni pour la dépression saisonnière ni pour la dépression.

Ces données sont rassurantes. L'extrapolation des taux généraux à tous les centres de l'étude paraît raisonnable.

J – Corrélation des facteurs sociodémographiques et du SSG

Pour cette analyse, on se limitait aux 372 sujets pour lesquels l'âge, le sexe et le statut conjugal étaient définis (exclusion de 10 sujets). Il s'agit donc d'une analyse en observations complètes.

Tableau 7 : Modèles linéaires généraux expliquant le SSG à partir d'une covariable (analyse bivariée) ou de toutes les covariables (analyse multivariée)

Variable		Bivarié	« p » bivarié	Multivarié	« p » multivarié
Localisation du cabinet					
	Le Trait	0 (référence)			
	Duclair	-0,40 [-1,82 ; 1,02]	0,58	-0,25 [-1,64 ; 1,14]	0,73
	La Mailleraye	0,18 [-1,38 ; 1,74]	0,82	0,09 [-1,44 ; 1,61]	0,91
	Boos	1,22 [-0,45 ; 2,88]	0,15	0,74 [-0,91 ; 2,40]	0,38
	Rouen	2,13 [-0,85 ; 5,12]	0,16	1,13 [-1,83 ; 4,09]	0,46
Age					
	18-39 ans	0 (référence)			
	40-64 ans	-0,42 [-1,68 ; 0,84]	0,51	-0,09 [-1,39 ; 1,22]	0,89
	65-74 ans	-3,47 [-5,06 ; -1,89]	< 0,0001	-2,74 [-4,44 ; -1,03]	0,002
	≥ 75 ans	-3,14 [-5,28 ; -1,00]	0,004	-2,37 [-4,76 ; 0,02]	0,0526
Sexe					
	Homme	0 (référence)			
	Femme	1,48 [0,30 ; 2,66]	0,014	1,19 [0,00 ; 2,39]	0,0502
Statut conjugal					
	Célibataire	0 (référence)			
	En couple	-1,73 [-3,61 ; 0,15]	0,072	-1,03 [-2,91 ; 0,85]	0,28
	Séparé	-1,65 [-4,56 ; 1,25]	0,27	-1,10 [-4,03 ; 1,82]	0,46
	Veuf	-3,94 [-7,00 ; -0,89]	0,012	-1,90 [-5,23 ; 1,43]	0,26

La localisation du cabinet n'était pas corrélée au SSG, que ce soit en analyse bivariée ou multivariée.

Concernant l'âge, pour la catégorie des 65-74 ans, il existait une corrélation négative avec le SSG, statistiquement significative aussi bien en analyse bivariée ($p < 0.0001$) qu'en multivariée ($p = 0.002$). Pour les plus de 75 ans, il existait la même corrélation négative avec le SSG statistiquement significative en analyse bivariée ($p = 0.004$) mais atteignant à peine le seuil de

significativité statistique en analyse multivariée ($p = 0.0526$). L'âge serait donc un facteur associé à une déclaration d'un taux plus bas de SSG.

Concernant le sexe, le fait d'être une femme était positivement corrélé au SSG, de façon statistiquement significative en analyse bivariée ($p = 0.014$) mais là encore atteignant à peine le seuil de significativité statistique en analyse multivariée ($p = 0.0502$). Le sexe féminin serait associé à un taux déclaré plus haut de SSG.

Enfin, concernant le statut conjugal, le fait d'être veuf/veuve était négativement corrélé au SSG, de façon statistiquement significative uniquement en analyse bivariée ($p = 0.012$). Le lien avec le statut conjugal disparaissait en multivariée, probablement parce qu'une partie de cet effet était attribuable à l'âge.

L'estimation des modèles linéaires généraux a été faite par la méthode des moindres carrés. Les conditions de validité du modèle linéaire général multivarié (méthode des moindres carrés) ont été vérifiées par une analyse de sensibilité par bootstrap studentisé des résidus. Ces conditions de validité étaient plutôt bien respectées.

III DISCUSSION

Les objectifs de cette étude épidémiologique, quantitative, rétrospective, réalisée en soins primaires dans cinq cabinets seinomarins, en période automno-hivernale étaient :

- 1) D'estimer la prévalence de dépression saisonnière dans l'échantillon observé, à partir d'un questionnaire de dépistage, le SPAQ
- 2) D'estimer la prévalence de dépression dans l'échantillon observé, à partir d'un questionnaire de dépistage, le BDI-13
- 3) D'établir les caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude
- 4) D'identifier des facteurs sociodémographiques pouvant être corrélés au score de saisonnalité global.

Les principaux résultats de cette enquête épidémiologique réalisée dans un échantillon de population consultant en soins primaires composée de 382 répondants montrent que :

- 24,3 % des répondants étaient dépistés positifs pour la dépression saisonnière selon les critères définis par le score de saisonnalité global associé au score de souffrance ressentie, issus du SPAQ.
- 22,0 % des répondants étaient dépistés positifs pour une dépression d'intensité modérée selon le BDI-13.
- Développer une dépression était plus fréquemment observé chez les dépressifs saisonniers, de même que développer une dépression saisonnière était plus fréquemment observé chez les dépressifs, les deux phénomènes étant corrélés.
- Le risque relatif d'avoir un score BDI-13 ≥ 8 si on est dépisté positif de dépression saisonnière était de 3,43 et le risque relatif de dépression saisonnière selon le score du BDI-13 ≥ 8 de 3,20.
- Un antécédent de dépression était présent pour 129 patients soit 35 % de l'échantillon.
- 24.6 % de l'échantillon (90 patients) déclarait prendre un ou plusieurs traitement(s) à visée psychotrope. Parmi ceux déclarant prendre un traitement, 62.8 % prenaient un anxiolytique, 45.3 % un antidépresseur, et 24.4 % avaient recours aux plantes ou à un autre moyen thérapeutique.

- Concernant les facteurs sociodémographiques pouvant être corrélés au score de saisonnalité global :
 - o La localisation du cabinet n'était pas corrélée au SSG,
 - o L'âge serait un facteur associé à une déclaration d'un taux plus bas de SSG,
 - o Le sexe féminin serait associé à un taux déclaré plus haut de SSG,
 - o Le lien avec le statut conjugal disparaissait en multivarié, probablement parce qu'une partie de cet effet était attribuable à l'âge.

A – Critiques générales

1 – Matériel de l'étude

Les cabinets n'ont pas été sélectionnés de façon aléatoire. Il s'agissait de lieux de remplacements (anciens lieux de stage pour certains), ou de lieux d'exercice de confrères ayant accepté de participer à l'étude. La recherche d'un éventuel effet centre, non significatif, permettait de confirmer l'extrapolation des résultats à l'ensemble de l'échantillon.

Le questionnaire était présenté à toute personne de plus de 18 ans se présentant dans les cabinets. Nous avons prévu initialement d'inclure les personnes accompagnant un de leurs proches en consultation. Il a fallu les exclure car ils ne permettaient pas de définir une population de consultants en soins primaires. Si nous les avons inclus dans les analyses, l'échantillon aurait donc été un « melting pot » mal défini, posant problème dans l'interprétation des résultats.

2 – Méthode de l'étude

a- Le questionnaire en lui-même

Le questionnaire étant déjà long, nous avons pris le parti de ne pas faire figurer dans son intégralité le SPAQ. Ainsi on n'évaluait que le score de saisonnalité global, associé au degré de

souffrance ressentie. Cette partie permet à elle seule de conclure pour le dépistage de dépression saisonnière.

Selon les critères de Kasper et al. (12) définissant la dépression saisonnière par le SPAQ, il faut les trois critères suivants :

- SSG \geq 11
- SR \geq 2
- Se sentir moins bien en période automno-hivernale.

Ce dernier critère n'était pas directement évalué. Le recueil ayant eu lieu en période automno-hivernale, et l'utilisation de l'échelle BDI-13 évaluant le moral au moment du recueil, permettaient indirectement d'avoir cette notion.

D'autres données auraient été intéressantes à évaluer concernant les traitements et prises en charge : une éventuelle prise en charge par psychothérapie, ou luminothérapie, et le recours à une prise en charge spécialisée par un psychiatre.

b- Choix d'utilisation du SPAQ

Le SPAQ a été choisi car il est un questionnaire de DEPISTAGE de dépression saisonnière parmi les plus utilisés et évalués dans les études de prévalence du TAS.

Il a l'intérêt d'être un auto-questionnaire simple, fiable, reproductible, validé, et d'avoir un temps de passation assez court, rendant acceptable son utilisation dans notre étude.

Il présente de nombreuses limites, en particulier celle de surestimer la prévalence de dépression saisonnière (47).

On recherche, pour tout test (dépistage ou diagnostic) qu'il soit très sensible et très spécifique. La sensibilité et la spécificité varient en sens inverse. Pour un dépistage, on recherche une forte sensibilité (baissant alors le nombre de faux négatifs), de façon à détecter le plus grand

nombre de malades. Pour un diagnostic, on recherche une forte spécificité de façon à réduire le nombre de faux positifs.

Si un test de dépistage est sensible, il y aura peu de faux négatifs, mais beaucoup de faux positifs. La conséquence sera que ce test de dépistage conclura à une prévalence élevée.

Pour le SPAQ, la sensibilité et la spécificité étaient différentes en fonction des études. Les plus anciennes trouvaient une bonne sensibilité mais une faible spécificité. Les dernières retrouvaient l'inverse : une bonne spécificité mais faible sensibilité.

Raheja et al. (40) remettaient en cause la fiabilité du SPAQ. Il ne permettrait pas de prédire l'évolution de la maladie. Selon eux, les critères de dépression saisonnière définis par Kasper et utilisés dans la plupart des études épidémiologiques avaient considérablement surestimé la prévalence réelle de la dépression saisonnière.

Andrew et al. (48) retrouvaient une surestimation de prévalence par le SPAQ : de 9.7 %, elle tombait à 3.9 % lorsqu'elle était évaluée cliniquement (confirmation diagnostique de dépression saisonnière conformément aux critères du DSM IV et de l'échelle de dépression de Hamilton (SIGH-SAD)).

En fonction des questionnaires de dépistage et des critères diagnostics du TAS, Pjrek et al. (76) trouvaient des taux de prévalence différents. Elle était de 2.4 % selon les critères du DSM V (évalués par le SHQ), et 1.9 % avec les critères de la CIM-10. Selon les critères de Kasper et Rosenthal (selon le SPAQ), le taux était de 3.5 %.

Mersch et al. (9) ne retrouvaient des faux positifs du SPAQ que dans le groupe des patients dépressifs non saisonniers. La surestimation de la prévalence du TAS pourrait être selon eux en partie expliquée par le dépistage des dépressifs non saisonniers en tant que dépressifs saisonniers.

Un autre problème des questionnaires de dépistage est celui des seuils retenus. Concernant le SPAQ, le seuil choisi est de 11 ou plus pour le SSG. Si on prenait un seuil plus haut, on serait plus spécifique, mais on augmenterait le nombre de faux négatifs.

La surestimation de la prévalence pourrait également être due au caractère rétrospectif du questionnaire (79).

Le SPAQ ne prend pas en compte tous les critères diagnostiques de dépression saisonnière tels qu'ils sont définis par le DSM 5. Il n'évalue pas tous les symptômes dépressifs, ni le nombre d'épisodes antérieurs ni la persistance des symptômes depuis au moins 15 jours. Il n'évalue pas non plus l'évolution classique de la dépression saisonnière faite d'épisodes dépressifs et de rémissions complètes.

Il aurait été intéressant de réaliser l'étude avec le SHQ (Seasonal Health Questionnaire). Il paraît avoir de meilleures propriétés en tant que test de dépistage (43), mais a été moins évalué dans la littérature et moins utilisé dans les études de prévalence. Il demande un temps de passation largement supérieur au questionnaire élaboré pour l'étude.

Au total, le SPAQ est un questionnaire de dépistage. C'est celui qui a été le plus utilisé et le plus évalué dans les études épidémiologiques de dépression saisonnière. Nous avons vu qu'il en surévalue la prévalence, mais il est un outil intéressant de « débrouillage ». De par son utilisation facile et demandant peu de temps en consultation, il permet d'évaluer la saisonnalité en cas de diagnostic de dépression avérée.

c- Choix d'utilisation du BDI

Le BDI a été choisi car il est un questionnaire de DEPISTAGE de dépression.

La forme à 13 items a été préférée à celle à 21 items du fait d'un temps de passation plus court donc plus acceptable. Là aussi il a l'intérêt d'être un auto-questionnaire simple, fiable, reproductible, validé et présentant de bonnes propriétés psychométriques.

Il présente le même souci des seuils retenus. Ceux pris en compte dans notre étude étaient les seuils retenus par Beck et Beamesderfer en 1974 (28) :

- De 0 à 3 = pas de dépression
- De 4 à 7 = dépression légère
- De 8 à 15 = dépression modérée
- Plus de 16 = dépression sévère.

Nous avons délibérément choisi de retenir le seuil de 8 ou plus, définissant un dépistage de dépression d'intensité au moins modérée, pour la définition de prévalence de dépression dans notre étude.

Cela nous permettait d'être plus spécifique, mais également parce que le seuil de 4 ou plus paraissait très facile à atteindre. Dans la population d'étude, beaucoup de patients auraient été inclus, avec pour conséquence un taux de dépistage de dépression beaucoup trop élevé.

Il faudrait certainement pondérer certains items dans leur cotation. Par exemple, les patients répondaient très souvent à l'item H « maintenant je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois », ou à l'item L « je suis fatigué plus facilement que d'habitude ». Ces réponses ont le même poids (= 1), que lorsque les patients répondent à l'item G « je pense que la mort me libèrerait ». Ressentir une fatigue inhabituelle ou avoir moins d'intérêt pour les autres peut tout à fait concerner des patients exempts de dépression. La signification n'est pas la même qu'avoir des idées suicidaires, symptôme fortement lié au syndrome dépressif.

3 – Biais de l'étude

a- Biais d'inclusion

Notre étude s'est déroulée en période automno-hivernale. Cela peut avoir constitué un biais dans nos résultats vu qu'il s'agissait de dépression saisonnière hivernale.

Compte tenu que la dépression saisonnière serait la forme la plus extrême d'un continuum de variations saisonnières normales de l'humeur et du comportement affectant la population générale (11), il serait assez probable que des patients non dépressifs saisonniers aient eu tendance à répondre de façon moins positive du fait de la période d'inclusion.

Il serait intéressant de réaliser la même étude en été pour vérifier la comparabilité des résultats.

b- Biais de participation

Nous n'avions pas de donnée concernant l'estimation du taux de participation.

Le recueil n'a pas pu être exhaustif.

Nous ne savons donc pas si l'échantillon de notre étude était représentatif de la population consultant en soins primaires dans les cinq cabinets de l'étude.

c- Biais de mémorisation

Il s'agissait d'une étude utilisant pour partie un questionnaire rétrospectif (le SPAQ), constituant ainsi un biais de mémorisation, avec pour conséquence un risque de surestimation du taux de prévalence.

d- Biais de sélection

La population d'étude était constituée de patients consultant en cabinets de soins primaires, cela pouvait donc constituer un biais de sélection.

Les femmes ont plus tendance à consulter leur médecin généraliste que les hommes. Un rapport de la DREES de 2004 (80) indique que les consultations et visites des médecins généralistes concernaient plus souvent des femmes (55 %).

Cela pouvait expliquer la surreprésentation des femmes dans l'étude (69.1 %).

Ainsi cela rend impossible toute extrapolation des résultats en population générale.

B – Critiques des résultats

Il a été décidé à posteriori de ne pas croiser les résultats des deux questionnaires.

Notre travail s'inspirait de celui de Dupont et Charles (57), qui utilisaient le SPAQ, et y associaient le BDI-13 par manque de spécificité du SPAQ.

L'association des deux questionnaires n'a pas été validée par rapport à un gold standard pour établir la prévalence de dépression saisonnière. Nous ne pouvons pas conclure à une prévalence de TAS en « croisant » les dépistés positifs du SPAQ avec ceux du BDI-13.

Nos résultats sont présentés séparément, permettant d'établir de façon distincte une estimation de prévalence de dépression saisonnière, et de dépression.

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature d'article étudiant en population de soins primaires en France les propriétés psychométriques et statistiques du SPAQ et du BDI-13 et les comparant à un gold standard reprenant les critères du DSM. Nous ne disposions ni de la sensibilité, ni de la spécificité de chacun des deux questionnaires de dépistage.

Tous les résultats sont présentés sous l'hypothèse d'une sensibilité et d'une spécificité égales à 100 % pour les deux questionnaires. Nous savons que cette hypothèse ne peut pas être vraie. Il s'agissait de questionnaires de dépistage (assez sensibles, peu spécifiques, donc nombre de faux positifs important) avec la conséquence de surestimer les prévalences de dépression et de dépression saisonnière.

Il n'était ainsi pas judicieux d'élaborer pour chaque catégorie (dépressifs saisonniers et dépressifs) les caractéristiques sociodémographiques, ni de les comparer entre elles pour chercher des différences statistiquement significatives.

La présentation de la population est globale. Des modèles linéaires généraux ont permis de chercher une corrélation entre certains facteurs sociodémographiques et le SSG.

Nous n'avons pas évalué dans notre travail la présence d'un sub-syndrome saisonnier, d'une part parce que les critères de définition du SPAQ varient en fonction des auteurs, et d'autre part parce que nous avons déjà une prévalence élevée de dépression saisonnière.

1 – Données manquantes

Pour le SSG, l'item 2 était le plus manquant (activité sociale) certainement du fait qu'il y ait beaucoup de retraités dans notre étude.

Pour le BDI-13, les items de la fin du questionnaire étaient le moins souvent renseignés, peut-être car les items H à M figuraient sur la troisième page du questionnaire. Malgré la numérotation des pages, il est évident que certaines personnes n'ont pas répondu à ces items car ils n'ont pas vu cette troisième page.

2 – Caractéristiques de l'échantillon

Nous retrouvons 69.1 % de femmes dans notre échantillon. Selon l'INSEE, en 2013, il y avait 51.9 % de femmes dans le département de Seine-Maritime (81). Cette surreprésentation de femmes dans l'étude vient certainement du fait comme nous l'avons dit plus haut que les femmes consultent plus leur médecin généraliste que les hommes (55 % selon un rapport de la DREES de 2004 (80)).

L'âge moyen \pm SD était de 50,5 ans \pm 17,0 ans dans notre échantillon. Selon le même rapport de la DREES, pour 60 % des consultations, le patient a plus de 45 ans, et plus de 70 ans dans 28 % des cas ; dans seulement deux cas sur dix, le patient est âgé de moins de 25 ans, et, dans 11 % des cas, de moins de 13 ans (80).

Nous retrouvons de façon étonnante une majorité de personnes en couple dans l'étude : 79.9 %. Selon l'INSEE, en 2013, 54.4 % de la population seinomarine vivait en couple (81).

Dans notre échantillon, 35 % des patients déclaraient avoir déjà fait une dépression, ce qui paraît être un pourcentage assez conséquent. L'enquête Anadep (1), en 2005, retrouvait 18 % de personnes déclarant avoir présenté un Episode Dépressif Caractérisé (EDC) au cours de leur vie.

Presque 25 % de l'échantillon, soit 1 personne sur 4 déclarait prendre un ou plusieurs traitement(s) à visée psychotrope. Ce chiffre montre bien que les problèmes psychologiques/psychiatriques et leurs traitements associés sont un enjeu majeur de santé publique, d'une part du fait du coût représenté par ces classes médicamenteuses (2.8 milliards d'euros dépensés par la caisse d'assurance maladie en 2013 pour les antidépresseurs et 2.6 milliards d'euros pour les anxiolytiques) (22), et d'autre part avec le risque d'effets secondaires et de iatrogénie de tels traitements, en particulier en population âgée.

Concernant la prise en charge des patients dépressifs, la HAS recommande (82) :

- En première intention, en cas d'épisode d'intensité légère, le recours à une psychothérapie,
- En cas d'épisode d'intensité modérée à sévère, l'instauration d'emblée d'un traitement antidépresseur, associé à une psychothérapie,
- Le possible recours à une prescription limitée dans le temps de molécules à visée anxiolytique ou à visée hypnotique (4 semaines dans l'indication de troubles du sommeil et 12 semaines dans l'indication de troubles anxieux),
- En cas de dépression saisonnière : la luminothérapie.

Nous avons trouvé dans notre étude que 15 % de l'échantillon prenaient un anxiolytique, 11 % un antidépresseur, et 6 % avaient recours aux plantes ou à un autre traitement pour leur moral. Nous avons proposé cette dernière « classe » de traitement, « Plantes, autres... », sans question plus précise. Il aurait été intéressant d'évaluer le recours à d'éventuelles psychothérapies ou à la luminothérapie. Il en était de même pour un éventuel recours à un psychiatre.

Une difficulté non négligeable concernant le recours aux psychothérapies est l'absence de prise en charge financière par le système de santé de ce type de soins. Cela expliquerait probablement, au moins en partie, le recours important aux traitements psychotropes.

Les motifs de consultation répertoriés dans notre étude étaient très variés, et rendaient bien compte des compétences multiples du médecin généraliste.

3 – Estimation de la prévalence de dépression saisonnière par le SPAQ

Nous avons estimé la prévalence de dépression saisonnière selon le dépistage par le SPAQ à 24,3 % (IC_{95%} = [20,1 % - 29,0 %]) dans notre échantillon.

Ce taux est une estimation de la prévalence, puisqu'il s'agit d'un dépistage. Il n'a pas été par la suite vérifié par des entretiens individuels pour confirmer la présence ou non d'une dépression saisonnière chez les sujets en question.

Ce taux est bien plus important que dans la plupart des études précédentes.

La prévalence de la dépression saisonnière est une donnée difficile à évaluer, allant en fonction des études de 0.4 % à 10 % chez les adultes (6).

Le tableau 8 (voir annexe 8) reprend les données de prévalence en fonction des pays et des méthodologies.

En règle générale, nous constatons que le SPAQ a tendance à surestimer la prévalence de dépression saisonnière lorsqu'il est comparé à des entretiens cliniques reprenant les critères cliniques du DSM, ou même à d'autres questionnaires tels que le SHQ.

D'après différents auteurs, les taux de prévalence semblent être plus élevés en Amérique du Nord qu'en Europe.

Nous avons retrouvé trois études ayant étudié la prévalence de la dépression saisonnière en soins primaires, et ayant eu recours au SPAQ. Une étude américaine retrouvait une prévalence de 9 %, et deux études écossaises retrouvaient 9.3 % et 9.8 % (48). Ces chiffres donnent l'impression que la prévalence de dépression saisonnière estimée par la même méthode (SPAQ) en population de soins primaires aurait tendance à être supérieure à la prévalence estimée en population générale.

Il en est de même lorsque nous comparons notre travail aux trois autres travaux français existants (voir tableau 9 en annexe 9).

Les deux premiers travaux retrouvaient des prévalences de 0.12 % (55) et 0.058 % (56) mais leurs méthodologies n'étaient pas du tout comparables à la nôtre, conduisant même à une sous-estimation du taux de prévalence.

Nous nous sommes inspirés de la troisième étude pour réaliser notre travail. Dupont et al. (57) avaient une prévalence de 14.72 %, estimée par la combinaison des deux questionnaires de dépistage.

Nous avons finalement décidé de ne pas combiner le résultat des deux dépistages pour établir un taux de prévalence. Cette association de questionnaires n'a pas été validée dans une étude en la comparant à un gold standard.

Nous avons retenu le seuil de BDI-13 à 8 et plus, le seuil de 4 nous paraissant inclure de nombreux sujets ne présentant certainement pas de syndrome dépressif.

Par manque de validité, nous ne pouvions pas conclure à un taux de prévalence de 11.5 % de sujets dépistés positifs en combinant le résultat des deux questionnaires SPAQ et BDI-13.

Les seules données que nous pouvons comparer avec le travail de Dupont et al. concernent le SSG et la souffrance ressentie. Dans notre étude, la moyenne \pm SD du SSG était de $8,35 \pm 5,41$ (pour 382 patients) ; elle était de 6.90 ± 5.42 (pour 129 patients) dans leur étude. La moyenne \pm SD de la souffrance ressentie était de $1,07 \pm 1,36$ dans notre travail, contre 0.88 ± 1.37 .

Cette différence de taux de prévalence de dépression plus élevée dans notre étude que dans les travaux précédents pourrait s'expliquer par :

- l'utilisation du SPAQ qui surestime la prévalence,
- le fait qu'il y avait beaucoup de femmes dans notre échantillon, et que la dépression saisonnière touche plus les femmes que les hommes (45),
- la période d'inclusion automno-hivernale, nombre de personnes ressentant des difficultés en lien avec la saison sans pour autant développer une dépression saisonnière, mais les ayant peut-être conduits à répondre un SSG et un BDI plus élevés,
- la sélection des lieux de recueil qui n'était pas aléatoire, mais avait fait l'objet d'un choix délibéré de notre part. Même s'il n'y avait pas d'effet centre entre ces cinq centres, nous ne pouvons pas exclure un phénomène propre à ces cinq lieux de recueil où nous aurions pu observer beaucoup plus de dépressifs saisonniers qu'ailleurs,
- l'absence de données concernant la sensibilité et la spécificité des deux questionnaires en population de soins primaires en France, nous ayant conduits à établir les prévalences sous un postulat initial de sensibilité et de spécificité égales à 100 %. Nous

savons que sous cette hypothèse fautive, les taux d'estimation des prévalences sont obligatoirement plus élevés que ce qu'ils sont en réalité.

La prévalence de la dépression saisonnière est surestimée dans notre étude.

C'est une donnée difficile à évaluer. Elle apparaît au regard de la littérature assez fréquente.

4 – Estimation de la prévalence de dépression par le BDI-13

Nous avons estimé la prévalence de dépression d'intensité au moins modérée selon le dépistage par le BDI à 22,0 % (IC_{95%} = [17,9 % - 26,5 %]) dans notre échantillon.

Ce taux est une estimation de la prévalence, puisqu'il s'agit d'un dépistage. Il n'a pas été par la suite vérifié par des entretiens individuels pour confirmer la présence ou non d'une dépression chez les sujets en question.

Ce taux apparaît également très élevé.

L'hypothèse de sensibilité et spécificité égales à 100 % n'était pas vérifiée. Nous savons donc qu'il y a probablement de nombreux faux positifs.

Nous avons fixé le seuil retenu à 8 ou plus, correspondant à une dépression d'intensité au moins modérée. Le seuil de 4 ou plus paraissait très facile à atteindre, tous les items ayant la même « valeur » dans la cotation finale. Comme nous l'avons suggéré plus haut, une pondération des items donnerait certainement une meilleure estimation de la présence d'un syndrome dépressif.

La prévalence de la dépression est estimée en France entre 5 % et 12 % selon les sources et les outils de mesure utilisés (18).

L'étude Ecogen, décrivant l'ensemble de la pratique du médecin généraliste français (motifs de consultation, procédures engagées et résultats de consultation), retrouvait concernant les

consultations liées à la dépression une prévalence sur les 5 mois de l'étude évaluée à 6,17 % (20).

Notre étude retrouvait une estimation très élevée de la dépression.

Cette pathologie est très fréquente et reste un problème majeur de santé publique.

5 – Corrélation des facteurs sociodémographiques au SSG

La recherche d'une corrélation de certains facteurs sociodémographiques au score de saisonnalité global montrait que :

- La localisation du cabinet n'était pas corrélée au SSG,
- L'âge serait un facteur associé à une déclaration d'un taux plus bas de SSG,
- Le sexe féminin serait associé à un taux déclaré plus haut de SSG,
- Le lien avec le statut conjugal disparaissait en multivarié, probablement parce qu'une partie de cet effet était attribuable à l'âge.

Les corrélations retrouvées sont à interpréter avec beaucoup de précautions. Ainsi les variables âge et sexe étaient statistiquement corrélées avec le SSG, mais ne sont prédictives de rien. En effet, la tendance observée peut être le reflet :

- Soit d'un effet réel : les plus de 65 ans et les veufs/veuves seraient moins sujets à la dépression saisonnière et les femmes y seraient plus sujettes.
- Soit d'une perception différente de leur propre état de santé, variable en fonction des personnes, de l'âge, du sexe... conduisant donc à des réponses sensiblement différentes et les classant dépressifs saisonniers mais ne correspondant pas forcément à un état pathologique, ou au contraire des personnes souffrant de dépression saisonnière mais minimisant leur trouble.
- Soit d'une déclaration différente, déterminée par une perception et compréhension potentiellement différentes du questionnaire en fonction des répondants.
- Soit et c'est ce qui est le plus probable, d'une combinaison de ces trois facteurs.

Concernant le sexe et l'âge, nos résultats sont en accord avec les données de la littérature, même si nous avons eu beaucoup de femmes dans notre étude.

Les études épidémiologiques concernant la dépression saisonnière retrouvent une association forte entre la dépression saisonnière et le sexe féminin, avec des sexe ratio de l'ordre de 4 femmes pour 1 homme dans les travaux du NIMH (51), 3.7 femmes pour 1 homme ($p < 0.00001$) pour Mersch et al. (46), 1.65 femmes pour 1 homme ($p < 0.001$) pour Steinhausen et al. (6). Kasper et al. faisaient le même constat : ressentir les changements saisonniers comme un problème et être une femme étaient deux variables significativement associées à un score de saisonnalité plus élevé (12).

La prévalence de dépression saisonnière apparaît plus élevée parmi les sujets jeunes. Kasper et al. montraient une corrélation négative entre le score de saisonnalité et l'âge, cette corrélation étant retrouvée statistiquement significative pour les femmes mais pas pour les hommes, et notamment pour les âges de 21 à 40 ans ($p < 0.001$) (12). Mersch et al. constataient également un âge plus jeune chez les dépressifs saisonniers avec un âge moyen de 36.5 ans chez les dépressifs saisonniers contre 39.7 ans chez les sujets ne présentant pas de dépression saisonnière ($p < 0.0001$) (46). Pjrek et al. retrouvaient des scores plus bas de SSG chez les sujets plus âgés (76).

C – Critique du concept de dépression saisonnière

Le concept même de dépression saisonnière a été mis en cause par de nombreux auteurs.

Ils avançaient que la dépression est avant tout multifactorielle et qu'il n'est pas justifié de l'attribuer uniquement à la période hivernale, même si les symptômes ont tendance à apparaître ou à s'exacerber durant cette saison.

La dépression saisonnière n'apparaît pas pour le moment comme une entité nosographique à part entière, mais est décrite comme une spécification du trouble dépressif caractérisé récurrent ou des épisodes dépressifs caractérisés des troubles bipolaires de type I et II dans le DSM-5 (16). De même dans la CIM-10, elle figure dans les troubles dépressifs récurrents (17).

Certaines données étonnantes viennent nuancer la notion de TAS et ses caractéristiques épidémiologiques (plus fréquente chez les femmes, jeunes, et augmentant avec la latitude).

La population islandaise, bien que vivant à des latitudes assez élevées, serait nettement moins sujette au TAS. Magnusson et al. ont étudié les variations saisonnières de l'humeur en population islandaise. Ils ne trouvaient aucune différence entre les saisons, que ce soit pour l'anxiété ou la dépression (83).

De même au Japon, le TAS est peu fréquent, et moins fréquent parmi les femmes et les sujets jeunes (83).

Pour expliquer ces différences, l'hypothèse de facteurs génétiques a été proposée.

Une étude retrouvait un taux de prévalence de TAS parmi des immigrants islandais au Canada nettement inférieur au taux de prévalence parmi la population générale vivant au même endroit. Cette donnée vient corroborer l'hypothèse de facteurs génétiques en population islandaise (83).

D'autres auteurs ne retrouvaient aucune association entre saisonnalité et psychopathologie chez des patients consultant en psychiatrie (84). Ils mettaient en garde contre les biais méthodologiques des études antérieures ayant mis en évidence ces associations, notamment des biais de recrutement (par publicités, ou listes de diffusion), des recueils rétrospectifs (utilisant le SPAQ), et l'absence de vérification des périodes de l'année exposant à un plus grand risque de trouble affectif. Cependant ces mêmes auteurs n'ont pas évalué directement la présence de TAS. Ils ont repris les motifs de consultation en cherchant un caractère saisonnier concernant les troubles dépressifs caractérisés, l'apparition des symptômes dépressifs, les symptômes dépressifs atypiques, la boulimie et les idées suicidaires. Ils partaient de l'hypothèse que les patients dépressifs saisonniers seraient tous en recherche de traitement. Or, du fait de l'évolution du trouble faite de rechutes automnales et de rémissions printanières, les patients ne consulteraient certainement pas tous, et ne seraient pas tous à la recherche d'un traitement.

Une revue de littérature a cherché des arguments pour la validité du concept de TAS (85).

Certains sujets dépressifs avaient une évolution de leurs symptômes faite de rechutes et de rémissions à des moments bien précis de l'année, suivant le cours des saisons, amenant ainsi l'hypothèse que les symptômes étaient déclenchés par la diminution de la photopériode en hiver. L'amélioration de ces patients par l'exposition à une lumière vive a conforté cette idée et a amené l'hypothèse d'une perturbation dans la sécrétion de la mélatonine. Selon le même raisonnement, l'hypothèse de la latitude a été avancée, puisque la photopériode diminue lorsque la latitude augmente.

Les auteurs, Norvégiens, s'attendaient à constater une prévalence de TAS bien plus importante dans leur pays. Le Nord de la Norvège connaît une période de deux mois en hiver sans voir le soleil et se situe dans des latitudes Nord extrêmes.

Mais le TAS n'était pas plus fréquent qu'ailleurs. Vivre pendant deux mois dans une obscurité presque totale n'augmentait pas la prévalence de dépression au-delà du niveau attendu de dépression dans la population en général. Cela remettait bien en cause l'hypothèse de la latitude. En revanche, au moment de ces deux mois d'hiver, une fatigue plus importante et un manque d'énergie étaient notés, ainsi que des troubles du sommeil à type d'insomnie, mais sans symptôme dépressif.

Les auteurs insistaient sur le fait qu'une des premières études ayant décrit les symptômes de dépression saisonnière, ayant donc lancé les bases du concept, faite par Rosenthal et al., utilisait un mode de recueil présentant de nombreux biais (par article dans la presse, décrivant les symptômes attendus, et promettant un traitement gratuit), ayant ainsi conduit à des conclusions probablement erronées.

De plus, selon eux, la luminothérapie n'a pas démontré suffisamment la preuve de son efficacité.

Les auteurs constataient que les propriétés psychométriques du SPAQ étaient faibles : corrélation test/retest faible, faible sensibilité, spécificité correcte, conduisant à une surestimation de la prévalence. Il ne permettait pas d'évaluer la présence d'un syndrome dépressif, mais seulement la saisonnalité, ne permettant pas d'établir un diagnostic de dépression saisonnière. Le SPAQ permettrait seulement d'identifier des sujets avec un niveau

élevé de souffrance psychique, sans pouvoir préciser le type de trouble. Les réponses seraient largement influencées par les conditions climatiques au moment de l'investigation.

Ils concluaient que le TAS n'était pas un concept médical valide, mais serait une pathologie construite, identifiée par le SPAQ, et proposant le terme anglo-saxon de « SPAQ-iasis ». Ils conseillaient plutôt de parler de « dépression récurrente à caractère saisonnier » comme définis dans le DSM ou la CIM. Selon eux, il ne serait peut-être même pas judicieux d'individualiser un tel sous-type de dépression récurrente (85).

Une étude américaine par Traffanstedt et al. testant la validité du concept a été réalisée récemment. La validité du SPAQ était remise en cause, d'autant plus qu'il n'évalue pas la présence d'un syndrome dépressif, et qu'il est rétrospectif. Une population adulte a rempli le PHQ-8 (Patient Health Questionnaire-8), questionnaire évaluant la présence d'un syndrome dépressif. La dépression n'était liée ni à la latitude, ni à la saison, ni à la photopériode. Pour les auteurs, la dépression saisonnière consiste plus en une idée profondément ancrée dans la psychologie populaire, qu'en des données objectives réellement établies. Leurs résultats venant infirmer ce concept, les auteurs s'interrogent quant à la suppression de la spécification « avec caractère saisonnier » des classifications nosographiques faisant référence (86).

Winkler et al. ont apporté beaucoup de nuances à propos de cette dernière étude (87). Ils considéraient qu'elle présentait trop de biais pour se permettre de remettre à elle-seule en cause le TAS. Tout d'abord, il s'agissait d'une étude transversale, et non longitudinale. Cela empêchait donc l'approche habituelle du diagnostic de dépression saisonnière qui doit toujours être fondé sur l'histoire médicale du patient, et sur l'existence de plusieurs épisodes antérieurs nécessaires au diagnostic (au moins deux épisodes pour le DSM 5). Ils n'ont pas non plus pris en compte l'existence de traitements éventuels, pouvant rendre négative l'évaluation par le PHQ-8 et donc minimiser l'existence d'un TAS. L'inclusion de cette étude était faite indifféremment de la période de l'année, et les résultats étaient présentés de façon globale par rapport à plusieurs états des Etats-Unis (du Nord et du Sud). Cela pourrait entraîner un manque de puissance dans les résultats, puisque le phénomène de dépression saisonnière hivernale s'observe par définition plutôt en hiver et à priori pour des latitudes plus

élevées. Winkler et al. reconnaissaient la surestimation de la prévalence par le SPAQ, mais soulignaient que Traffanstedt et al. omettaient de parler de plusieurs études ayant diagnostiqué des dépressifs saisonniers selon des critères du DSM-5. Ces études trouvaient des taux de prévalence de 2.4 % en population générale pour Pjrek et al. (76) et de 5.6 % pour Thompson et al. (43), ces deux études ayant comparé les taux de prévalence obtenus par le SPAQ, et par le SHQ (reprenant les critères du DSM-5).

D – Forces et limites de ce travail

Une des forces de ce travail est le nombre de questionnaires recueillis (473) permettant la prise en compte de 382 patients dans les analyses statistiques.

Nous avons vu que le SPAQ n'était certainement pas le meilleur outil pour évaluer la présence d'une dépression saisonnière éventuelle. Il permettait de mettre en évidence une saisonnalité marquée et ressentie comme un problème pour une proportion non négligeable de notre échantillon.

Le BDI-13 retrouvait également une proportion non négligeable de sujets dépistés positifs pour la dépression. Une évaluation clinique de ces patients serait nécessaire, afin de poser un diagnostic, et pouvoir leur proposer une prise en charge adéquate le cas échéant.

Les limites de ce travail sont nombreuses :

- Les outils utilisés, notamment le SPAQ, dont on sait qu'il surestime la prévalence
- La population en grande partie féminine a forcément amené des biais
- Le problème des seuils retenus pour les questionnaires
- L'absence d'extrapolation possible des résultats puisqu'ils concernent l'échantillon de notre étude, fait de patients consultant en médecine générale et non la population générale

E – Utilisation en pratique courante de médecine générale

Il serait intéressant, en cas de signes d'alerte ou d'intuition clinique, amenant à s'interroger sur le bien-être des patients et leur santé mentale, d'avoir recours à ces questionnaires comme aide au dépistage :

- de dépression par le BDI
- de dépression saisonnière, par le SPAQ qui permet de vérifier la saisonnalité, si une dépression récurrente est diagnostiquée, ou par le SHQ, plus difficile à utiliser mais qui serait plus fidèle aux critères de dépression saisonnière selon le DSM-5.

Une telle évaluation demande du temps, et doit correspondre à une demande et/ou attente du patient.

L'utilisation de tels questionnaires est possible en pratique courante avec une cotation particulière de l'acte. L'utilisation de tests d'évaluation de dépression est codifiée dans la CCAM (Code : ALQP003 - Tarif : 69,12 € - cotation limitée à une fois par an – nécessité d'archiver le résultat pour pouvoir le présenter en cas d'éventuel contrôle médical).

Ce code CCAM ALQP003 ne peut être coté que si le médecin a utilisé au moins un des tests suivants : évaluation par échelle psychiatrique MADRS, Hamilton, Beck.

Il apparaît important de proposer un dépistage de dépression saisonnière car :

- C'est une pathologie fréquente
- Les conséquences au quotidien pour les patients et pour la société sont importantes : difficultés au travail et interpersonnelles, arrêts de travail, recours plus important au système de santé générant des coûts élevés
- Il existe des évaluations de la dépression et de la saisonnalité utilisables en pratique courante
- Il existe un traitement spécifique, la luminothérapie, à priori efficace et ayant peu d'effets indésirables. C'est une alternative non médicamenteuse intéressante. Elle nous permettrait d'adopter une attitude thérapeutique différente.

Ce dépistage pourrait être ciblé et proposé :

- aux patients dépressifs connus ayant une exacerbation de leur symptomatologie en période hivernale,
- aux patients qui, en hiver, consultent plus fréquemment, pour des symptômes peu spécifiques somatiques, associés à un moins bon moral,
- aux femmes et aux personnes jeunes qui semblent être plus fréquemment concernées par la dépression saisonnière.

Dans notre étude, 3,9 % des patients déclaraient prendre des antidépresseurs et avaient une dépression saisonnière dépistée au questionnaire ($SSG \geq 11$ et $SR \geq 2$).

Il serait probablement très intéressant de leur proposer la luminothérapie.

En supposant qu'ils soient sous antidépresseurs dans l'indication de la dépression, ils présentent un dépistage positif pour la dépression saisonnière et seraient donc des répondeurs potentiels à la luminothérapie.

Cela pourrait peut-être éviter une majoration des traitements antidépresseurs (soit augmentation de posologie, soit changement de classe thérapeutique, soit ajout d'une deuxième molécule).

CONCLUSION

Bien que controversée, la dépression saisonnière semble être une pathologie assez fréquente.

Notre travail avait pour objectif d'estimer la prévalence de la dépression saisonnière hivernale en soins primaires en Seine Maritime, par le biais d'une enquête épidémiologique réalisée dans cinq cabinets de médecine générale. Le SPAQ retrouvait un dépistage positif pour 24.3 % de notre échantillon ce qui paraît considérable au vu de la littérature existante. Ressentir des variations saisonnières de l'humeur serait associé à un âge plus jeune et au sexe féminin.

Il serait intéressant pour des travaux futurs d'évaluer ce phénomène avec d'autres outils méthodologiques, notamment le SHQ qui serait plus fidèle aux critères définis par le DSM-5.

Il apparaît important de dépister la dépression saisonnière car c'est une pathologie fréquente aux conséquences non négligeables au quotidien pour les patients et pour la société. Il existe des évaluations utilisables en pratique courante de médecine générale. Nous pouvons proposer une alternative thérapeutique non médicamenteuse, la luminothérapie.

Ce dépistage pourrait être proposé aux patients dépressifs connus ayant une exacerbation de leur symptomatologie en période hivernale.

De plus, une attention particulière pourrait être portée aux patients qui, en hiver, consultent plus fréquemment, pour des symptômes peu spécifiques somatiques associés à un moins bon moral et une asthénie marquée.

RESUME

CONTEXTE : La dépression saisonnière hivernale ou trouble affectif saisonnier (TAS) est un trouble dépressif récurrent, à début automnal et s'amendant spontanément au Printemps. Elle associe symptômes classiques de dépression et symptômes atypiques : asthénie marquée, hypersomnie, hyperphagie, appétence accrue pour les hydrates de carbone, prise de poids. Le TAS a des conséquences importantes, provoquant difficultés sociales et interpersonnelles. La luminothérapie constitue le traitement de référence, avant les antidépresseurs ou les psychothérapies. La prévalence varie en fonction des études, de 0.4 à 10 % : le TAS semblerait fréquent.

OBJECTIF : Estimer la prévalence de dépression saisonnière en soins primaires en Seine Maritime à partir d'un questionnaire de dépistage.

MATERIEL ET METHODE : Etude quantitative, épidémiologique, rétrospective dans cinq cabinets de soins primaires, utilisant le Seasonal Pattern Assessment Questionnaire (SPAQ) et l'échelle de dépression de Beck (BDI-13), incluant les consultants âgés de 18 ans et plus.

RESULTATS : 382 patients ont été inclus à l'automne 2016. On retrouvait 24.3 % (IC_{95%} = [20,1 % - 29,0 %]) de dépistés positifs pour la dépression saisonnière par le score de saisonnalité global (SSG) du SPAQ, et 22.0 % (IC_{95%} = [17,9 % - 26,5 %]) pour une dépression d'intensité modérée par le BDI-13. L'âge était associé à un taux plus bas de SSG, le sexe féminin à un taux plus haut.

CONCLUSION : Le TAS semble être une pathologie fréquente dans notre région mais ce résultat est à considérer avec précautions, car beaucoup plus élevé que dans toutes les études précédentes. Proposer un dépistage paraît intéressant, d'autant plus qu'il existe un traitement spécifique. En période hivernale, une attention particulière pourrait être portée aux dépressifs connus présentant une exacerbation de leurs symptômes, ou aux patients consultant pour des symptômes peu spécifiques somatiques, notamment une asthénie marquée.

Mots clés : Dépression saisonnière, trouble affectif saisonnier, prévalence, épidémiologie, soins primaires, dépistage, SPAQ, luminothérapie

ANNEXES

Annexe 1 : Beck Depression Inventory Short-Form : échelle de dépression de Beck à 13 items

QUESTIONNAIRE ABRÉGÉ DE BECK

Traduction française : P. Pichot

Nom : Prénom : Date : Sexe : Âge :

Instructions : Ce questionnaire comporte plusieurs séries de quatre propositions. Pour chaque série, lisez les quatre propositions, puis choisissez celle qui décrit le mieux votre état actuel.

Entourez le numéro qui correspond à la proposition choisie. Si, dans une série, plusieurs propositions vous paraissent convenir, entourez les numéros correspondants.

A

- 0 Je ne me sens pas triste
- 1 Je me sens cafardeux ou triste
- 2 Je me sens tout le temps cafardeux ou triste et je n'arrive pas à en sortir
- 3 Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter

B

- 0 Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir
- 1 J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir
- 2 Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer
- 3 Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir et que la situation ne peut s'améliorer

C

- 0 Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie
- 1 J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens
- 2 Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs
- 3 J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants)

D

- 0 Je ne me sens pas particulièrement insatisfait
- 1 Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances
- 2 Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit
- 3 Je suis mécontent de tout

E

- 0 Je ne me sens pas coupable
- 1 Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps
- 2 Je me sens coupable
- 3 Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien

F

- 0 Je ne suis pas déçu par moi-même
- 1 Je suis déçu par moi-même
- 2 Je me dégoûte moi-même
- 3 Je me hais

G

- 0 Je ne pense pas à me faire du mal
- 1 Je pense que la mort me libérerait
- 2 J'ai des plans précis pour me suicider
- 3 Si je le pouvais, je me tuerais

H

- 0 Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens
- 1 Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois
- 2 J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens et j'ai peu de sentiments pour eux
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour les autres et ils m'indiffèrent totalement

I

- 0 Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume
- 1 J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision
- 2 J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions
- 3 Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision

J

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant
- 1 J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux
- 2 J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux
- 3 J'ai l'impression d'être laid et repoussant

K

- 0 Je travaille aussi facilement qu'auparavant
- 1 Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose
- 2 Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit
- 3 Je suis incapable de faire le moindre travail

L

- 0 Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude
- 1 Je suis fatigué plus facilement que d'habitude
- 2 Faire quoi que ce soit me fatigue
- 3 Je suis incapable de faire le moindre travail

M

- 0 Mon appétit est toujours aussi bon
- 1 Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude
- 2 Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant
- 3 Je n'ai plus du tout d'appétit

Annexe 2 : Seasonal Pattern Assessment Questionnaire (SPAQ) (37)

L'objectif de ce questionnaire est d'évaluer les modifications de votre humeur et de votre comportement. Évaluez la réponse correspondant à votre situation (uniquement).

1. Nom ----- 2. Âge -----
 3. Lieu de naissance – ville/région/pays -----
 4. Date du jour -----
 Jour Mois Année
 5. Poids corporel (kg) -----
 6. -----

INSTRUCTIONS
 * Entourer la bonne réponse
 Exemple :
 Sexe Masculin 1 Féminin 2

7. Sexe Masculin 1 Féminin 2
 8. Statut marital Célibataire 1
 Marié 2
 Séparé/Divorcé 3
 Veuf(ve) 4
 9. Activité professionnelle -----
 10. Depuis combien d'année vivez-vous sous ce climat ? -----
 11. Indiquez le degré de changement selon les saisons ?

	Pas de changement	Changement léger	Changement modéré	Changement prononcé	Changement très prononcé
A. Durée du sommeil	0	1	2	3	4
B. Activité sociale	0	1	2	3	4
C. Humeur (sensation de bien-être)	0	1	2	3	4
D. Poids	0	1	2	3	4
E. Appétit	0	1	2	3	4
F. Niveau d'énergie	0	1	2	3	4

12. Pour les questions suivantes, cocher les réponses lorsque la condition s'applique : pour 1 mois en particulier, plusieurs mois...

À quel moment de l'année	JAN	FEV	MAR	AVR	MAI	JUN	JUIL	AOUT	SEPT	OCT	NOV	DEC	Ou	Pas de mois particulier
	Vous sentez-vous le mieux	<input type="checkbox"/>												
Prenez-vous le plus de poids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous le plus sociable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dormez-vous le moins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mangez-vous le plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perdez-vous le plus de poids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous le moins sociable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous sentez-vous le moins bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mangez-vous le moins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dormez-vous le plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. De combien votre poids fluctue t'il au cours de l'année ?
 0-2 kg 1 6-8 kg 4
 2-4 kg 2 8-10 kg 5
 4-6 kg 3 > 10 6

14. Approximativement combien d'heures dormez-vous dans une journée (en intégrant les siestes) en fonction des saisons ?

Saison	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Hiver au-dessus de 18	<input type="checkbox"/>																		
Printemps au-dessus de 18	<input type="checkbox"/>																		
Été au-dessus de 18	<input type="checkbox"/>																		
Automne au-dessus de 18	<input type="checkbox"/>																		

15. Ressentez-vous une modification de vos préférences alimentaires selon les saisons ?
 Non 1 Oui 2 Si oui, précisez :

16. Si vous ressentez des changements avec les saisons, est-ce un problème pour vous ?
 Non 1 Oui 2 Si oui ce problème est : Léger 1
 Modéré 2
 Marqué 3
 Sévère 4
 Handicapant 5

Annexe 3 : Seasonal Health Questionnaire (SHQ) (37)

Ce questionnaire a pour objectif d'évaluer vos problèmes de santé et la période à laquelle ils sont apparus. Nous sommes intéressés sur ce qui vous est arrivé au cours des dix dernières années, car nous savons qu'au-delà il peut être difficile de se rappeler ce qui s'est exactement passé. Essayer de répondre, s'il vous plait, aux questions qui vous sont posées, jusqu'à ce qu'une instruction vous demande d'arrêter.

Nom :

Prénom :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Nom de votre médecin référent :

A. Au cours des dix dernières années, avez-vous présenté un ou plusieurs symptômes parmi les suivants ? Entourez, s'il vous plait, la réponse oui ou non pour chaque question.

1. Vous êtes vous senti déprimé ou « sombre » la plupart du temps sur la journée ?

oui non

2. Vous êtes vous senti incapable de prendre plaisir à des choses que vous appréciez normalement ?

oui non

3. Avez-vous perdu l'intérêt pour les choses que vous appréciez habituellement ?

oui non

4. Vous êtes vous senti fatigué ou « en dehors du coup » même sans en faire trop ?

oui non

5. avez-vous eu moins d'énergie que d'habitude ?

oui non

Si vous avez répondu non à l'ensemble des questions, arrêtez-vous ici.

Si vous avez répondu oui à au moins une question, est-ce que l'épisode ou vous avez senti ces symptômes à duré plus de deux semaines ?

oui non

Si, non : arrêtez-vous ici. Si oui : continuez.

**B. Au même moment avez-vous également ressenti les choses suivantes ?
S'il vous plaît, répondez à chacune des questions ?**

6. Perte de confiance en soi ou de l'estime de soi ?	oui	non
7. Sentiment de culpabilité ou de honte ?	oui	non
8. Incapacité à se concentrer ?	oui	non
9. Incapacité à prendre des décisions ou penser clairement ?	oui	non
10. Se sentir tendu ou agité ?	oui	non
11. Se senti ralenti dans l'exécution des mouvements ?	oui	non
12. Ressenti que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue ?	oui	non
13. Avoir des idées suicidaires ?	oui	non
14. Des modifications de l'appétit ?	oui	non
15. Des modifications du sommeil ?	oui	non
16. Perte ou prise de poids d'au moins 3 kg ?	oui	non

Si vous avez répondu non à l'ensemble des questions, arrêtez-vous ici.

Si vous avez répondu oui à au moins une question, continuez.

**C. Combien de fois estimez-vous avoir présenté ces symptômes
au cours des dix dernières années ?**

1	2	3	4	5	plus de 5
---	---	---	---	---	-----------

Si vous avez répondu 1, arrêtez vous ici. Si vous avez répondu plus de 1, continuez.

**D. est-ce que les symptômes que vous ressentez surviennent
à une saison particulière de l'année ?**

Entourez votre réponse oui non

Si, non : arrêtez-vous ici. Si oui : continuez.

**E. répondez à l'ensemble des questions pour explorer la relation
entre vos symptômes et les saisons :**

(1) À quelle saison sont-ils les plus fréquents ? Entourez une seule réponse

printemps	été	automne	hiver
-----------	-----	---------	-------

(2) Combien de fois avez-vous présenté les symptômes durant cette saison au cours des 10 dernières années ? Entourez une seule réponse

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

(3) Combien d'épisode au cours des deux dernières années ? Entourez une seule réponse

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

(4) Avez-vous présenté des épisodes saisonniers deux années consécutives ?

oui non

(5) Avez-vous présenté des épisodes saisonniers trois années consécutives ?

oui non

(6) Pouvez-vous estimer à quel(s) mois survient habituellement l'épisode ?

janvier	février	mars	avril	mai	juin
juillet	août	septembre	octobre	novembre	décembre

(7) Pouvez-vous estimer quel(s) mois se termine habituellement l'épisode ?

janvier	février	mars	avril	mai	juin
juillet	août	septembre	octobre	novembre	décembre

F. Dans la section E, vous avez décrit des épisodes qui surviennent à une saison particulière. Au cours des dix dernières années, avez-vous présenté des épisodes similaires en dehors de la saison à laquelle ils surviennent habituellement ?

Entourez une seule réponse oui non

Si, non : arrêtez-vous ici. Si oui : continuez.

Combien d'épisode avez-vous présenté en dehors de la saison habituelle ?

1	2	3	4	5	plus de 5
---	---	---	---	---	-----------

Est-ce qu'un épisode est survenu au cours des deux dernières années ?

oui non

Annexe 4 : Structured Interview Guide for the Hamilton depression scale – Seasonal Affective Disorder version (SIGH-SAD) (37)

Pour chacun des items choisir la définition qui caractérise le mieux le malade (en gras, les items qui explorent les symptômes atypiques)

1. Humeur dépressive (tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, auto-dépréciation)

0 = Absent

1 = Ces états affectifs ne sont signalés que si l'on interroge le sujet

2 = Ces états affectifs sont signalés verbalement spontanément

3 = Le sujet communique ces états affectifs non verbalement, par ex. par son expression faciale, son attitude, sa voix et sa tendance à pleurer

4 = Le sujet ne communique **PRATIQUEMENT** que ces états affectifs dans ses communications spontanées verbales et non verbales

2. Travail et activités

0 = Absent

1 = Pensées et sentiments d'incapacité, fatigue ou faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente

2 = Perte d'intérêt pour les activités professionnelles ou de détente, ou bien décrite directement par le malade, ou indirectement par son apathie, son indécision et ses hésitations (il a l'impression qu'il doit se forcer pour travailler ou pour avoir une activité quelconque)

3 = Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité. À l'hôpital coter cet item si le malade ne passe pas au moins trois heures par jour à des activités – aide aux infirmières ou thérapie occupationnelle (à l'exclusion des tâches de routine de la salle)

4 = **A** arrêté son travail en raison de sa maladie actuelle. À l'hôpital, coter cet item si le malade n'a aucune autre activité que les tâches de routine de salle, ou s'il est incapable d'exécuter ces tâches de routine sans être aidé

3. **Retrait social**

0 = **interagit avec d'autres personnes comme d'habitude.**

1 = **moins intéressé d'interagir avec d'autres personnes en situation sociale mais continue à faire ainsi.**

2 = **interagit moins avec d'autres personnes dans des situations sociales (facultatives).**

3 = **interagit moins avec d'autres personnes dans des situations professionnelles ou familiales (càd là où c'est nécessaire).**

4 = **retrait marqué à l'égard des autres dans des situations professionnelles ou familiales.**

4. Symptômes génitaux : symptômes tels que: perte de libido, troubles menstruels

0 = Absents

1 = Légers

2 = Graves

5. Symptômes somatiques gastro-intestinaux

0 = Aucun

1 = Perte d'appétit, mais mange sans y être poussé par les infirmières. Sentiment de lourdeur abdominale.

2 = **A** des difficultés à manger en l'absence d'incitations du personnel. Demande ou a besoin de laxatifs, de médicaments intestinaux ou gastriques.

6. Perte de poids d'après les dires du malade (ne pas coter cet item si vous cotez le suivant)

0 = Pas de perte de poids

1 = perte de poids probable liée à la maladie actuelle

2 = Perte de poids certaine, selon ce que dit le sujet

7. Prise de poids

0 = aucune prise de poids.

1 = prise de poids probablement en lien avec l'épisode dépressif actuel.

2 = prise de poids secondaire à l'épisode dépressif actuel (en accord avec le patient).

8. Augmentation d'appétit

0 = aucune augmentation d'appétit.

1 = veut manger un peu plus que d'habitude.

2 = veut manger plus que la normale.

3 = veut manger beaucoup plus que d'habitude.

9. Augmentation de l'alimentation

0 = ne mange pas plus que d'habitude.

1 = mange un peu plus que d'habitude.

2 = mange plus que d'habitude.

3 = mange beaucoup plus que la normale.

10. Appétence pour les hydrates de carbone

0 = aucun changement dans la préférence ou la consommation de nourriture.

1 = appétence augmentée pour les hydrates de carbone (amidons ou sucres) par rapport à d'habitude.

2 = appétence très augmentée pour les hydrates de carbone par rapport à d'habitude.

3 = appétence irrésistible pour les sucres ou l'amidon.

11. Insomnie du début de la nuit

0 = Pas de difficulté à s'endormir

1 = Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir (par ex. mettre plus d'une demi-heure)

2 = Se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir

12. Insomnie du milieu de la nuit

0 = Pas de difficulté

1 = Le malade se plaint d'être agité et troublé pendant la nuit.

2 = Il se réveille pendant la nuit (coter cet item toutes les fois où le malade se lève du lit, sauf si c'est pour uriner).

13. Insomnie du matin

0 = Pas de difficulté

1 = Se réveille de très bonne heure le matin, mais se rendort

2 = Incapable de se rendormir s'il se lève.

14. Hypersomnie

0 = aucune augmentation du temps de sommeil.

1 = augmentation d'au moins 1 heure du temps de sommeil.

2 = augmentation de plus de 2 heures.

3 = augmentation de plus de 3 heures.

4 = augmentation de plus de 4 heures.

15. Symptômes somatiques généraux

0 = Aucun

1 = Lourdeur dans les membres, dans le dos ou la tête. Douleurs dans le dos, céphalées, douleurs musculaires. Perte d'énergie et fatigabilité.

2 = Coter cet item au cas où n'importe quel symptôme est net.

16. Fatigabilité

0 = ne se sent pas plus fatigué que d'habitude.

1 = se sent plus fatigué que d'habitude mais sans que ceci altère le fonctionnement habituel, moins fréquent qu'en (2).

2 = plus fatigué que d'habitude ; au moins 1 heure par jour ; au moins 3 jours par semaine.

3 = fatigué une grande partie du temps la plupart des jours.

4 = fatigué tout le temps.

17. Sentiment de culpabilité

0 = Absent

1 = S'adresse des reproches à lui-même, a l'impression qu'il a causé un préjudice à des gens

2 = Idées de culpabilité ou rumination sur des erreurs passées ou sur des actions condamnables

3 = La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité

4 = Entend des voix qui l'accusent ou le dénoncent et/ou a des hallucinations visuelles menaçantes

18. Suicide

0 = Absent

1 = A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue

2 = Souhaite être mort ou équivalent: toute pensée de mort possible dirigée contre lui-même.

3 = Idées ou geste de suicide

4 = Tentatives de suicide (coter pour toute tentative sérieuse)

19. Anxiété psychique

0 = Aucun trouble

1 = Tension subjective et irritabilité

2 = Se fait du souci à propos de problèmes mineurs

3 = Attitude inquiète, apparente dans l'expression faciale et le langage

4 = Peurs exprimées sans qu'on pose de question

20. Anxiété somatique : concomitants physiques de l'anxiété tels que :
gastro-intestinaux (bouche sèche, troubles digestifs, diarrhée, coliques, éructations), cardiovasculaires (palpitations, céphalées), respiratoires (hyperventilation, soupirs), pollakiurie, transpiration

0 = Absente

1 = Discrète

2 = Moyenne

3 = Grave

4 = Frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle

21. Hypochondrie

0 = Absente

1 = Attention concentrée sur son propre corps.

2 = Préoccupations sur sa santé.

3 = Plaintes fréquentes, demandes d'aide, etc.

4 = Idées délirantes hypocondriaques

22. Prise de conscience

0 = Reconnaît qu'il est déprimé et malade

1 = Reconnaît qu'il est malade, mais l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage, à un virus, à un besoin de repos, etc.

2 = Nie qu'il est malade

23. Ralentissement (lenteur de la pensée et du langage, baisse de la faculté de concentration, baisse de l'activité motrice)

0 = Langage et pensée normaux

1 = Léger ralentissement à l'entretien

2 = Ralentissement manifeste à l'entretien

3 = Entretien difficile

4 = Stupeur

24. Agitation

0 = Aucune

1 = Crispation, secousses musculaires

2 = Joue avec ses mains, ses cheveux, etc.

3 = Bouge, ne peut rester assis tranquille

4 = Se tord les mains, ronges ses ongles, arrache ses cheveux, se mord les lèvres.

TOTAL 17 premiers items HAM-D _____

TOTAL 7 items atypiques _____

TOTAL 24 premiers items _____

25. Variations dans la journée. Noter si les symptômes sont plus marqués dans la matinée ou la soirée. Quand il y a variation diurne, indiquer la sévérité de la VARIATION. Indiquer « aucune » s'il n'y a pas de variation

0 = Aucune

1 = Légère

2 = Importante

26. Inversion du rythme nyctéméral

0 = non

1 = oui, d'intensité légère

2 = oui, d'intensité modérée

3 = oui, d'intensité sévère

27. Dépersonnalisation et déréalisation (par ex. sentiment que le monde n'est pas réel, idées de négation)

0 = Aucune

1 = Légère

2 = Moyenne

3 = Grave

4 = Entraînant une incapacité fonctionnelle

28. Symptômes délirants (persécutifs)

0 = Aucun

1 = Soupçonneux

2 = Idées de référence

3 = Idées délirantes de référence et de persécution

29. Symptômes obsessionnels et compulsifs

0 = Absents

1 = Légers

2 = Graves

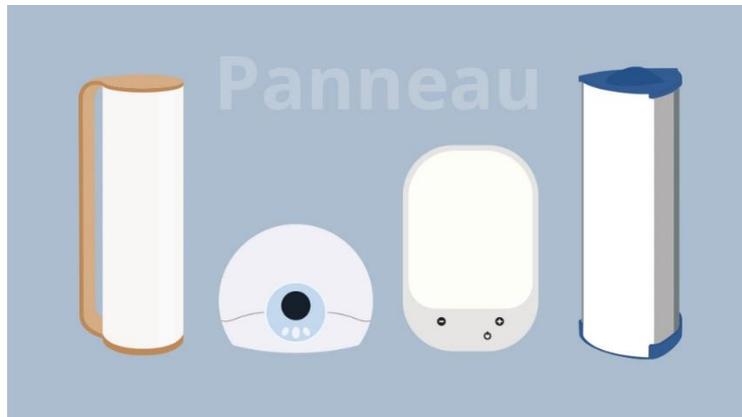
TOTAL 29 items _____

Adapté d'après Williams *et al.* 1988 (l'échelle SIGH-SAD est une adaptation de l'échelle de Hamilton : Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness (*British Journal of Social and Clinical Psychology* 1967 ; 6, 278-296.)

Annexe 5 : Différents types d'appareils de luminothérapie (63)

Les écrans ou panneaux, dispositifs fixes

(ex : Melissa Daylight 637011[®], 79 € ; Philips EnergyUp[®], 189 € ; Beurer TL90[®], 180 €)



Les appareils compacts (ex : Beurer TL 30[®], 50 €)



Les lunettes ou visières (ex : Luminette[®], 239 €)



Annexe 6 : Lettre d'information aux confrères

Cher confrère,

Je suis remplaçante en médecine générale et je réalise actuellement mon travail de thèse sous la direction du Dr De Golmard, sur la dépression saisonnière hivernale aussi appelée trouble affectif saisonnier.

Le trouble affectif saisonnier apparaît en Automne et s'amende au Printemps, consiste en une variation de l'humeur en fonction des saisons, avec pour symptômes prédominants une tristesse de l'humeur et un isolement social et des symptômes dits « atypiques » : asthénie marquée, hypersomnie non réparatrice, hyperphagie avec appétence pour les hydrates de carbone, prise de poids. Cela impacte la qualité de vie des patients, notamment du fait de son caractère récurrent. Il représente un coût pour le système de soins (consultations répétées, arrêts de travail, traitements médicamenteux...)

La luminothérapie permet un amendement rapide des symptômes et est le traitement de référence. Il a pour avantage d'avoir très peu d'effets indésirables, par rapport aux autres traitements notamment les antidépresseurs (IRS).

Selon les études, on retrouve une prévalence mondiale de 0.5 % à 9.7 % ; il existe par ailleurs une forme sub syndromique plus fréquente puisqu'estimée jusqu'à 22.5 % dans certaines études. Il est classé dans le DSM 5 en sous partie du trouble dépressif récurrent et du trouble bipolaire et est à priori sous diagnostiqué en France et donc insuffisamment traité.

Peu d'études ont été réalisées en France concernant la prévalence du trouble affectif saisonnier. Il n'y en a pas à ma connaissance en région Haute Normandie.

Mon travail de thèse a pour objectif d'évaluer la prévalence de la dépression saisonnière en Haute Normandie, par le biais d'un auto-questionnaire délivré aux patients en salle d'attente consultant en médecine générale entre novembre 2016 et février 2017. C'est un questionnaire en trois parties qui peut être complété en 8 minutes environ. Vous en trouverez un exemplaire ci-joint.

Je me permets de vous solliciter pour savoir si vous seriez d'accord pour distribuer ces questionnaires sur la période concernée.

Je me tiens à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Veillez recevoir, cher confrère, l'expression de mes sentiments respectueux.

Roxane Méro

Annexe 7 : Questionnaire de la thèse

Bonjour Madame, bonjour Monsieur,

Je suis remplaçante en médecine générale et effectue actuellement mon travail de thèse.

Je m'intéresse à l'état de santé des patients consultant en cabinet de médecine générale.

Je souhaite étudier votre moral au fil des saisons par ce questionnaire qui comprend trois parties : une première sur les changements au cours des saisons, une deuxième sur votre moral actuel, et une dernière sur vos caractéristiques socio-démographiques.

Ce questionnaire comprend 4 pages et vous prendra approximativement 8 minutes. Les réponses à ce questionnaire sont anonymes. Ce questionnaire s'adresse aux personnes âgées de plus de 18 ans.

Je vous remercie vivement pour votre participation. Vous pouvez remettre ce questionnaire auprès des secrétaires en partant.

Roxane Méro

DATE : / /

Pour quelle raison consultez-vous aujourd'hui (vous pouvez indiquer plusieurs motifs de consultation) ?

PREMIERE PARTIE « Changements au fil des saisons »

Le propos de ce questionnaire est de découvrir comment votre humeur et votre comportement changent d'une saison à une autre.

1. Quelle est l'intensité du changement avec les saisons ? Entourez le chiffre vous correspondant.

	<i>Pas de changement</i>	<i>Changement faible</i>	<i>Changement modéré</i>	<i>Changement marqué</i>	<i>Changement extrêmement marqué</i>
Durée de sommeil	0	1	2	3	4
Activité sociale	0	1	2	3	4
Humeur (bien-être)	0	1	2	3	4
Poids	0	1	2	3	4
Appétit	0	1	2	3	4
Niveau d'énergie	0	1	2	3	4

2. Si votre comportement change avec les saisons, le ressentez-vous comme un problème ?

Non
(entourez)

Oui, c'est un problème pour moi :

- faible 1
- modéré 2
- marqué 3
- très marqué 4
- handicapant 5



DEUXIEME PARTIE « Comment allez-vous en ce moment ? »

Ce questionnaire comporte plusieurs séries de quatre propositions. Pour chaque série, lisez-les et entourez le numéro correspondant à celle qui décrit le mieux votre état actuel. Vous pouvez entourer plusieurs propositions.

A

- 0 Je ne me sens pas triste.
- 1 Je me sens cafardeux ou triste.
- 2 Je me sens tout le temps cafardeux ou triste, et je n'arrive pas à m'en sortir.
- 3 Je suis si triste et si malheureux, que je ne peux pas le supporter.

B

- 0 Je ne suis pas particulièrement découragé, ni pessimiste au sujet de l'avenir.
- 1 J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir.
- 2 Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer.
- 3 Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir, et que la situation ne peut s'améliorer.

C

- 0 Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie.
- 1 J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens.
- 2 Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs.
- 3 J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants, mes amis)

D

- 0 Je ne me sens pas particulièrement insatisfait.
- 1 Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances.
- 2 Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit.
- 3 Je suis mécontent de tout.

E

- 0 Je ne me sens pas coupable.
- 1 Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps.
- 2 Je me sens coupable.
- 3 Je me juge très mauvais, et j'ai l'impression que je ne vauds rien.

F

- 0 Je ne suis pas déçu par moi-même.
- 1 Je suis déçu par moi-même.
- 2 Je me dégoûte moi-même.
- 3 Je me hais.

G

- 0 Je ne pense pas à me faire du mal.
- 1 Je pense que la mort me libérerait.
- 2 J'ai des plans précis pour me suicider.
- 3 Si je le pouvais, je me tuerais.

H

- 0 Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens.
- 1 Maintenant je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois.
- 2 J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux gens et j'ai peu de sentiments pour eux.
- 3 J'ai perdu tout l'intérêt pour les autres, et ils m'indiffèrent totalement.

I

- 0 Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume.
- 1 J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision.
- 2 J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions.
- 3 Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision.

J

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant.
- 1 J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux.
- 2 J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique, qui me fait paraître disgracieux.
- 3 J'ai l'impression d'être laid et repoussant.

K

- 0 Je travaille aussi facilement qu'auparavant.
- 1 Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose.
- 2 Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit.
- 3 Je suis incapable de faire le moindre travail.

L

- 0 Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude.
- 1 Je suis fatigué plus facilement que d'habitude.
- 2 Faire quoi que ce soit me fatigue.
- 3 Je suis incapable de faire le moindre travail.

M

- 0 Mon appétit est toujours aussi bon.
- 1 Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude.
- 2 Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant.
- 3 Je n'ai plus du tout d'appétit.



TROISIEME PARTIE « Qui êtes-vous ? »

1. Vous êtes : un homme une femme
2. Quel âge avez-vous ? ans
3. Dans quelle catégorie socio professionnelle êtes-vous ?
 - Agriculteurs exploitants
 - Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
 - Cadres, professions intellectuelles et artistiques supérieures, professions libérales
 - Professions Intermédiaires (enseignement, santé, fonction publique, administratives, techniciens, contremaîtres, agents de maîtrise...)
 - Employés (fonction publique, administratifs d'entreprise, de commerce, des services directs aux particuliers...)
 - Ouvriers (qualifiés, non qualifiés, agricoles...)
 - Retraités
 - Autres personnes sans activité professionnelle
 - Chômeurs n'ayant jamais travaillé
 - Inactifs divers (autres que retraités)
 - Etudiant (préciser :)
4. Vous êtes : en couple, marié(e) célibataire séparé(e)/divorcé(e) veuf/veuve
5. Avez-vous des enfants ? oui : combien ? non
6. Quel est votre pays ou région d'origine ?
7. Dans quelle commune habitez-vous ?
8. Depuis quelle année résidez-vous en région Haute Normandie ?.....
9. Avez-vous déjà eu des problèmes de santé au niveau psychologique (ex : baisse de moral suite à des événements graves) ou psychiatrique ?
 - A titre personnel ? oui non
 - Dans votre famille ? oui non
10. Avez-vous déjà fait une (des) dépression(s) ?
 - oui
 - non
11. Prenez-vous des médicaments ou autres traitements pour votre moral actuellement ?
 - oui : Antidépresseurs (ex = Seroplex®, Zoloft®, Effexor® ...) ?
 - Médicaments contre le stress ou l'anxiété (ex = Alprazolam, Lexomil® ...) ?.....
 - Plantes, Autres ?
 - non
12. Avez-vous déjà été hospitalisé en psychiatrie ?
 - oui
 - non

Je vous remercie de votre participation

Annexe 8 : Taux de prévalence dans la littérature internationale

Tableau 8 : Taux de prévalence dans la littérature internationale

Auteur	Année	Pays	Taux de prévalence	Méthode employée	Référence bibliographique	
Kasper et al.	1989	USA	4.3 %	SPAQ	(12)	
Rosen et al.	1990	USA	De 1.4 % à 9.7 % (en fonction des latitudes)	SPAQ	(50)	
Schlager et al.	1995	USA (soins primaires)	9 %	SPAQ	(48)	
Eagles et al.	1998/99	Ecosse (soins primaires)	9.3 % et 9.8 %	SPAQ	(48)	
Blazer et al.	1998	USA	0.4 %	Entretiens cliniques	(9)	
Mersch et al.	1999	USA	6.2 %	SPAQ	(9)	
Mersch et al.	1999	Pays-Bas	3 %	SPAQ et autre échelle de dépression	(46)	
Mersch et al.	1999	Revue de littérature	Suisse	2.2 %	Methodologies diverses	(47)
			Islande	3.8 %		
			Suède	3.9 %		
			Finlande	7.1 %		
			USA	De 2.6 % à 9.2 %		
Levitt et al.	2000	Canada	5 %	SPAQ	(9)	
			2.9 %	Entretiens cliniques		
Magnusson	2000	Revue de littérature	De 0 % à 9.7 %	Différentes méthodes	(13)	
Michalak et al.	2001	Royaume-Uni	5.3 %	SPAQ	(9)	
			2.4 %	Entretiens cliniques DSM IV		
Andrew et al.	2001	Royaume-Uni	9.7 %	SPAQ	(48)	
			3.9 %	DSM IV/SIGH-SAD		
Levitt et al.	2002	Canada	7.4 %	SPAQ	(45)	
			1.9 %	Critères DSM IV		
Thompson et al.	2004	Royaume-Uni	10.7 %	SPAQ	(43)	
			5.6 %	SHQ		
Steinhausen et al.	2009	Suisse	7.84 %	SPAQ	(6)	
			2.22 %	Autre questionnaire développé pour l'étude		
Pjrek et al.	2016	Autriche	3.5 %	SPAQ	(76)	
			2.4 %	DSM 5/SHQ		
			1.9 %	Critères CIM 10		

Annexe 9 : Taux de prévalence dans la littérature française

Tableau 9 : Taux de prévalence dans la littérature française

Auteur	Année	Région/ville	Taux de prévalence	Méthode employée	Référence bibliographique
Georges-Denoëud et al.	1992	Lille	0.12 %	Sélection par critères cliniques dans une population de consultants en soins primaires ; taux obtenu par extrapolation	(55)
Ndjiki-Nya et al.	2001	Nord-Pas-de-Calais	0.058 %	Sélection dans une population de consultants en soins primaires des patients présentant un passé typique de dépression saisonnière ou une dépression atypique ; taux obtenu par extrapolation	(56)
Dupont et al.	2011	Limoges	14,72 %	Dépistage par le SPAQ ; si positif, confirmation par le BDI-13 items ; taux obtenu par la combinaison des deux dépistages positifs	(57)

BIBLIOGRAPHIE

1. Chan Chee C., Beck F., Sapinho D., Guilbert P (dir.). La dépression en France – Enquête Anadep 2005, Saint-Denis : INPES, coll. Études santé, 2009, 208 p.
2. Beck F., Guignard R., 2012, La dépression en France : évolution de la prévalence, du recours au soin et du sentiment d'information de la population par rapport à 2005, La Santé de l'homme, Inpes, n°421, 7-9.
3. Davidson JR, Meltzer-Brody SE. The underrecognition and undertreatment of depression: what is the breadth and depth of the problem? *J Clin Psychiatry*. 1999;60 Suppl 7:4-9; discussion 10-11.
4. Rosenthal NE, Sack DA, Gillin JC, Lewy AJ, Goodwin FK, Davenport Y, et al. Seasonal Affective Disorder: A Description of the Syndrome and Preliminary Findings With Light Therapy. *Arch Gen Psychiatry*. 1 janv 1984;41(1):72-80.
5. Golden RN, Gaynes BN, Ekstrom RD, Hamer RM, Jacobsen FM, Suppes T, et al. The Efficacy of Light Therapy in the Treatment of Mood Disorders: A Review and Meta-Analysis of the Evidence. *Am J Psychiatry*. 1 avr 2005;162(4):656-62.
6. Steinhausen H-C, Gundelfinger R, Winkler Metzke C. Prevalence of self-reported seasonal affective disorders and the validity of the seasonal pattern assessment questionnaire in young adults: Findings from a Swiss community study. *J Affect Disord*. juin 2009;115(3):347-54.
7. Gasbaoui L. Le trouble affectif saisonnier : la dépression hivernale. 7 avr 2016;137.
8. Chneiweiss L. Le trouble affectif saisonnier. *Médecine Sommeil*. avr 2014;11(2):74-83.
9. Mersch PPA, Vastenburg NC, Meesters Y, Bouhuys AL, Beersma DGM, van den Hoofdakker RH, et al. The reliability and validity of the Seasonal Pattern Assessment Questionnaire: a comparison between patient groups. *J Affect Disord*. juin 2004;80(2-3):209-19.
10. Even C. Photothérapie. *EMC - Psychiatr*. mai 2012;9(2):1-9.
11. Murray G. The Seasonal Pattern Assessment Questionnaire as a measure of mood seasonality: a prospective validation study. *Psychiatry Res*. 30 août 2003;120(1):53-9.
12. Kasper S, Wehr TA, Bartko JJ, Gaist PA, Rosenthal NE. Epidemiological findings of seasonal changes in mood and behavior. A telephone survey of Montgomery County, Maryland. *Arch Gen Psychiatry*. sept 1989;46(9):823-33.
13. Magnusson A. An overview of epidemiological studies on seasonal affective disorder. *Acta Psychiatr Scand*. mars 2000;101(3):176-84.
14. Kurlansik SL, Ibay AD. Seasonal affective disorder. *Am Fam Physician*. 1 déc 2012;86(11):1037-41.
15. Lam RW, Levitt AJ. Canadian Consensus Guidelines for the Treatment of Seasonal Affective Disorder. A Summary of the Report of the Canadian Consensus Group on SAD. *Canadian Journal of Diagnosis* 15 (suppl): 1-15, 1998.
16. American Psychiatric Association. *DSM-5 Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux*. 5ème édition (traduit par M.-A. Crocq et J.-D. Guelfi). Paris, France : Masson ; 2015.

17. Organisation Mondiale de la Santé. CIM-10 Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement – Critères Diagnostiques pour la Recherche. 10ème révision (traduit par C.B. Pull). OMS, Genève. Paris Milan Barcelone : Masson ; 1994.
18. Haute Autorité de Santé - Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours - Note de cadrage - Recommandation de bonne pratique - Mai 2014 [Internet]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1739917/fr/episode-depressif-caracterise-de-l-adulte-prise-en-charge-en-premier-recours-note-de-cadrage
19. F. Beck, P. Guilbert, A. Gautier. (dir.) Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé. 2007, 608 p. (459-485).
20. Hamadé M, Sigwalt J-F. La dépression en soins primaires: À partir de l'étude ECOGEN. Rouen, France : Université de Rouen; 2015.
21. Tylee A, Gandhi P. The importance of somatic symptoms in depression in primary care. Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2005;7(4):167-76.
22. Couverture - Cartographie_Pathologies_Depenses_2015.pdf [Internet]. Disponible sur : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Cartographie_Pathologies_Depenses_2015.pdf
23. ameli.fr - Fiches par pathologie- maladies psychiatriques [Internet]. Disponible sur : <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-depenses/fiches-par-pathologie/maladies-psychiatriques.php>
24. ameli.fr - Fiches par pathologie- traitements psychotropes [Internet]. Disponible sur : <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-depenses/fiches-par-pathologie/traitements-psychotropes.php>
25. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An Inventory for Measuring Depression. Arch Gen Psychiatry. 1 juin 1961;4(6):561-71.
26. Beck AT, Steer RA, Brown GK. BDI-II: Beck Depression Inventory Manual. 2nd ed. San Antonio: Psychological Corporation; 1996.
27. Beck AT, Beck RW. Screening depressed patients in family practice. A rapid technic. Postgrad Med. déc 1972;52(6):81-5.
28. Beck AT, Beamesderfer A. Assessment of depression: the depression inventory. Mod Probl Pharmacopsychiatry. 1974;7(0):151-69.
29. Gould J. A psychometric investigation of the standard and short form Beck Depression Inventory. Psychol Rep. déc 1982;51(3 Pt 2):1167-70.
30. Aalto A-M, Elovainio M, Kivimäki M, Uutela A, Pirkola S. The Beck Depression Inventory and General Health Questionnaire as measures of depression in the general population: A validation study using the Composite International Diagnostic Interview as the gold standard. Psychiatry Res. 15 mai 2012;197(1-2):163-71.
31. Beck AT, Rial WY, Rickels K. Short form of depression inventory: cross-validation. Psychol Rep. juin 1974;34(3):1184-6.
32. Knight RG. Some general population norms for the short form Beck Depression Inventory. J Clin Psychol. mai 1984;40(3):751-3.
33. Dadfar M, Kalibatseva Z. Psychometric Properties of the Persian Version of the Short Beck Depression Inventory with Iranian Psychiatric Outpatients. Scientifica. 2016;2016:8196463.

34. Cathébras P, Mosnier C, Lévy M, Bouchou K, Rousset H. [Screening for depression in patients with medical hospitalization. Comparison of two self-evaluation scales and clinical assessment with a structured questionnaire]. *L'Encephale*. juin 1994;20(3):311-7.
35. Furlanetto LM, Mendlowicz MV, Romildo Bueno J. The validity of the Beck Depression Inventory-Short Form as a screening and diagnostic instrument for moderate and severe depression in medical inpatients. *J Affect Disord*. mai 2005;86(1):87-91.
36. Rosenthal NE, Bradt GH, Wehr TA. Seasonal pattern assessment questionnaire [Internet]. National Institute of Mental Health: Bethesda; 1987 Disponible sur : <http://scholar.google.com/scholar?cluster=285971305854924838&hl=en&oi=scholar>
37. Haffen E, Sechter D. Les dépressions saisonnières. Montrouge, France: J. Libbey Eurotext; 2006. ix+197.
38. Magnusson A. Validation of the Seasonal Pattern Assessment Questionnaire (SPAQ). *J Affect Disord*. 14 oct 1996;40(3):121-9.
39. Thompson C, Stinson D, Fernandez M, Fine J, Isaacs G. A comparison of normal, bipolar and seasonal affective disorder subjects using the Seasonal Pattern Assessment Questionnaire. *J Affect Disord*. juin 1988;14(3):257-64.
40. Raheja SK, King EA, Thompson C. The Seasonal Pattern Assessment Questionnaire for identifying seasonal affective disorders. *J Affect Disord*. 16 déc 1996;41(3):193-9.
41. Young MA, Blodgett C, Reardon A. Measuring seasonality: psychometric properties of the Seasonal Pattern Assessment Questionnaire and the Inventory for Seasonal Variation. *Psychiatry Res*. 25 janv 2003;117(1):75-83.
42. Magnusson A, Friis S, Opjordsmoen S. Internal consistency of the Seasonal Pattern Assessment Questionnaire (SPAQ). *J Affect Disord*. févr 1997;42(2-3):113-6.
43. Thompson C, Thompson S, Smith R. Prevalence of seasonal affective disorder in primary care; a comparison of the seasonal health questionnaire and the seasonal pattern assessment questionnaire. *J Affect Disord*. mars 2004;78(3):219-26.
44. Thompson C, Cowan A. The Seasonal Health Questionnaire: a preliminary validation of a new instrument to screen for seasonal affective disorder. *J Affect Disord*. avr 2001;64(1):89-98.
45. Levitt AJ, Boyle MH. The impact of latitude on the prevalence of seasonal depression. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. mai 2002;47(4):361-7.
46. Mersch PPA, Middendorp HM, Bouhuys AL, Beersma DGM, van den Hoofdakker RH. The prevalence of seasonal affective disorder in the netherlands: a prospective and retrospective study of seasonal mood variation in the general population. *Biol Psychiatry*. 15 avr 1999;45(8):1013-22.
47. Mersch PPA, Middendorp HM, Bouhuys AL, Beersma DGM, van den Hoofdakker RH. Seasonal affective disorder and latitude: a review of the literature. *J Affect Disord*. 1 avr 1999;53(1):35-48.
48. Andrew JE, Wileman SM, Howie FL, Cameron IM, Naji SA, Eagles JM. Comparison of consultation rates in primary care attenders with and without seasonal affective disorder. *J Affect Disord*. 2001;62(3):199-205.
49. Azorin J-M, Adida M, Belzeaux R. Frequency and characteristics of individuals with seasonal pattern among depressive patients attending primary care in France. *Gen Hosp Psychiatry*. janv 2015;37(1):76-80.
50. Rosen LN, Targum SD, Terman M, Bryant MJ, Hoffman H, Kasper SF, et al. Prevalence of seasonal affective disorder at four latitudes. *Psychiatry Res*. févr 1990;31(2):131-44.

51. Jacobsen FM, Wehr TA, Sack DA, James SP, Rosenthal NE. Seasonal affective disorder: a review of the syndrome and its public health implications. *Am J Public Health*. janv 1987;77(1):57-60.
52. Eagles JM, Scott NW, Cameron IM, Wileman SM, Naji SA. Dates of birth and seasonal changes in well-being among 4904 subjects completing the seasonal pattern assessment questionnaire. *J Affect Disord*. déc 2007;104(1-3):161-5.
53. Pjrek E, Winkler D, Heiden A, Praschak-Rieder N, Willeit M, Konstantinidis A, et al. Seasonality of birth in seasonal affective disorder. *J Clin Psychiatry*. oct 2004;65(10):1389-93.
54. Tonetti L, Milfont TL, Tilyard BA, Natale V. Month of birth and mood seasonality: a comparison between countries in the northern and southern hemispheres. *Psychiatry Clin Neurosci*. avr 2013;67(3):133-8.
55. GEORGES DENOEU R-M. LES TROUBLES AFFECTIFS SAISONNIERS : ENQUETE EPIDEMIOLOGIQUE SUR LILLE [Thèse]. [France]; 1992.
56. Ndjiki-Nya C. Dépressions saisonnières et luminothérapie : à propos d'une étude en soins primaires [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé;
57. Dupont R, Charles E. La dépression saisonnière : étude épidémiologique et intérêt de l'utilisation d'outils de dépistage en médecine généraliste. Limoges, France : S.C.D. de l'Université de Limoges; 2011.
58. Meesters Y, Gordijn MC. Seasonal affective disorder, winter type: current insights and treatment options. *Psychol Res Behav Manag*. 30 nov 2016;9:317-27.
59. Wirz-Justice A, Cajochen C. Rythmes circadiens et dépression : possibilités de traitements chronobiologiques. *Forum Med Suisse*. 2011;11(32-33):536-541.
60. Madsen HØ, Dam H, Hageman I. High prevalence of seasonal affective disorder among persons with severe visual impairment. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. janv 2016;208(1):56-61.
61. Lam RW, Levitt AJ, Levitan RD, Enns MW, Morehouse R, Michalak EE, et al. The Can-SAD Study: A Randomized Controlled Trial of the Effectiveness of Light Therapy and Fluoxetine in Patients With Winter Seasonal Affective Disorder. *Am J Psychiatry*. 1 mai 2006;163(5):805-12.
62. Gordijn MCM, 't Mannetje D, Meesters Y. The effects of blue-enriched light treatment compared to standard light treatment in Seasonal Affective Disorder. *J Affect Disord*. janv 2012;136(1-2):72-80.
63. Type de lampe de luminothérapie | Luminothérapie conseils | [Internet]. Luminettes. Disponible sur : <https://www.myluminette.com/fr/luminothérapie/lampes-de-luminothérapies/8-lampes-de-luminothérapie>
64. Moscovitch A, Blashko CA, Eagles JM, Darcourt G, Thompson C, Kasper S, et al. A placebo-controlled study of sertraline in the treatment of outpatients with seasonal affective disorder. *Psychopharmacology (Berl)*. févr 2004;171(4):390-7.
65. Thaler K, Delivuk M, Chapman A, Gaynes BN, Kaminski A, Gartlehner G. Second-generation antidepressants for seasonal affective disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(12):CD008591.
66. Danilenko KV, Ivanova IA. Dawn simulation vs. bright light in seasonal affective disorder: Treatment effects and subjective preference. *J Affect Disord*. 15 juill 2015;180:87-9.
67. Forneris CA, Nussbaumer B, Kaminski-Hartenthaler A, Morgan LC, Gaynes BN, Sonis JH, et al. Psychological therapies for preventing seasonal affective disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;11:CD011270.

68. Rohan KJ, Roecklein KA, Tierney Lindsey K, Johnson LG, Lippy RD, Lacy TJ, et al. A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy, light therapy, and their combination for seasonal affective disorder. *J Consult Clin Psychol.* juin 2007;75(3):489-500.
69. Rohan KJ, Mahon JN, Evans M, Ho S-Y, Meyerhoff J, Postolache TT, et al. Randomized Trial of Cognitive-Behavioral Therapy Versus Light Therapy for Seasonal Affective Disorder: Acute Outcomes. *Am J Psychiatry.* 1 sept 2015;172(9):862-9.
70. Nussbaumer B, Kaminski-Hartenthaler A, Forneris CA, Morgan LC, Sonis JH, Gaynes BN, et al. Light therapy for preventing seasonal affective disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 8 nov 2015;(11):CD011269.
71. Modell JG, Rosenthal NE, Harriett AE, Krishen A, Asgharian A, Foster VJ, et al. Seasonal Affective Disorder and Its Prevention by Anticipatory Treatment with Bupropion XL. *Biol Psychiatry.* 15 oct 2005;58(8):658-67.
72. Gartlehner G, Nussbaumer B, Gaynes BN, Forneris CA, Morgan LC, Kaminski-Hartenthaler A, et al. Second-generation antidepressants for preventing seasonal affective disorder in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;11:CD011268.
73. Kaminski-Hartenthaler A, Nussbaumer B, Forneris CA, Morgan LC, Gaynes BN, Sonis JH, et al. Melatonin and agomelatine for preventing seasonal affective disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;11:CD011271.
74. Rohan KJ, Meyerhoff J, Ho S-Y, Evans M, Postolache TT, Vacek PM. Outcomes One and Two Winters Following Cognitive-Behavioral Therapy or Light Therapy for Seasonal Affective Disorder. *Am J Psychiatry.* 1 mars 2016;173(3):244-51.
75. Eagles JM, Howie FL, Cameron IM, Wileman SM, Andrew JE, Robertson C, et al. Use of health care services in seasonal affective disorder. *Br J Psychiatry.* 1 mai 2002;180(5):449-54.
76. Pjrek E, Baldinger-Melich P, Spies M, Papageorgiou K, Kasper S, Winkler D. Epidemiology and socioeconomic impact of seasonal affective disorder in Austria. *Eur Psychiatry.* févr 2016;32:28-33.
77. Thompson C, Raheja SK, King EA. A follow-up study of seasonal affective disorder. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* sept 1995;167(3):380-4.
78. Efron, B. Better bootstrap confidence intervals. *Journal of the American statistical Association*, 1987. 82(397), 171-185.
79. Eagles JM, Naji SA, Gray DA, Christie J, Beattie JA. Seasonal affective disorder among primary care consultants in January: prevalence and month by month consultation patterns. *J Affect Disord.* 1998;49(1):1-8.
80. LABARTHE G, =Ministère de la Solidarité de la Santé et de la Protection Sociale. Direction de la Recherche des Etudes de l'Évaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA. Les consultations et visites des médecins généralistes. Un essai de typologie. *ETUDES Result.* juin 2004;(315):12p.
81. Dossier complet-Département de la Seine-Maritime (76) | Insee [Internet]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-76>
82. ALD_23_GM_Troubles dépressifs_VD - gm_ald23_troubles_depressifs_webavril2009.pdf [Internet]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-04/gm_ald23_troubles_depressifs_webavril2009.pdf
83. Magnusson A, Axelsson J, Karlsson MM, Oskarsson H. Lack of Seasonal Mood Change in the Icelandic Population: Results of a Cross-Sectional Study. *Am J Psychiatry.* 1 févr 2000;157(2):234-8.
84. Posternak MA, Zimmerman M. Lack of association between seasonality and psychopathology in psychiatric outpatients. *Psychiatry Res.* 15 nov 2002;112(3):187-94.

85. Hansen V, Skre I, Lund E. What is this thing called « SAD »? A critique of the concept of Seasonal Affective Disorder. *Epidemiol Psychiatr Soc.* juin 2008;17(2):120-7.
86. Traffanstedt MK, Mehta S, LoBello SG. Major Depression With Seasonal Variation: Is It a Valid Construct? *Clin Psychol Sci.* 1 sept 2016;4(5):825-34.
87. Winkler D, Pjrek E, Spies M, Willeit M, Dorffner G, Lanzenberger R, et al. Has the existence of seasonal affective disorder been disproven? *J Affect Disord.* 15 janv 2017;208:54-5.

SERMENT D'HIPPOCRATE

UNIVERSITÉ DE ROUEN
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE



SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis (e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu (e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. »