

Impact de la dépression des actifs sur leurs coûts en soins de santé et en indemnités

Table des matières

I.	Contexte	2
II.	Méthodologie	3
III.	Données et Méthodologie	3
IV.	Recommandations dans le traitement de la dépression	6
V.	Résultats	6
A.	Description de la population	6
B.	Les médicaments	9
■	Durée de traitement	10
■	Médicaments associés	11
C.	Hospitalisations	12
■	Hospitalisations	12
■	Hospitalisations liées à des soins psychiatriques	12
■	Hôpital psychiatrique	13
■	Hôpital général	13
D.	Psychothérapie	14
E.	Incapacité	15
F.	Dépenses	17
■	En soins de santé	17
■	En indemnités	19
VI.	Discussion	20
VII.	Conclusion	24
VIII.	Recommandations	25
IX.	Bibliographie	26
X.	Annexe	27

Liste des tableaux

TABLEAU 1 : PRISE EN COMPTE DES CRITÈRES DE SÉLECTION	5
TABLEAU 2 : DISTRIBUTION DE L'ÂGE DE LA POPULATION CIBLE	7
TABLEAU 3 : CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES DE LA POPULATION ÉTUIDIÉE ET DE LA POPULATION TOTALE	8
TABLEAU 4 : RÉPARTITION DE LA CONSOMMATION D'ANTIDÉPRESSEURS (N06A) EN FONCTION DU NIVEAU DE LA DURÉE PAR AN	10
TABLEAU 5 : DURÉE DE TRAITEMENT DES PATIENTS	10
TABLEAU 6 : DISTRIBUTION DES DURÉES DE TRAITEMENT DES ANTIDÉPRESSEURS (N06A)	11
TABLEAU 7 : DURÉE DE TRAITEMENT EN FONCTION DES MOLÉCULES D'ANTIDÉPRESSEURS EN 2011	11
TABLEAU 8 : DISTRIBUTION DES DURÉES DE TRAITEMENT (N05A) EN FONCTION DES ANNÉES DE PRESTATION	12
TABLEAU 9 : DURÉE DE SÉJOURS DES HOSPITALISATIONS EN LIEN AVEC DES SOINS PSYCHIATRIQUES (HÔPITAL PSYCHIATRIQUE ET SERVICE PSYCHIATRIQUE EN HÔPITAL GÉNÉRAL)	12
TABLEAU 10 : DISTRIBUTION DU NOMBRE D'HOSPITALISATIONS EN HÔPITAL PSYCHIATRIQUE	13
TABLEAU 11 : DISTRIBUTION DE LA DURÉE DE SÉJOUR EN HÔPITAL PSYCHIATRIQUE	13
TABLEAU 12 : DISTRIBUTION DU NOMBRE D'HOSPITALISATIONS EN FONCTION DES SERVICES	13
TABLEAU 13 : DISTRIBUTION DE LA DURÉE DE SÉJOUR EN FONCTION DES SERVICES	14
TABLEAU 14 : NOMBRE D'ANNÉES OÙ UNE SÉANCE DE PSYCHOTHÉRAPIE A ÉTÉ REMBOURSÉE PAR INDIVIDU	14
TABLEAU 15 : NOMBRE DE SÉANCES DE PSYCHOTHÉRAPIE REMBOURSÉES PAR INDIVIDU	14
TABLEAU 16 : NOMBRE D'ANNÉES DE PSYCHOTHÉRAPIE EN FONCTION DU NOMBRE D'ANNÉES DE CONSOMMATION DE 120DDD DE N06A	15
TABLEAU 17 : DURÉE D'INCAPACITÉ SUR TOUTE PÉRIODE D'OBSERVATION	16
TABLEAU 18 : NOMBRE D'INCAPACITÉS SUR TOUTE LA PÉRIODE D'OBSERVATION	16
TABLEAU 19 : DISTRIBUTION DU COÛT AO POUR LA POPULATION ÉTUIDIÉE	17
TABLEAU 20 : DÉPENSES EN ASSURANCE OBLIGATOIRE DES INDIVIDUS AVEC UNE CONSOMMATION DE 120DDD DE N06A PAR AN SUR TOUTE LA PÉRIODE D'OBSERVATION	18
TABLEAU 21 : DÉPENSES EN ASSURANCE OBLIGATOIRE DES INDIVIDUS AVEC DES HOSPITALISATIONS PSYCHIATRIQUES	18
TABLEAU 22 : DÉPENSES EN ASSURANCE OBLIGATOIRE DES INDIVIDUS AVEC DES PÉRIODES D'INCAPACITÉ	19
TABLEAU 23 : % APPLIQUÉ AU DERNIER SALAIRE BRUT POUR LES INDEMNITÉS	20
TABLEAU 24 : MONTANTS DES INDEMNITÉS EN FONCTION DES DURÉES D'INCAPACITÉ	20

I. Contexte

La dépression est un fléau moderne. Au niveau individuel, une bonne prise en charge est primordiale. Au niveau macro, les impacts économiques de la prise en charge et ses répercussions ont un poids non négligeable sur les finances du système de la sécurité sociale, en soins de santé et en invalidité.

En plus de son impact sur la qualité de vie de la personne, la dépression a des conséquences directes sur l'environnement socioprofessionnel et familial des personnes. Cela implique la société dans son ensemble, il est donc essentiel qu'une attention particulière soit portée à la dépression par les plus hautes sphères de la santé publique.

Dans ce contexte, de nombreuses organisations internationales et les institutions européennes appellent à une prise en charge globale de la santé mentale afin de gérer cette problématique dans toutes ses dimensions et parmi tous les secteurs impactés de la société. En 2012, l'Organisation Mondiale de la Santé a adopté une résolution préconisant une réponse globale et coordonnée au niveau des pays pour faire face aux troubles mentaux¹.

Dans la dernière enquête santé (2013)², 7 % des citoyens déclarent avoir souffert d'une dépression au cours de l'année qui a précédé l'enquête. La dépression ne semble pas plus présente que dans le rapport 2008 mais la prise en charge de cette pathologie semble différente ; 81% ont été suivis par un professionnel de la santé (contre 88% en 2008), 72% ont eu recours à des médicaments (contre 82% en 2008) et 28% ont entrepris une psychothérapie (contre 41% en 2008).

La diminution de consommation de médicaments pourrait être vue comme une bonne chose mais la diminution conjointe des psychothérapies laisse craindre un manque de prise en charge de ces patients.

On peut dire sans craindre de se tromper que la dépression est la 1^{ère} cause d'incapacité de travail de longue durée en Belgique³. L'INAMI⁴ évoque les affections ostéo-articulaires et les troubles psychiques, dont la dépression, comme les 2 principales causes de l'incapacité de travail.

¹ OMS, aide –mémoire N°369, Octobre 2012

² Gisèle L. Santé mentale. Dans : Van der Heyden J, Charafeddine R (éd.). Enquête de santé 2013. Rapport 1 : Santé et Bien-être. WIV-ISP, Bruxelles, 2014

³ Karyotaki E, Smit Y, Cuijpers P, Debauche M, De Keyser T, Habraken H, Pitchot W, Raes F, Salomez D, Gillain, B, Fairon N, Paulus D, Robays J, Holdt Henningsen K. Dépression majeure (de l'adulte) : efficacité à long terme de la psychothérapie, seule ou en combinaison avec des antidépresseurs – Résumé. Good Clinical Practice (GCP). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2014. KCE Reports 230Bs. D/2014/10.273/70.

⁴ INAMI, Services des Indemnités, « Absentéisme pour maladie en incapacité primaire de travail, analyse et facteurs explicatifs », 2015

II. Méthodologie

Le traitement de la dépression demande une prise en charge adaptée, médico-psycho-sociale souvent sur un relativement long terme.

En se basant sur les données administratives des Mutualités Libres, l'ensemble des dépenses engendrées au niveau de l'assurance maladie-invalidité, qu'elles soient liées aux remboursements des soins de santé ou à une incapacité de travail ont été analysées.

La population totale d'affiliés des Mutualités Libres représente 2 millions d'individus, soit 19% de la population belge.

Les données disponibles au sein des organismes assureurs sont des données extraites de la tarification des remboursements en soins de santé et incapacités/invalidités. Il n'y a aucune notion de diagnostic dans leurs bases de données.

Les individus atteints de dépression ne sont pas directement détectables via cette base de données. Les individus ont été sélectionnés sur base de la consommation d'au moins un médicament de la classe ATC (Anatomical Therapeutic Chemical) N06A. Certains de ces médicaments sont aussi utilisés pour traiter d'autres maladies mentales, la douleur neuropathique, la fibromyalgie, etc. Il est important de suivre les individus sur une période relativement longue. Les individus sélectionnés devaient être affiliés aux Mutualités Libres sur la période d'observation, c'est-à-dire entre 2009 et 2013. En vue de l'étude de la population potentiellement active, un critère d'âge a également été fixé. Les individus devaient être âgés de 18 à 65 ans en 2011.

L'objectif général de cette étude est de mettre en évidence les profils de consommation de cette population cible. A cette fin, diverses analyses ont été réalisées :

- Les profils des affiliés ont été analysés; leur âge, leurs caractéristiques socio-économiques,..
- La consommation de médicaments antidépresseurs ; la durée de consommation, le type d'ATC utilisée,..
- D'autres facteurs relatifs à leur consommation de soins tels que les hospitalisations, les séances de psychothérapies,..
- Les coûts globaux en assurance obligatoire et en fonction de certains profils particuliers ; les postes de coûts importants,..
- Les coûts en indemnités de cette population en fonction de la durée des périodes d'incapacité

Les dépenses de cette population ont été étudiées sur une période de 5 ans afin d'avoir une vue assez large de la prise en charge (période 2009 à 2013).

III. Données et Méthodologie

L'identification des patients atteints de dépression a requis l'utilisation du proxy qu'est la consommation d'au moins un antidépresseur, médicament de la classe ATC N06A.

Dans l'étude, on a considéré que chaque médicament délivré à un patient a été consommé par ce patient. La population cible a été suivie sur 5 ans afin de pouvoir observer la prise en charge des soins et leur coût sur une période relativement longue.

La base de données contient l'ensemble des remboursements des coûts de soins de santé en assurance obligatoire. La notion de ticket modérateur⁵ est aussi reprise mais les suppléments à charge des patients ne sont pas repris dans nos bases de données car nous ne possédons pas cette information, excepté pour les séjours hospitaliers.

Toutes les données administratives⁶ ont été complétées ou corrigées lorsque cela s'est avéré nécessaire (exemples : prix de journée à 100% pour les hôpitaux, codes CNK des médicaments, code ATC,..)

- Dans les coûts hospitaliers, le montant par admission et le montant par jour tels que repris sur la facture du patient ne sont pas complets. En effet, depuis 2002, le paiement par les mutualités des frais de séjour et de soins aux hôpitaux comporte une partie fixe (environ 80% du BMF) payée par tranche mensuelle (douzièmes budgétaires) et une partie variable versée sur base des factures établies par les hôpitaux. Il est nécessaire d'apporter une correction à ces montants pour refléter le réel financement d'un séjour hospitalier. La méthode utilisée consiste à utiliser le prix d'une journée d'hospitalisation fourni par l'INAMI pour chaque hôpital et par semestre. Ce « prix de journée » est multiplié par la durée du séjour (facturée) à l'hôpital afin d'obtenir la dépense publique réelle à 100% du coût d'un séjour hospitalier.
- Les données liées aux médicaments sont parfois incomplètes. Certains codes CNK (Code National(e) Kode, numéro d'identification unique pour chaque conditionnement d'un médicament en Belgique) n'ont pas de codes ATC (Anatomical Therapeutic Chemical), de DDD (Defined Daily Dose) et de DPP (Doses Per Package) dans nos bases de données utilisées. Les données ont été complétées, voire corrigées, à partir de données provenant de l'INAMI, du CBIP (Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique) et de l'OMS.

Sur base des critères initiaux, c'est-à-dire la consommation d'au moins un antidépresseur (en 2011) et les individus âgés entre 18 et 65 ans (en 2011), nous avons obtenu une population de 121.032 affiliés des Mutualités Libres. Cela représente 5,9% des affiliés des Mutualités Libres en 2011. La littérature évoque un pourcentage de 6,9% pour la prévalence de la dépression sévère en Europe⁷.

La notion de durée de consommation d'antidépresseur permet d'affiner la sélection et une consommation de 120 DDD, ce qui correspond à une durée de 4 mois, est plus probablement associée à une dépression. On ne peut exclure que certains patients soient traités pour une autre maladie mentale, la douleur neuropathique, la fibromyalgie, etc.

⁵ Les soins de santé ne sont pas intégralement remboursés par l'Assurance Maladie-Invalidité. Une quote-part personnelle reste à charge du client. C'est ce qu'on appelle le ticket modérateur ou l'intervention personnelle.

⁶ Extraction des données de remboursement mai 2015

⁷ Wittchen et al., « The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010 »; Eur Neuropsychopharmacol. 2011 Sep;21(9):655-79.

Critères de sélection	Nombre d'individus	Part de la population de départ
Ayant consommé au moins 1 antidépresseur en 2011	121.032	
90DDD en 2011	78.800	65,1%
120DDD en 2011	69.406	57,3%
90DDD sur les 5 ans	38.644	31,9%
120DDD sur les 5 ans	33.168	27,4%
Ayant au moins 1 psychothérapie	38.998	32,2%
120DDD en 2011 et au moins 1 consultation psychiatrique	20.438	16,9%
120DDD en 2011 et au moins 1 psychothérapie	26.746	22,1%

Tableau 1 : prise en compte des critères de sélection

La DDD (Defined Daily Dose)⁸ est une estimation de la quantité de principe actif que reçoit un adulte d'un poids corporel d'environ 70 kg par jour (comme dose d'entretien en cas de traitement chronique) lorsque le médicament est prescrit pour son indication principale. En français, ce terme est traduit par "dose moyenne standard" ou "dose moyenne journalière".

Pour chaque conditionnement, on peut calculer le nombre de DDD's qu'il contient, on obtient alors la DPP (Doses Per Package); lorsque la spécialité est prescrite à la DDD, la DPP correspond au nombre de jours de traitement avec ce conditionnement. La DDD ne correspond pas nécessairement à la posologie optimale pour un patient ou à la posologie mentionnée dans la notice. Toutefois, on se rapproche quand même de celle-ci car elle est établie sur les mêmes bases. La dose prescrite peut différer des recommandations dont tient compte la notion de DDD.

Afin d'identifier les individus atteints d'une dépression avec une prise en charge, on a ajouté un critère ; les consultations de psychothérapie effectuées par un psychiatre, remboursées en assurance obligatoire.

Vu le lien étroit entre la dépression et les psychothérapies, ce dernier critère a été repris comme critère de sélection.

N'ont été retenus que les affiliés des Mutualités Libres ayant consommé au moins 120DDD de la classe thérapeutiques N06A en 2011 et ayant eu au moins une psychothérapie effectuée par un psychiatre⁹.

Après affinement, la population cible est composée de 26.616 individus.

Cette population cible représente 1,3% de la population des Mutualités Libres en 2011.

⁸ Définition sur le site <http://www.cbip.be>, le 11/08/2015

⁹ Les psychothérapies prises en considération sont les codes nomenclatures suivants : 109513, 109535, 109550, 109572, 109631, 109653 (Annexe2)

IV. Recommandations dans le traitement de la dépression

L'utilisation d'antidépresseurs dans le traitement curatif d'un épisode dépressif est bien établie. La question de la durée du traitement antidépresseur n'est pas encore clairement élucidée. Les données épidémiologiques convergent pour reconnaître la fréquence des rechutes et des récidives dépressives. Si la question du traitement curatif d'un épisode dépressif est maintenant bien établie, la question d'un traitement préventif des rechutes et des récidives est encore sujette à discussion. Dans la littérature, toutes les études comparant à long terme un antidépresseur avec un placebo démontrent une efficacité supérieure de l'antidépresseur en termes de fréquence des rechutes dépressives¹⁰.

L'OMS recommande d'associer un soutien psychosocial de base à des antidépresseurs ou à une psychothérapie – thérapie comportementale et cognitive, psychothérapie interpersonnelle ou thérapie par résolution de problèmes pour la dépression modérée ou sévère.

Les traitements psychosociaux sont performants et devraient être prescrits en première intention pour soigner la dépression légère. Les médicaments et les traitements psychologiques sont efficaces en cas de dépression modérée ou sévère¹¹.

Les antidépresseurs peuvent être appropriés pour traiter une dépression modérée ou sévère, mais ne s'imposent pas comme le traitement de première intention pour les cas de dépression légère¹².

Dans une de ces dernières études, le KCE¹² prône l'efficacité à long terme de la psychothérapie seule ou en combinaison avec des antidépresseurs. La recommandation la plus forte est que les médicaments antidépresseurs seuls ne devraient pas être utilisés pour seul traitement de la dépression majeure car la combinaison avec une psychothérapie est toujours plus efficace à long terme.

Néanmoins, force est de constater que dans notre pays, le choix n'est pas entièrement libre : les antidépresseurs sont relativement faciles d'accès et remboursés, et si les psychothérapies pratiquées par un psychiatre sont également remboursées, le travail des psychothérapeutes non médecins n'est que peu encadré (la loi toute récente est un premier pas dans le bon sens) et ne fait pas l'objet de remboursement.

V. Résultats

A. Description de la population

¹⁰ J Dalery, D Sechter , «Traitement prolongé par antidépresseur: objectifs et dérives », - L'Encéphale, 1994 - cat.inist.fr

¹¹ OMS, aide-mémoire N°369, Octobre 2012

¹² Karyotaki E, Smit Y, Cuijpers P, Debauche M, De Keyser T, Habraken H, Pitchot W, Raes F, Salomez D, Gillain B, Fairon N, Paulus D, Robays J, Holdt Henningsen K. Dépression majeure (de l'adulte) : efficacité à long terme de la psychothérapie, seule ou en combinaison avec des antidépresseurs – Résumé. Good Clinical Practice (GCP). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2014. KCE Reports 230Bs. D/2014/10.273/70.

Avant d'identifier les particularités de la population cible, citons quelques caractéristiques de la population totale des Mutualités Libres: leurs affiliés sont plus largement représentés en Wallonie et de façon encore plus marquée à Bruxelles (ils représentent 40% de la population bruxelloise) et sont moins représentés en Flandre. Les individus du régime indépendant (RI Mutualités Libre : 15,4%) sont plus représentés que dans la population belge (RI population belge : 10,4%¹³).

Les bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM)¹⁴ sont moins représentés dans la population totale des Mutualités Libres, 12% contre 16% pour la population nationale (INAMI)¹⁵.

Age												
Moyenne	Ecart-type	Min	Max	N	5e centile	10e centile	Quartile inférieur	Médiane	Quartile supérieur	90e centile	95e centile	
45,7	10,7	18	65	26.616	26	31	39	47	54	59	62	

Tableau 2 : distribution de l'âge de la population cible

Notre population étudiée comporte 26.616 individus en 2011¹⁶. Plus de la moitié de cette population a entre 18 et 47 ans en 2011. Il n'y a pas de différence significative pour l'âge moyen entre les hommes et les femmes.

¹³ Données issues du site de statistique de l'INAMI (<https://applstst2.riziv.fgov.be/analytics/FR/Portal/mainUnchallenged.do?unchallenged=yes>)

¹⁴ Les conditions d'accès au statut BIM sont disponibles en annexe 3

¹⁵ Chiffres datant de 2010

¹⁶ Toutes les données liées à la population étudiée ont été prises au 31/12/2011

		Population étudiée		Population MLOZ	
		N	%	N	%
Genre	Hommes	9.245	34,7%	973.301	49,6%
	Femmes	17.371	65,3%	989.225	50,4%
Région	Hors Belgique	41	0,2%	47.184	2,4%
	Bruxelles	6.152	23,1%	390.906	19,9%
	Flandre	8.625	32,4%	789.790	40,2%
	Wallonie	11.798	44,3%	734.646	37,4%
BIM	BIM	6.253	23,5%	230.748	11,8%
	non BIM	20.363	76,5%	1.731.778	88,2%
chômage	Chômage partiel ou complet	3.008	11,3%	159.173	8,1%
	Pas chômeur	10.483	39,4%	713.353	36,3%
	Pas concerné par chômage	13.125	49,3%	1.090.000	55,5%
Type profession	Autres	1.802	6,8%	1.015.843	51,8%
	Employé	11.543	43,4%	402.589	20,5%
	Fonctionnaire	3.383	12,7%	87.523	4,5%
	Indépendant	2.804	10,5%	167.588	8,5%
	Ouvrier	7.084	26,6%	288.983	14,7%
Titulaire/Personne à charge	Autres_PAC_etc	1.825	6,9%	676.391	34,5%
	Titulaire	24.791	93,1%	1.286.135	65,5%
Etat civil	Autre	19	0,1%	6.021	0,3%
	Personnes seules (veuf, célibataire, divorcé- séparé)	14.846	55,8%	1.197.803	61,0%
	Marié	11.751	44,2%	758.702	38,7%
Régime général/régim	Régime général	23.757	89,3%	1.640.664	83,6%
	Régime indépendant	2.859	10,7%	302.570	15,4%

Tableau 3: Caractéristiques socio-économiques de la population étudiée et de la population totale

Le sexe :

Nous retrouvons une plus grande proportion de femmes dans la sous-population étudiée.

La région :

La proportion de Bruxellois et de Wallons augmente dans la population cible tandis que les Flamands y sont moins présents.

Le bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM) :

Cette proportion augmente fortement dans la population étudiée, les BIM représentent 23,5 % des individus.

Le chômage :

La variable « chômage » a été créée à partir de 3 variables issues du layout de population défini par l'agence intermutualiste (IMA) et d'une variable liée à l'âge afin de tenir compte de toutes les spécificités de ce statut.

Un chômeur (complet ou partiel) et un non chômeur ont en commun le fait qu'ils ont un statut de titulaire¹⁷, un âge compris entre 18 et 65 ans et font partie du régime général.

Une personne non concernée par le chômage ne remplit pas l'une ou l'autre de ces conditions (c'est le cas des pensionnés, des personnes à charge et des indépendants à titre principal).

Les personnes en chômage complet ou partiel représentent 11,3%, légèrement plus que dans la population totale des Mutualités Libres (8,1%) et les non-chômeurs sont plus représentés dans la population étudiée. Outre les statuts plus précaires, c'est le résultat de la définition des critères d'appartenance à la population étudiée; à savoir tout individu ayant entre 18 et 65 ans.

Le type de profession :

Cette variable permet de comparer la composition de la population étudiée et de la population des Mutualités Libres totale selon le type de profession. Le groupe «autres» prend en compte un ensemble hétéroclite de statuts dont les personnes à charge, les pensionnés, les étudiants du 3ème cycle, le conjoint aidant d'un travailleur indépendant, les handicapés,...

La sélection d'âge de notre population fait fortement diminuer le pourcentage dans la rubrique «autres». Toutefois, si on compare les proportions, on remarque une part plus importante de fonctionnaires et d'employés dans la population étudiée par rapport à la population totale des Mutualités Libres.

Les titulaires/les personnes à charge (PAC) :

Les titulaires représentent 83,6% des individus de la population totale contre 89,3 % dans la population cible. Ceci s'explique par le fait que les enfants (<18 ans), qui constituent une part importante des personnes à charge, sont exclues de la population cible.

L'état civil :

Les personnes seules semblent moins souffrir de dépression selon les données du tableau. Toutefois, les critères d'âge retenus dans la population cible doivent fortement influencer ce résultat. Les + de 65 ans sont exclus de notre étude qui vise la population active, or on sait que ce groupe est un grand consommateur d'antidépresseurs.

Le régime :

Dans la population cible, la part des individus du régime indépendant est légèrement moindre avec une représentation de 10,9 %.

B. Les médicaments

Les antidépresseurs sont notre base de sélection car c'est le principal traitement contre la dépression, même si dans certains cas, une psychothérapie peut s'avérer plus pertinente ou nécessaire en combinaison avec les médicaments. Cette partie va analyser la durée de traitement, le type de code ATC prescrit,..

¹⁷ Une personne à charge, par définition, ne peut être chômeur

Le tableau reprend le nombre d'affiliés consommant un certain nombre de DDD dans notre population cible par an ; les pourcentages sont la part que ces individus représentent par rapport à la population cible de 2011.

	2009		2010		2011		2012		2013	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
120DDD	17.335	65,1%	20.228	76,0%	26.616	100,0%	21.418	80,5%	19.813	74,4%
292DDD (80% de l'année)	12.138	45,6%	14.336	53,9%	17.021	64,0%	15.733	59,1%	14.755	55,4%
≥ 365 DDD	9.157	34,4%	10.862	40,8%	12.639	47,5%	12.081	45,4%	11.609	43,6%

Tableau 4 : répartition de la consommation d'antidépresseurs (N06A) en fonction du niveau de la durée par an

Dans la population étudiée, il y a plus de 65% des personnes qui consomment au moins 120DDD d'antidépresseurs chaque année, c'est-à-dire un traitement de 4 mois. La consommation de 365DDD, soit une année complète, varie entre 34% et 48% en fonction des années observées.

Le ratio, entre le nombre de comprimés prescrits sur une période donnée et le nombre de comprimés théoriques en cas de compliance parfaite, peut servir à évaluer l'adhésion thérapeutique aux antidépresseurs. Dans la littérature, une valeur supérieure ou égale à 80% pour ce ratio est souvent retenue pour considérer cette adhésion comme bonne¹⁸.

Selon cette définition, les patients adhérents aux antidépresseurs sur une année représentent plus de 50% sur les 4 dernières années d'observation.

▪ Durée de traitement

Le tableau suivant permet d'observer la durée de traitement des individus de manière suivie.

	pas 2011		1 an		2 an		3 an		4 an		les 5 années	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
120DDD			1.637	6,2%	2.383	9,0%	4.615	17,3%	4.743	17,8%	13.238	49,7%
292DDD	4.088	15,4%	3.719	14,0%	3.854	14,5%	4.129	15,5%	3.961	14,9%	6.865	25,8%
365DDD	7.266	27,3%	4.602	17,3%	4.065	15,3%	3.484	13,1%	2.831	10,6%	4.368	16,4%

Tableau 5 : Durée de traitement des patients

La 1^{ère} colonne représente le nombre d'individus ne consommant pas pendant 1 an la durée de traitement. Il y a 7.266 individus, soit 27,3% de la population, qui ne consomment pas d'antidépresseurs, chaque jour, pendant toute l'année de référence 2011.

Dans notre population cible, il n'y a que 1.637 patients, soit 6,2% d'individus, qui ne consomment que 120DDD en 2011. Le pourcentage de patients consommant des antidépresseurs augmente avec le nombre d'années de traitement.

On y remarque que 50% de la population a consommé des antidépresseurs pendant 4 mois, chaque année pendant la période d'observation (entre 2009 et 2013). A noter que 16% de cette population consomme de manière continue des antidépresseurs. Et si on s'accorde sur la définition de l'adhésion pour la prise d'antidépresseurs, le pourcentage s'élève à 26%.

¹⁸ (Reginster et Rabenda, 2005 et Jin et al, 2008)

Sur la période d'observation, 50% des individus sont traités par 2 antidépresseurs de code ATC différents, seul 10% en prennent plus de 3.

Nombre de code ATC									
Moyenne	Ecart-type	Min	Max	10e centile	Quartile inférieur	Médiane	Quartile supérieur	90e centile	
1,8	0,7	1,0	4,0	1,0	1,0	2,0	2,0	3,0	

Tableau 6 : distribution des durées de traitement des antidépresseurs (N06A)

Les durées de traitement sont variables en fonction du code ATC. Les médicaments de codes ATC inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (N06AB) et autres antidépresseurs (N06AX) ont des durées moyennes de traitement nettement supérieures aux autres. La durée de consommation du code ATC N06AB est en moyenne de 340 jours et celle du code ATC N06AX est de 310 jours. On observe que 25% des individus consomment pendant plus de 400 jours, soit plus d'une année de traitement pour les codes ATC N06AB, N06AG (inhibiteurs de la monoamie oxydase) et N06AX.

Durée de traitement en jours												
ATC	N Obs	Moyenne	Ecart-type	Min	Max	10e centile	Quartile inférieur	Médiane	Quartile supérieur	90e centile	Borne inférieure de l'IC à 95% pour la moy.	Borne supérieure de l'IC à 95% pour la moy.
N06AA	2.823	147,5	157,7	0,3	1573,33	13,3	33,3	100,0	212,3	346,7	141,7	153,4
N06AB	18.417	340,5	223,8	1,0	3024	112,0	180,0	300,0	422,0	628,0	337,2	343,7
N06AG	80	254,4	225,7	3,0	1100	50,0	71,3	175,0	400,0	600,0	204,2	304,7
N06AX	15.725	310,3	288,5	0,3	3912	36,3	111,3	230,5	424,0	672,0	305,8	314,8

Tableau 7 : durée de traitement en fonction des molécules d'antidépresseurs en 2011

On observe peu de différences en fonction de l'année d'observation dans la période (Annexe 4).

Les médicaments de codes ATC les plus consommées sont les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (N06AB), pris par 83% des individus, et les autres antidépresseurs (N06AX), pris par 75% des individus. (Annexe 5)

▪ Médicaments associés

Les antipsychotiques (N05A) sont souvent associés aux antidépresseurs. Dans notre population consommatrice d'antidépresseurs, 13.899 des individus consomment également au moins un antipsychotique sur toute la période, soit 52%.

Parmi les individus prenant au moins un antipsychotique sur toute la période, 57% n'en consomment même pas 120DDD (moins de 4 mois) sur une seule année. Par contre, 14% en consomment pendant 4 mois par an sur toute la période des 5 années d'observation.

Année de prestation	N Obs	Durée de traitement en jours								Borne inférieure de l'IC à 95% pour la moy.	Borne supérieure de l'IC à 95% pour la moy.
		Moyenne	Ecart-type	10e centile	Quartile inférieur	Médiane	Quartile supérieur	90e centile			
2009	7.245	200,7	311,0	7,0	24,0	87,0	252,0	515,2	193,5	207,9	
2010	8.108	204,9	314,8	7,5	25,0	90,0	254,8	532,1	198,0	211,7	
2011	8.971	212,4	322,3	9,0	30,0	93,9	260,0	545,9	205,7	219,1	
2012	8.493	233,7	332,6	12,0	33,3	118,0	294,0	600,0	226,6	240,8	
2013	8.253	239,9	341,9	12,9	36,0	120,0	300,8	600,0	232,5	247,3	

Tableau 8 : distribution des durées de traitement (N05A) en fonction des années de prestation

La durée moyenne de consommation des antipsychotiques augmente au cours des années d'observation, allant de 200 jours en 2009 (un peu plus de 6 mois) à 240 jours (quasi 8 mois) en 2013. Le nombre de personnes consommant des psychotropes va aussi en augmentant.

C. Hospitalisations

▪ Hospitalisations

Le nombre d'hospitalisations et le type d'hospitalisations permettent de mettre en évidence des différences de prises en charge ou des différentes typologies de patients.

Le nombre d'hospitalisations moyennes par affilié est de 0,1¹⁹ pour la population totale des mutualités Libres²⁰. Or, dans la population cible, le nombre d'hospitalisations s'élève à 0,5 en moyenne. Le nombre d'hospitalisations est nettement plus élevé dans la population cible.

▪ Hospitalisations liées à des soins psychiatriques

Dans notre population cible, 58 % des individus ont au moins une hospitalisation dans un hôpital classique dont 25% ont une hospitalisation en lien avec un service psychiatrique d'un hôpital général ou d'un hôpital psychiatrique ; 10% uniquement en service psychiatrique d'un hôpital général, 9% uniquement dans un hôpital psychiatrique et 6 % des individus ont des séjours dans les 2 types d'institutions.

La durée moyenne des hospitalisations liées à des soins psychiatriques s'élève à 65 jours. Toutefois, la distribution met en évidence de grandes disparités dans la durée des séjours. On observe que 10% de ces hospitalisations durent plus de 148 jours, soit plus de 5 mois.

Durée de séjours en soins psychiatriques (en jours)						
Moyenne	Ecart-type	10e centile	Quartile inférieur	Médiane	Quartile supérieur	90e centile
64,7	130,2	2,0	10,0	28,0	67,0	148,0

Tableau 9 : Durée de séjours des hospitalisations en lien avec des soins psychiatriques (hôpital psychiatrique et service psychiatrique en hôpital général)

¹⁹ Un nombre d'hospitalisation inférieur à 1 signifie nécessairement qu'une part de la population n'est pas concernée par l'hospitalisation.

²⁰ G.Karakaya, R. Van Tielen, V.Vanrillaer, « Concentration des dépenses en soins de santé : analyse des remboursements de l'assurance maladie aux affiliés des Mutualités Libres », Union Nationale des Mutualités Libres.

▪ Hôpital psychiatrique

Les 4.123 individus (16%) ayant eu recours à une hospitalisation psychiatrique regroupent ensemble 12.504 hospitalisations. La moitié de ces individus ont 2 hospitalisations psychiatriques sur la période et 10% ont plus de 7 hospitalisations.

Hospitalisation psychiatrique									
N	Moyenne	Ecart-type	Min	Max	10e centile	Quartile inférieur	Médiane	Quartile supérieur	90e centile
4.123	3,0	4,7	1	202	1,0	1,0	2,0	4,0	7,0

Tableau 10 : Distribution du nombre d'hospitalisations en hôpital psychiatrique

La durée moyenne de ces séjours est de 82 jours. La moyenne est tirée vers le haut par les extrêmes. En effet, 5% de ces hospitalisations durent plus de 300 jours (quasi une année) mais on voit également que 25% de ces séjours durent 13 jours ou moins.

Durée de séjour (en jours)									
N	Moyenne	Ecart-type	5e centile	10e centile	Quartile inférieur	Médiane	Quartile supérieur	90e centile	95e centile
12.504	81,8	166,0	1,0	3,0	13,0	35,0	84,0	189,0	306,0

Tableau 11 : Distribution de la durée de séjour en hôpital psychiatrique²¹

▪ Hôpital général

Les 15.421 individus avec au moins une hospitalisation en hôpital général regroupent ensemble 48.939 hospitalisations. Le nombre d'hospitalisations par individu est fort semblable aux hospitalisations en hôpitaux psychiatriques. Il faut toutefois distinguer les services psychiatriques des hôpitaux généraux ; 22% des hospitalisations sont effectuées en service psychiatrique et 3% des séjours sont liés au service maternité.

Nombre d'hospitalisation en hôpital général										
SERVICE	N Obs	Moyenne	Ecart-type	Min	Max	10e centile	Quartile inférieur	Médiane	Quartile supérieur	90e centile
psychiatrique	4.336	2,3	3,0	1,0	61,0	1,0	1,0	1,0	2,0	4,0
autres	13.553	2,5	2,7	1,0	66,0	1,0	1,0	2,0	3,0	5,0
maternité	1.021	1,3	0,7	1,0	7,0	1,0	1,0	1,0	1,0	2,0

Tableau 12 : Distribution du nombre d'hospitalisations en fonction des services²²

Les hospitalisations classiques durent en moyenne 12 jours mais 50% des individus ont une durée de séjour de 4 jours. La moyenne est fortement influencée par les 10% de séjours avec des durées de séjour supérieures à 28 jours. Les durées de séjours montrent de grandes disparités en fonction des types de services.

²¹ Le nombre de jours maximum est plus élevé que la période d'observation car la date d'entrée à l'hôpital psychiatrique peut précéder la période d'observation (2009-2013)

²² Dans ce tableau le N reprend le nombre d'individus ; il est supérieur à 15.421 car certains individus ont des séjours dans plusieurs services

SERVICE	N Obs	Moyenne	Ecart-type	durée de séjour (en jours)								Borne inférieure de l'IC à 95% pour la moy.	Borne supérieure de l'IC à 95% pour la moy.
				Min	Max	10e centile	Quartile inférieur	Médiane	Quartile supérieur	90e centile			
psychiatrie	9.969	33,2	60,9	1,0	1.207,0	2,0	8,0	21,0	35,0	65,0	32,0	34,4	
autres	34.539	6,5	15,8	1,0	765,0	1,0	1,0	3,0	6,0	13,0	6,3	6,7	
maternité	1.345	5,1	5,3	1,0	91,0	2,0	4,0	5,0	5,0	7,0	4,8	5,4	

Tableau 13 : Distribution de la durée de séjour en fonction des services

Les durées de séjour en service psychiatrique d'hôpitaux généraux sont nettement plus longues que dans les autres services. En service psychiatrique d'un hôpital classique, la durée médiane des séjours est de 21 jours. 10% de ces hospitalisations durent plus de 65 jours.

D. Psychothérapie

Il semble intéressant d'observer les soins de psychothérapie suivis par nos patients. Par la sélection, les individus de cette population ont eu au moins une séance de psychothérapie sur les 5 années d'observation. Le nombre de psychothérapies et la combinaison avec des consultations psychiatriques peuvent être des éléments intéressants pour comprendre et évaluer la prise en charge de la dépression modérée et sévère. Il faut bien garder à l'esprit que les séances de psychothérapie reprises dans cette étude sont limitées à celles remboursées dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins de santé.

Nombre d'année avec des séances de psychothérapie								
Moyenne	Ecart-type	10e centile	Quartile inférieur	Médiane	Quartile supérieur	90e centile	Borne inférieure de l'IC à 95% pour la moy.	Borne supérieure de l'IC à 95% pour la moy.
2,7	1,5	1,0	1,0	2,0	4,0	5,0	2,7	2,7

Tableau 14 : Nombre d'années où une séance de psychothérapie a été remboursée par individu

Parmi notre population, 50% des individus ont recours à des séances de psychothérapie pendant 2 années sur la période d'observation. Seulement 10% a eu recours à des séances de psychothérapie sur les 5 années d'observation.

Nombre de séance de psychothérapie											
Année	Prestation	N Obs	Moyenne	Ecart-type	10e centile	Quartile inférieur	Médiane	Quartile supérieur	90e centile	Borne inférieure de l'IC à 95% pour la moy.	Borne supérieure de l'IC à 95% pour la moy.
2009		14.508	6,7	9,1	1,0	2,0	4,0	8,0	14,0	6,6	6,9
2010		15.887	6,7	9,0	1,0	2,0	4,0	8,0	14,0	6,6	6,9
2011		17.711	6,5	8,3	1,0	2,0	4,0	8,0	14,0	6,4	6,6
2012		15.707	6,5	8,5	1,0	2,0	4,0	8,0	14,0	6,4	6,7
2013		14.599	6,5	8,3	1,0	2,0	4,0	8,0	14,0	6,3	6,6

Tableau 15 : Nombre de séances de psychothérapie remboursées par individu

Parmi les individus ayant eu au moins une séance de psychothérapie sur l'année, 50% d'entre eux ont 4 séances de psychothérapie remboursées et 10% ont plus de 15 séances sur l'année. Par contre, 10% de ces individus n'ont recours qu'à une seule séance de psychothérapie.

Nombre Année (120DDD)	Nombre Année PSYCHOTHERAPIE					
	1	2	3	4	5	Total
1	2,9%	1,6%	0,8%	0,3%	0,3%	5,8%
2	3,4%	2,4%	1,6%	0,7%	0,6%	8,7%
3	6,1%	3,7%	3,8%	1,9%	1,7%	17,1%
4	5,7%	3,4%	2,6%	2,7%	2,8%	17,2%
5	14,7%	9,2%	6,6%	5,8%	14,9%	51,2%
Total	32,7%	20,3%	15,3%	11,4%	20,3%	100,0%

Tableau 16 : Nombre d'années de psychothérapie en fonction du nombre d'années de consommation de 120DDD de N06A

On observe un lien positif entre la durée de traitement par antidépresseur et le nombre d'années de psychothérapie. Le nombre d'années de suivi d'une psychothérapie augmente avec le nombre d'années de prise d'antidépresseurs pendant au moins 4 mois.

Dans la population étudiée, 45% des individus n'ont pas eu une consultation psychiatrique sur la période. Ces individus ont seulement été suivis via une ou des séances de psychothérapie.

Quelle que soit l'année, on observe que 35% des individus ont recours à des séances de psychothérapie et des consultations psychiatriques pendant la même année.

E. Incapacité

Lors d'une maladie, accident, hospitalisation, un congé de naissance, on est parfois empêché de travailler, c'est ce qu'on appelle une incapacité de travail. Après la période de salaire garanti, la mutualité allouera un revenu de remplacement.

Les conditions d'accès à ce revenu sont : être affilié à une mutualité, avoir un statut d'employé, d'indépendant actif ou de chômeur. Il faut que l'affection empêche d'exercer toute activité professionnelle. Le degré de l'incapacité de travail s'élève à 66% pour le régime général et est total pour le régime indépendant.

Un titulaire qui est reconnu en incapacité de travail par le médecin-conseil peut sous certaines conditions, reprendre une activité professionnelle à temps partiel. Les revenus issus de cette reprise de travail à temps partiel, déterminent le montant de l'indemnité journalière à accorder.

L'autorisation est octroyée sous certaines conditions bien précises. L'activité autorisée doit être compatible avec l'état de santé, elle doit faire l'objet d'une déclaration de reprise préalable, il faut une autorisation du médecin-conseil, dans le régime général : après au moins 1 jour d'incapacité de travail complète et dans le régime indépendant : après la période d'incapacité primaire non indemnisable pour les indépendants qui reprennent leur ancienne activité professionnelle.

Après la période de salaire garanti (1 mois), l'incapacité de travail devient incapacité de travail primaire. Dès ce moment, la mutualité verse un revenu de remplacement. L'incapacité de travail primaire a une durée maximale de douze mois. Elle débute à la date à laquelle le médecin-conseil de la mutualité reconnaît l'incapacité de travail.

Si l'incapacité de travail dépasse la durée d'un an, on obtient le statut d'invalidé. Dès le premier jour du 13e mois d'incapacité de travail, on passe en invalidité.

L'état d'incapacité de travail prend fin dans 5 situations lorsque le bénéficiaire :

- reprend spontanément le travail
- est réinscrit comme demandeur d'emploi
- est remis au travail par le médecin-conseil ou le Conseil Médical de l'Invalidité (C.M.I.)
- décède
- atteint l'âge de la pension légale de vieillesse.

Les données sur l'incapacité de travail et l'invalidité de nos bases administratives ne permettent pas d'identifier la pathologie à l'origine de l'incapacité. Cette information est confidentielle et non exploitable. Il faudra donc prendre ces résultats avec les réserves méthodologiques.

Dans l'analyse sur les incapacités, les périodes d'incapacité et d'invalidité ont été regroupées, seules les durées d'incapacité sont analysées.

Dans la population cible, 15.270 individus ont au moins une période d'incapacité de travail sur la période, c'est-à-dire 57% des individus.

Ces individus ont des durées d'incapacité assez longues. Si on additionne le nombre de jours en incapacité sur toute la période, on obtient la durée d'incapacité (pas nécessairement continue) sur la période d'observation.

Durée d'incapacité (en jours)							
Moyenne	Ecart-type	N	10e centile	Quartile inférieur	Médiane	Quartile supérieur	90e centile
992	713	15.270	76	243	1.006	1.820	1.821

Tableau 17 : Durée d'incapacité sur toute période d'observation

On peut observer que 4.550 individus, soit 30% des individus en incapacité, le sont de façon continue sur les années observées, soit 5 années. 47% des individus sont en incapacité pendant près de 3 années.

En moyenne, les individus ont 4 périodes d'incapacité sur les 5 années d'observation. Seuls 10% des individus en incapacité ont plus de 6 périodes d'incapacité.

Nombre de période d'incapacité							
Moyenne	Ecart-type	N	10e centile	Quartile inférieur	Médiane	Quartile supérieur	90e centile
4,3	2,1	15270	1,0	3,0	5,0	5,0	6,0

Tableau 18 : Nombre d'incapacités sur toute la période d'observation

Les possibilités de remise au travail peuvent être obligatoires si le médecin-conseil juge l'incapacité non justifiée. Il n'y a que 10% des individus qui ont fait l'objet d'une remise au travail obligatoire. Par contre, on remarque que 45% des individus recommencent leur activité professionnelle par une reprise à temps partiel.

F. Dépenses

L'assurance maladie-invalidité couvre les soins de santé et l'incapacité de travail. Les dépenses dans ces 2 domaines sont des postes de coûts importants pour le système. Cette partie va mettre en évidence les dépenses en soins de santé et en incapacité de travail.

▪ En soins de santé

Cette partie analyse les dépenses en soins de santé de cette population. On ne prend pas en compte les dépenses engendrées pour le patient via les tickets modérateurs ou les suppléments. Il est impossible d'identifier les dépenses spécifiquement liées à la prise en charge de la dépression. Les dépenses présentées regroupent l'ensemble de dépenses remboursées en assurance obligatoire.

dépenses assurance obligatoire (en euros)										
Année prestation	Moyenne	Ecart-type	10e centile	Quartile inférieur	Médiane	Quartile supérieur	90e centile	Borne inférieure de l'IC à 95% pour la moy.	Borne supérieure de l'IC à 95% pour la moy.	
2009	5.168	12.058,2	339,6	726,3	1.533,3	3.746,4	12.025,9	5.022,7	5.312,4	
2010	5.914	13.202,6	448,2	838,6	1.704,3	4.301,2	14.399,1	5.754,9	6.072,2	
2011	6.541	14.013,8	567,8	973,4	1.898,9	4.771,9	16.535,4	6.373,1	6.709,8	
2012	6.123	13.226,5	481,7	903,6	1.822,6	4.519,6	15.180,2	5.964,1	6.281,9	
2013	5.816	12.597,6	427,4	849,9	1.768,5	4.396,1	14.442,7	5.664,7	5.967,4	

Tableau 19 : Distribution du coût AO pour la population étudiée

La dépense moyenne en assurance obligatoire n'évolue que peu en fonction des années²³ même s'il y a des différences significatives ; elle est comprise entre 5.168€/an et 6.541€/an. Ces montants sont nettement plus élevés que la dépense moyenne par individu dans la population totale des Mutualités Libres qui s'élève à 1.843€/an²⁴. La distribution met en évidence une grande disparité dans les dépenses des individus de la population cible. On observe que plus de 90% des individus de la population étudiée coûtent moins que le montant moyen de la population générale, ce sont donc 10% de cas « extrêmes » qui font exploser les dépenses.

Le traitement lié à la maladie n'engendre que peu de dépenses directes, les dépenses relatives aux seuls antidépresseurs sont limitées, elles ne représentent qu'environ 200€ en moyenne par an. (Annexe 6)

²³ La faible différence est néanmoins significative

²⁴ G.Karakay, R. Van Tielen, V.Vanrilaler, « Concentration des dépenses en soins de santé : analyse des remboursements de l'assurance maladie aux affiliés des Mutualités Libres », Union Nationale des Mutualités Libres.

La population qui engendre les plus grandes dépenses, c'est-à-dire les 10% de cas extrêmes, est composée de 47% d'individus ayant eu recours à au moins une hospitalisation en lien avec des soins psychiatriques, 50% des individus consommant des antidépresseurs pendant 4 mois chaque année pendant les 5 années d'observation et 26% d'entre eux ont au moins une période d'incapacité sur les 5 années prises en considération.

Antidépresseurs, hospitalisation, incapacité de travail : les dépenses par sous-groupes

En fonction des informations recueillies dans les analyses préalables, les dépenses de certains sous-groupes dans la population cible peuvent être comparées afin de mettre en évidence le lien entre dépenses en assurance obligatoire et prise en charge.

- **Les dépenses des individus consommant des antidépresseurs (N06A) pendant 4 mois** (120DDD) chaque année sur l'ensemble de la période :

dépenses assurance obligatoire (en euros)									
Année prestation	Moyenne	Ecart-type	10e centile	Quartile inférieur	Médiane	Quartile supérieur	90e centile	Borne inférieure de l'IC à 95% pour la moy.	Borne supérieure de l'IC à 95% pour la moy.
2009	6669,31	14151,1	645,1	1083,5	2036,1	4987,5	16706,7	6428,2	6910,4
2010	6927,25	14179,1	649,6	1104,5	2131,5	5182,4	17497,0	6685,7	7168,8
2011	7090,10	14528,9	663,7	1130,8	2206,5	5558,3	18133,6	6842,6	7337,6
2012	7106,02	14094,2	675,2	1154,4	2235,3	5596,7	18552,1	6865,9	7346,1
2013	6828,04	13540,7	656,3	1123,1	2199,6	5525,7	17893,0	6597,4	7058,7

Tableau 20 : Dépenses en assurance obligatoire des individus avec une consommation de 120DDD de N06A par an sur toute la période d'observation

Ces individus ont des dépenses très légèrement supérieures aux dépenses moyennes de la population cible de l'étude. Par exemple, en 2011 les individus de la population cible ont des dépenses moyennes de 6.541€ tandis que les individus consommant des antidépresseurs pendant 4 mois chaque année ont des dépenses moyennes de 7.090€.

- **Les dépenses des individus ayant eu recours à une hospitalisation en lien avec des soins psychiatriques²⁵** sont présentées ci-dessous :

dépenses assurance obligatoire (en euros)									
Année prestation	Moyenne	Ecart-type	10e centile	Quartile inférieur	Médiane	Quartile supérieur	90e centile	Borne inférieure de l'IC à 95% pour la moy.	Borne supérieure de l'IC à 95% pour la moy.
2009	12.515	20.176,4	425,4	1.100,5	3.593,2	15.516,6	36.625,4	12.032,9	12.996,9
2010	14.718	21.888,2	636,9	1.473,2	4.949,8	18.716,8	41.938,8	14.194,8	15.240,7
2011	16.580	22.811,8	957,8	2.033,5	7.021,0	21.643,5	45.361,1	16.035,1	17.125,0
2012	14.939	21.774,4	788,2	1.711,4	5.485,0	19.144,8	42.643,1	14.418,6	15.459,0
2013	13.664	20.181,7	653,7	1.498,8	4.715,2	17.713,5	39.049,8	13.181,9	14.146,2

Tableau 21 : Dépenses en assurance obligatoire des individus avec des hospitalisations psychiatriques

Les individus de cette sous-population ont des dépenses nettement plus importantes. Les dépenses liées aux hospitalisations constituent un poste important de dépenses pour les soins de santé. Par exemple, en 2011, les individus de la population cible ont des dépenses moyennes de 6.541€ tandis que les individus avec des hospitalisations en lien avec des soins psychiatriques ont des dépenses moyennes de 16.580€ pendant l'année de référence.

²⁵ Sont compris service psychiatrique hôpital général et hôpital psychiatrique

➤ **Les dépenses en soins de santé des individus ayant eu une période d'incapacité de travail** sur la période d'observation :

dépenses assurance obligatoire (en euros)									
Année prestation	Moyenne	Ecart-type	10e centile	Quartile inférieur	Médiane	Quartile supérieur	90e centile	Borne inférieure de l'IC à 95% pour la moy.	Borne supérieur e de l'IC à 95% pour la moy.
2009	5.898,4	12.457,5	371,6	818,9	1.794,8	4.705,7	14.891,2	5.700,8	6.096,0
2010	6.874,6	14.084,1	495,0	961,7	2.054,5	5.370,2	17.466,9	6.651,2	7.098,0
2011	7.665,5	14.924,6	669,6	1.149,8	2.332,6	6.335,5	20.239,9	7.428,8	7.902,3
2012	7.284,4	14.215,8	577,3	1.084,9	2.247,7	6.023,8	19.185,8	7.058,9	7.509,9
2013	6.870,4	13.527,9	522,3	1.029,0	2.186,2	5.778,9	17.812,8	6.655,8	7.085,0

Tableau 22 : Dépenses en assurance obligatoire des individus avec des périodes d'incapacité

Les dépenses moyennes de cette sous-population sont légèrement supérieures à celles de la population cible mais dans une moindre mesure que celles des individus avec un séjour hospitalier en lien avec des soins psychiatriques.

▪ **En indemnités**

Nous abordons ici les dépenses en indemnités de cette population, prises en charge par les mutualités. Comme expliqué dans la partie concernée, les patients traités pour une dépression sont nombreux à tomber en incapacité de travail et cela souvent pour une longue période. 30% des individus tombant en incapacité de travail dans cette population le sont durant toute la période d'observation, soit 5 années complètes.

Concernant les personnes du régime général, l'indemnité octroyée au patient représente un pourcentage du salaire brut journalier. Elle est de maximum 75,89€/ jour²⁶ et elle est payée pour tous les jours ouvrables de la semaine, y compris le samedi.

Les premiers jours d'incapacité de travail sont couverts par l'employeur : chez les employés, la rémunération est garantie pendant les 30 premiers jours d'incapacité et pour les ouvriers, la rémunération est garantie pendant les 7 premiers jours, suivis par 7 jours avec 85,88% de la rémunération normale. Ils ont également droit, toujours à charge de leur employeur, à un pourcentage de leur rémunération du 15e au 30e jour d'incapacité.

L'indemnité d'incapacité de travail varie en fonction de la situation familiale et de la durée de la période d'incapacité. Le tableau ci-dessous reprend les pourcentages appliqués au dernier salaire brut :

	Titulaire ayant des personnes à charge	Isolés	Cohabitant
Première année (incapacité de travail primaire)	60%	60%	60%
Ensuite (invalidité)	65%	55%	40%

²⁶ Montant de référence en 2012

Tableau 23 : % appliqué au dernier salaire brut pour les indemnités

Concernant les personnes du régime indépendant, les indemnités sont octroyées sur une base forfaitaire dépendant de la situation familiale, il y a 3 forfaits : pour les titulaires avec personne à charge, pour les titulaires isolés et pour les titulaires cohabitants.

Ces forfaits sont adaptés après une année en fonction de la reconnaissance ou non de la période d'incapacité comme étant une période d'activité pour la constitution des droits à la pension par l'Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants (INASTI).

Les distributions des montants des indemnités sont reprises dans le tableau ci-dessous. Il reprend les individus en incapacité pendant moins d'une année et les individus en incapacité sur toute la période d'observation, soit 5 années consécutives.

Montants des indemnités (en euros)										
durée d'incapacité	N Obs	Moyenne	Ecart-type	10e centile	Quartile inférieur	Médiane	Quartile supérieur	90e centile	Borne inférieure de l'IC à 95% pour la moy.	Borne supérieure de l'IC à 95% pour la moy.
<= 1 an	4.878	4.869,6	4.360,1	355,1	1.258,0	3.705,6	7.396,3	11.171,2	4.743,3	4.995,8
5 ans	4.550	67.261,0	18.208,5	46.475,6	54.754,5	63.976,6	78.990,9	89.713,1	66.731,3	67.790,7

Tableau 24 : montants des indemnités en fonction des durées d'incapacité

La dépense moyenne en indemnités des individus en incapacité de travail pendant au maximum 12 mois s'élève en moyenne à 4.870 €. Toutefois, la distribution de cette population met en évidence de grandes disparités, dues aux fortes variations dans les durées d'incapacités dans l'année prise en compte. Les 10% d'individus dont les indemnités ne s'élèvent qu'à 355€ sont en incapacité pour une très courte durée tandis que les 10% d'individus dont les indemnités s'élèvent à plus de 11.000€ sont certainement en incapacité pendant quasiment toute l'année.

Les 30% d'individus en incapacité de travail (invalidité) durant les 5 années d'observation représentent 67.261 € de dépenses moyennes sur les 5 années.

VI. Discussion

La prise en charge de la dépression dans la population étudiée est fort variable; on observe des différences dans les durées de traitement par antidépresseurs, dans le recours à des psychothérapies, dans les consultations avec des psychiatres et surtout dans le recours aux soins hospitaliers.

En l'absence de diagnostic précis, il est difficile d'évaluer si la prise en charge différente est le résultat du degré de sévérité de la dépression ou si cela provient d'une pathologie associée.

La population consommant au moins un antidépresseur en 2011 représente 5,9% de la population des affiliés des Mutualités Libres. Cette population ne comprend certainement pas que des patients dépressifs car les antidépresseurs peuvent avoir d'autres indications. De plus,

ce pourcentage est légèrement en dessous de la prévalence de la dépression, soit 7%, évoqué dans la dernière enquête santé. Est-ce le résultat d'une prise en charge insuffisante, voire inexistante, ou d'autres facteurs expliquent cette différence ?

Les limites de l'étude sont l'absence de réel diagnostic dans les bases de données des organismes assureurs et le fait que seuls les soins remboursés dans le cadre de l'assurance obligatoire soient pris en compte. Même si on peut aisément supposer que les individus de l'échantillon ont une dépression, on ne peut en déduire le degré de sévérité.

La description de cette population ne reprend que les variables disponibles dans nos bases de données, il faut être conscient que d'autres variables telles que le niveau d'éducation ou le niveau de revenus ont une influence sur les personnes atteintes de dépression.

Toutefois, les informations sur le profil socio-économique déjà disponibles nous permettent d'identifier quelques facteurs intéressants : la proportion de femmes est plus importante dans cette population, cette différence hommes/femmes est également mise en avant dans de nombreuses études²⁷ et dans l'enquête santé (2013). Plusieurs éléments mettent en évidence de façon indirecte un lien probable entre le niveau de revenus et la prévalence de la dépression ; la part des bénéficiaires de l'intervention majorée est doublée dans la population cible, la prévalence est plus importante dans les régions de Bruxelles et de Wallonie et la part de dépressifs parmi les chômeurs est plus importante.

Le statut des individus ayant une activité professionnelle augmente la prévalence de la dépression ; il y a plus de dépressifs parmi les employés et les fonctionnaires. Ces informations sont confirmées par d'autres études²⁸.

La prévalence de la dépression parmi les indépendants est nettement plus faible. De façon générale, il est observé que les affiliés du régime indépendant dépensent moins en soins de santé²⁹ que les bénéficiaires du régime général. Avec nos données, il est impossible d'en connaître les raisons mais on suppose une différence de comportement dans la prise en charge de leur pathologie.

La consommation d'antidépresseurs est validée comme traitement de la dépression. Les études précisent que la durée de traitement ne doit pas être trop courte mais on peut s'interroger sur les 50% d'individus dans notre population consommant des antidépresseurs pendant 4 mois chaque année sur les 5 années d'observation. Et qu'en est-il des individus consommant des antidépresseurs pendant toute la période d'observation ? S'agit-il de traitements anti-rechutes dans la dépression ? Ou est-ce le traitement d'autres pathologies liées ? Les études ne sont pas claires sur la durée de traitement optimale mais les guidelines suggèrent qu'un traitement de 9-

²⁷ Alonso J., Angermeyer M.C., Bernert S., et al. « Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. » *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum* 2004 ; 420 : 21-7.

Angst J., Gamma A., Gastpar M., Lepine J.P., Mendlewicz J., Tylee A. « Gender differences in depression. Epidemiological findings from the European DEPRES I and II studies ». *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2002; 252(5): 201-9.

²⁸ Rizvi SJ, Cyriac A2, Grima E3, Tan M4, Lin P5, Gallagher LA2, McIntyre RS6, Kennedy SH7. « Depression and employment status in primary and tertiary care settings », *CAN J Psychiatry*, 2015 Jan;60(1):14-22.

²⁹ G.Karakay, R. Van Tielen, V.Vanrijlaler, « Concentration des dépenses en soins de santé : analyse des remboursements de l'assurance maladie aux affiliés des Mutualités Libres », *Union Nationale des Mutualités Libres*.

12 mois est préconisé pour un premier épisode de dépression majeure³⁰. Pour les patients avec des dépressions récurrentes, il peut être intéressant de prolonger le traitement. Le traitement est d'autant plus efficace si celui-ci est pris tôt dans l'épisode dépressif³¹.

50% des individus consomment 2 types d'antidépresseurs (codes ATC différent) pendant leur traitement, 10% en consomment plus de 3. Les antidépresseurs de codes ATC différents ont des durées de traitement différentes. Elles sont nettement plus longues pour les médicaments de codes ATC inhibiteurs sélectifs de la recapture des monoamines (N06AB) et autres antidépresseurs (N06AX). Les durées de traitement moyennes pour ces médicaments sont respectivement de 11 mois (340jours) et 10 mois (310 jours) par an alors que le médicament de code ATC inhibiteurs non sélectifs de la recapture de la sérotonine (N06AA) a une durée moyenne de traitement qui s'élève à peine à 5 mois (148 jours).

La prise d'antidépresseurs est liée à la prise d'antipsychotiques pour 52% des individus de la population cible. Il est recommandé de combiner les antipsychotiques aux antidépresseurs en cas d'épisodes dépressifs majeurs avec caractéristiques dépressifs³². Mais les durées de traitement par antipsychotiques sont assez faibles. En effet, 57% n'en consomment même pas pendant 4 mois sur une année. Par contre, les traitements sont réellement combinés pour 14% de la population cible qui consomme des antipsychotiques pendant les 5 années d'observation. Les antipsychotiques sont prescrits, en dehors des individus bipolaires ou avec psychoses, à des individus ayant une dépression, de l'anxiété, de la démence, des troubles du sommeil ou de la personnalité³³.

De manière générale, on observe que la population cible a plus recours à des hospitalisations que la population totale des Mutualités Libres, toutes hospitalisations confondues.

Les cas de dépressions sévères peuvent faire l'objet d'une hospitalisation pour des soins psychiatriques, soit en service psychiatrique d'un hôpital général soit en hôpital psychiatrique. 25% des individus de cette population ont recours à de telles hospitalisations, 10% en service psychiatrique d'un hôpital général et 9% en hôpital psychiatrique. Ces séjours psychiatriques ont des durées de séjour assez longues, en moyenne 65 jours. Toutefois cette moyenne est à nuancer car les durées de séjours moyennes sont très différentes en fonction du type d'hospitalisation. La durée de séjour moyenne en service psychiatrique d'un hôpital général s'élève à 21 jours alors que celle en hôpital psychiatrique s'envole à 81 jours.

³⁰ Kovich H1, DeJong A1, "Common Questions About the Pharmacologic Management of Depression in Adults", Am Fam Physician. 2015 Jul 15;92(2):94-100.

³¹ Ghio L1, Gotelli S2, Cervetti A3, Respino M3, Natta W3, Marcenaro M3, Serafini G3, Vaggi M2, Amore M3, Belvederi Murri M3, "Duration of untreated depression influences clinical outcomes and disability"; J Affect Disord. 2015 Apr 1;175:224-8. Epub 2015 Jan 21.

³² Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, « Médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte, recommandations » octobre 2006

³³ Marston L1, Nazareth I1, Petersen I1, Walters K1, Osborn DP2, "Prescribing of antipsychotics in UK primary care: a cohort study", BMJ Open. 2014 Dec 18;4(12)

Nos données ne nous permettent pas d'identifier si la raison de l'hospitalisation est une dépression ou une autre pathologie mentale associée. Toutefois, des études³⁴ mettent en évidence que la dépression est associée à un fort risque d'hospitalisation, à une longue période d'hospitalisation et un grand risque de réadmission.

Le KCE préconise une psychothérapie combinée au traitement par antidépresseur pour les dépressions modérées à sévères. Or, dans la population étudiée, on observe que seulement 50% des individus ont recours à des psychothérapies pendant 2 années sur la période d'observation. Seuls 10% ont un suivi continu par psychothérapie sur les 5 années d'observation. Le nombre de séances de psychothérapie pose aussi question. On observe que la moitié des individus ayant recours à une psychothérapie ont 4 séances. 10% ont plus de 15 séances donc un suivi très régulier certainement pour les individus suivis sur toute la période. Par contre, 10% n'ont suivi qu'une seule séance. La possibilité d'action d'un psychiatre en une seule séance est très limitée. Mais cette analyse rencontre une limite très importante ! On ne se focalise que sur les psychothérapies remboursées dans le cadre de l'assurance obligatoire et on passe donc à côté de toutes les psychothérapies effectuées par un psychothérapeute ou psychologue.

De nombreuses études mettent en évidence l'abandon des traitements pour la santé mentale, les taux d'abandon évoqués sont de l'ordre de 19% de décrochage global et de 17,5 % de décrochage pour la psychothérapie en particulier.³⁵

On observe que 45% des individus de la population cible n'ont aucune consultation chez un psychiatre. Se pose alors la question de la pertinence de la prescription des antidépresseurs par les généralistes ou autres prestataires de soins pour les dépressions sévères.

Les troubles psychiques, dont la dépression, sont une des causes principales d'incapacité. Nos données ne nous permettent pas d'avoir un accès direct au diagnostic des patients, on ne peut être certain que les individus de la population cible soient en incapacité due à la dépression.

57% d'individus de la population cible ont eu au moins une période d'incapacité au cours des 5 années d'observation. Ils ont en moyenne 4 périodes d'incapacité. Les durées d'incapacité/invalidité sont assez longues. En moyenne, les individus ont accumulé 992 jours (soit près de 3 ans) d'incapacité sur les 5 années d'observation. 17% des individus de la population cible sont en incapacité sur toute la période d'observation. La remise au travail obligatoire par le médecin-conseil est peu fréquente, seuls 10% des individus sont soumis à des remises au travail obligatoires. Par contre, la reprise au travail partiel est assez répandue (45% des individus).

L'analyse des dépenses en assurance obligatoire de la population cible met en évidence que cette population a des dépenses moyennes nettement plus élevées que celles de la population totale des Mutualités Libres. Cette différence n'est pas explicable par le coût de la prise en

34 Prina AM1, Cosco TD2, Dening T3, Beekman A4, Brayne C5, Huisman M6, "The association between depressive symptoms in the community, non-psychiatric hospital admission and hospital outcomes: a systematic review", J Psychosom Res. 2015 Jan;78(1):25-33. Epub 2014 Nov 8

35 Cooper AA1, Conklin LR2, "Dropout from individual psychotherapy for major depression: A meta-analysis of randomized clinical trials", Clin Psychol Rev. 2015 Aug;40:57-65. doi: 10.1016/j.cpr.2015.05.001. Epub 2015 May 20.

charge médicamenteuse car son impact est très faible. Les individus consommant des antidépresseurs pendant 4 mois (120DDD) chaque année sur toute la période d'observation ont des dépenses moyennes légèrement supérieures par rapport aux dépenses moyennes de la population cible. Par contre, les séjours hospitaliers en lien avec des soins psychiatriques gonflent énormément les dépenses de cette population cible. Outre les dépenses en soins hospitaliers, il serait intéressant d'observer si certaines différences de dépenses pour cette population peuvent être expliquées par d'autres pathologies liées.

Les dépenses relatives aux incapacités de travail sont non négligeables. Les 17% d'individus de la population cible qui restent en incapacité de travail sur toute la période perçoivent des indemnités s'élevant en moyenne à 67.261€ sur toute la période.

VII. Conclusion

La consommation d'antidépresseurs n'est pas ciblée sur une seule population particulière comme le montre l'ensemble de cette étude. La dépression ou d'autres pathologies liées peuvent mener à une hospitalisation en hôpital psychiatrique ou en service psychiatrique pour une durée +/- longue. D'autres patients ne sont pas hospitalisés mais suivent un long traitement par antidépresseurs, accompagné de psychothérapies ou non. Les psychothérapies remboursées sont utilisées dans la prise en charge de cette population mais cela n'est pas très répandu. Plus de la moitié de cette population est concernée par au moins une période d'incapacité de travail. A noter que 17% de la population cible est en incapacité de travail sur l'ensemble des 5 années d'observation.

Les coûts de cette pathologie sont importants pour l'assurance maladie et invalidité. Des études complémentaires devraient être réalisées pour étudier le coût que cette pathologie entraîne chez ces patients, via les tickets modérateurs et les suppléments mais surtout pour le recours à des soins non remboursés tels que les séances de psychothérapie chez un psychologue ou les médecines alternatives.

L'étude des coûts en fonction des différents profils pourrait être approfondie afin de mieux comprendre le processus de traitement et l'impact de celui-ci. Il serait également indispensable de coupler la dépression avec les autres pathologies chroniques associées, cela doit sans contexte être l'origine de certaines différences dans la prise en charge et son coût pour les patients.

VIII. Recommandations

Les Mutualités Libres recommandent la prise en charge de la dépression par des praticiens ayant l'expertise et l'expérience nécessaires, se situant en première ligne ou en deuxième ligne. Le médecin de famille, et donc la première ligne, peut endosser ce rôle dans le cas de dépression légère et il réfère au spécialiste dans les cas plus lourds.

Une prise en charge complète (biologique, psychologique et sociale) doit être mise en place dès le 1er épisode afin d'améliorer les chances de succès des traitements médicamenteux et/ou thérapeutiques. Une approche multidisciplinaire est vivement conseillée et elle est essentielle afin de diminuer les incapacités de travail de longue durée. Après les premiers signes de guérison, un traitement de 9 à 12 mois suivi de façon régulière est préconisé, avec une attention particulière à l'adhésion du patient aux médicaments antidépresseurs. De plus, les publics cibles tels que les femmes et les personnes en situation de précarité doivent faire l'objet d'attention particulière en mettant en place des actions spécifiques.

Elles recommandent également le remboursement de séances de psychothérapie moyennant les critères suivants :

- la détermination des types de psychothérapie pouvant faire l'objet d'un remboursement sur base de critères EBM (y compris l'avis d'experts)
- la prescription et suivi de la psychothérapie par un praticien possédant l'expertise et l'expérience nécessaires

Les Mutualités Libres sont conscientes des bienfaits des psychothérapies, nos assurances complémentaires interviennent dans le coût pour ce type de soins.

Il est nécessaire de considérer la santé mentale, comme un objectif de santé, et particulièrement la dépression comme des priorités de santé publique en entreprenant des actions à tous les niveaux : libérer des budgets, reconnaître les experts tels que les psychothérapeutes, .. De plus, étant donné l'impact de la 6^{ème} réforme de l'Etat dans le domaine de la santé mentale, il est primordial qu'une bonne collaboration s'installe entre le niveau régional et fédéral.

Il est opportun d'analyser les incapacités de travail de longue durée de ces patients. Afin de mener à bien de telles études, la collecte d'informations médicales et socio-économiques doit être améliorée et standardisée. A terme, l'objectif est de développer des outils efficaces visant la réinsertion professionnelle de ces personnes, pour autant qu'elles en soient capables.

IX. Bibliographie

- AIM (2011), *Données Population LAYOUT version 3.0*, Octobre 2011.
- Alonso J., Angermeyer M.C., Bernert S., et al. « Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project.” *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum* 2004 ; 420 : 21-7.
- Angst J., Gamma A., Gastpar M., Lepine J.P., Mendlewicz J., Tylee A. “Gender differences in depression. Epidemiological findings from the European DEPRES I and II studies”. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2002; 252(5): 201-9.
- 1 G.Karakay, R. Van Tielen, V.Vanrillaer, « Concentration des dépenses en soins de santé : analyse des remboursements de l'assurance maladie aux affiliés des Mutualités Libres », *Union Nationale des Mutualités Libres*.
- Reginster J.Y. and V. Rabenda (2005), “Adherence to treatment in osteoporosis influence on efficiency”, *Revue MEdicale Suisse*, Vol.1(35), 2278-2281.
- Jin J., G.E. Sklar, V.M. Sen Oh and S. Chuen Li (2008), “Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patientis perspective”, *Therapeutics and Clinical Risk Management*, Vol.4(1), 269-286.
- J Dalery, D Sechter , «Traitement prolongé par antidépresseur: objectifs et dérives », - *L'Encéphale*, 1994 - cat.inist.fr
- Karyotaki E, Smit Y, Cuijpers P, Debauche M, De Keyser T, Habraken H, Pitchot W, Raes F, Salomez D, Gillain B, Fairon N, Paulus D, Robays J, Holdt Henningsen K. Dépression majeure (de l'adulte) : efficacité à long terme de la psychothérapie, seule ou en combinaison avec des antidépresseurs – Résumé. Good Clinical Practice (GCP). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2014. KCE Reports 230Bs. D/2014/10.273/70.
- Gisle L. Santé mentale. Dans : Van der Heyden J, Charafeddine R (éd.). *Enquête de santé 2013. Rapport 1 : Santé et Bien-être*. WIV-ISP, Bruxelles, 2014
- INAMI, Services des Indemnités, « Absentéisme pour maladie en incapacité primaire de travail, analyse et facteurs explicatifs », 2015
- Kakwani N., A. Wagstaff and E. Van Doorslaer (1997), “Socioeconomic inequalities in health: Measurement, computation, and statistical inference”, *Journal of Econometrics*, Vol.77, 87-103.
- Koolman X. and E. Van Doorslaer (2003), “On the interpretation of the concentration index of inequity”, ECuity II Project, working paper N°4 august 2003, Erasmus University, The Netherlands.
- Mormiche P. (1993), “Les disparités de recours aux soins en 1991”, *Economie et statistique*, N°265, 45-52.
- Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, « Médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte, recommandations » octobre 2006
- Glen I. Spielmans, Margit I. Berman, Eftihia Linardatos, Nicholas Z. Rosenlicht, Angela Perry, Alexander C. Tsai , “Adjunctive Atypical Antipsychotic Treatment for Major Depressive Disorder: A Meta-Analysis of Depression, Quality of Life, and Safety Outcomes”, 10.1371/journal, PLOS Collections, March 12, 2013

- Wittchen et al., « The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010”; Eur Neuropsychopharmacol. 2011 Sep;21(9):655-79.
- Rizvi SJ, Cyriac A2, Grima E3, Tan M4, Lin P5, Gallagher LA2, McIntyre RS6, Kennedy SH7. “Depression and employment status in primary and tertiary care settings”, CAN J Psychiatry, 2015 Jan;60(1):14-22.
- Marston L1, Nazareth I1, Petersen I1, Walters K1, Osborn DP2, “Prescribing of antipsychotics in UK primary care: a cohort study”, BMJ Open. 2014 Dec 18;4(12)
- Prina AM1, Cosco TD2, Dening T3, Beekman A4, Brayne C5, Huisman M6, “The association between depressive symptoms in the community, non-psychiatric hospital admission and hospital outcomes: a systematic review”, J Psychosom Res. 2015 Jan;78(1):25-33. Epub 2014 Nov 8
- Cooper AA1, Conklin LR2, “Dropout from individual psychotherapy for major depression: A meta-analysis of randomized clinical trials”, Clin Psychol Rev. 2015 Aug;40:57-65. doi: 10.1016/j.cpr.2015.05.001. Epub 2015 May 20.
- Kovich H1, DeJong A1, “Common Questions About the Pharmacologic Management of Depression in Adults”, Am Fam Physician. 2015 Jul 15;92(2):94-100
- Ghio L1, Gotelli S2, Cervetti A3, Respino M3, Natta W3, Marcenaro M3, Serafini G3, Vaggi M2, Amore M3, Belvederi Murri M3, “Duration of untreated depression influences clinical outcomes and disability”; J Affect Disord. 2015 Apr 1;175:224-8. Epub 2015 Jan 21.

X. Annexe

Annexe 1

102690 – 000000 : Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en psychiatrie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel

102196 – 000000 : Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en psychiatrie, y compris un rapport écrit éventuel

Annexe 2

109513 – 000000 : Séance d'un traitement psychothérapeutique à son cabinet, du médecin spécialiste en psychiatrie, d'une durée de 45 minutes minimum, y compris un rapport écrit éventuel

109535 – 000000 : Séance d'un traitement psychothérapeutique à son cabinet, du médecin spécialiste en psychiatrie, d'une durée de 60 minutes minimum, avec prise en charge d'un groupe de patients appartenant à une famille, y compris un rapport écrit éventuel : à partir de la 3ème personne, par personne

109572 – 00000 : Séance d'un traitement psychothérapeutique à son cabinet, du médecin spécialiste en psychiatrie, d'une durée de 90 minutes, avec prise en charge d'un groupe de 8 patients maximum, y compris un rapport écrit éventuel, par personne

109631 – 00000 : Séance d'un traitement psychothérapeutique à son cabinet du médecin accrédité spécialiste en psychiatrie, d'une durée de 45 minutes minimum, y compris un rapport écrit éventuel

109653 – 00000 : Séance d'un traitement psychothérapeutique à son cabinet du médecin accrédité spécialiste en psychiatrie d'une durée de 60 minutes minimum, avec prise en charge d'un groupe de patients appartenant à une famille, y compris un rapport écrit éventuel : deux personnes, par personne

Annexe 3

Réglementation en vigueur avant le 1/1/2014. Il existe 3 formes d'intervention majorée, celles-ci se rapportent aux conditions qui doivent être remplies pour bénéficier de cette intervention mais elles donnent toutes droits au même type de droit dont bénéficient les assurés.

L'intervention peut être accordée sur base :

- D'un statut social, il s'agit du statut « BIM-avantages »

- D'une qualité déterminée, après contrôle des revenus du ménage ; il s'agit du statut « BIM-qualité »
- Uniquement d'une condition de revenus, aux ménages bénéficiant de revenus modestes ; il s'agit du statut « Omnio ».

Lorsque les conditions sont remplies, le droit à l'intervention majorée est toujours accordé à un « ménage ». Toutefois, la notion de ménage n'est pas la même pour tous types d'intervention majorée.

Annexe 4

Durée de traitement (en jours)											
ATC5	AN_PREST	N Obs	Moyenne	Ecart-type	10e centile	Quartile inférieur	Médiane	Quartile supérieur	90e centile	Borne inférieure de l'IC à 95% pour la moy.	Borne supérieure de l'IC à 95% pour la moy.
N06AA	2009	2.391	147,4	164,3	13,3	31,5	94,5	212,7	352,5	140,8	154,0
	2010	2.613	149,6	162,7	13,3	33,3	96,7	216,7	354,7	143,3	155,8
	2011	2.823	147,5	157,7	13,3	33,3	100,0	212,3	346,7	141,7	153,4
	2012	2.641	154,2	161,7	13,3	33,3	106,7	220,5	364,5	148,0	160,3
	2013	2.529	158,5	168,1	13,3	33,3	106,7	233,3	366,7	151,9	165,0
N06AB	2009	13.960	319,1	234,9	56,0	140,0	280,0	420,0	618,5	315,2	323,0
	2010	15.858	324,0	229,9	56,0	168,0	294,0	420,0	621,0	320,4	327,6
	2011	18.417	340,5	223,8	112,0	180,0	300,0	422,0	628,0	337,2	343,7
	2012	15.596	351,1	242,4	84,0	168,0	318,0	453,5	672,0	347,3	354,9
	2013	13.944	366,3	253,1	84,0	182,0	336,0	482,0	700,0	362,1	370,5
N06AG	2009	64	274,2	227,0	50,0	100,0	250,0	350,0	700,0	217,5	330,9
	2010	71	227,1	191,0	50,0	50,0	150,0	350,0	500,0	182,0	272,3
	2011	80	254,4	225,7	50,0	71,3	175,0	400,0	600,0	204,2	304,7
	2012	83	256,5	204,3	50,0	100,0	200,0	400,0	587,0	211,9	301,1
	2013	60	303,8	221,3	50,0	100,0	250,0	451,8	625,0	246,7	361,0
N06AX	2009	11.853	284,0	281,9	30,0	70,0	204,0	399,0	646,5	278,9	289,1
	2010	13.612	299,3	292,5	30,0	84,0	220,0	420,0	672,0	294,4	304,2
	2011	15.725	310,3	288,5	36,3	111,3	230,5	424,0	672,0	305,8	314,8
	2012	14.593	325,5	318,2	30,0	96,0	250,0	447,0	715,5	320,3	330,7
	2013	13.881	327,6	310,0	34,0	100,0	250,0	450,0	721,5	322,5	332,8

Tableau 1 : Distribution des durées de traitement en fonction des codes ATC et des années de prestation

Annexe 5

	Libellé	Nombre d'individus sur les 5 années	Part de la population cible
N06AA	Inhibiteurs non sélectifs de la recapture des monoamines	6076	20,9%
N06AB	Inhibiteurs non sélectifs de la recapture de la sérotonine	24044	82,8%
N06AG	Inhibiteurs de la monoaminoxydase	174	0,6%
N06AX	Autres antidépresseurs	21752	74,9%

Tableau 2 : la répartition d'utilisation de code ATC d'antidépresseurs

Annexe 6

dépenses en médicaments (N06A)										
Année prestation	N Obs	Moyenne	Ecart-type	10e centile	Quartile inférieur	Médiane	Quartile supérieur	90e centile	Borne inférieure de l'IC à95% pour la moy.	Borne supérieure de l'IC à95% pour la moy.
2009	20.573	230,1	193,4	40,2	94,4	180,8	311,3	473,8	227,5	232,8
2010	23.388	210,8	169,7	45,2	93,6	168,3	281,9	428,6	208,7	213,0
2011	26.616	216,3	159,8	73,4	106,8	168,6	278,2	426,5	214,4	218,3
2012	24.340	208,9	169,5	47,6	94,4	161,6	279,7	425,9	206,8	211,0
2013	22.570	198,8	166,8	42,1	84,6	153,0	264,8	413,8	196,6	201,0

Tableau 3 : distribution des dépenses des médicaments de la classe ATC N06A (antidépresseurs) en fonction des années