

Dépression de l'adulte

Par NEMAT JAAFARI, SYLFA FASSASSI, JEAN-LOUIS SENON, SHUPPM, CHU, CHHL et université de Poitiers, La Miletrie, 86021 Poitiers.

Une rupture dans la trajectoire de vie du patient

La dépression représente la plus fréquente des maladies psychiatriques. Elle concerne, selon les études, environ 5 à 15 % de la population française.^{1,2} La difficulté au quotidien pour le praticien est de reconnaître la dépression qui peut être masquée par d'autres symptômes et de proposer une prise en charge adaptée au patient en l'informant des modalités de celle-ci pour obtenir son adhésion.

La dépression affecte le patient sur les plans personnel, familial, social et économique. Elle reste une des principales causes d'arrêt de travail ou d'invalidité.

La complication majeure d'une dépression est le passage à l'acte suicidaire. Le nombre de morts par suicide en France est de l'ordre de 12 000 par an ;³ le nombre de tentatives serait 10 fois supérieur. Trente à 80 % des tentatives de suicide surviennent chez des patients souffrant de troubles mentaux, principalement de troubles dépressifs, pour lesquels le médecin généraliste est le premier interlocu-



Getty Images/van der Meer

teur. Une étude⁴ a montré que 60 % des dépressifs consultaient un médecin généraliste (contre 11 % un psychiatre ou 7 % un psychologue) et que 40 à 60 % des suicidants déclaraient avoir consulté leur médecin traitant le mois précédant le passage à l'acte.

La place du médecin généraliste est donc primordiale pour :
– diagnostiquer la rupture dans la trajectoire de vie du patient que provoque l'état dépressif ;

– diagnostiquer et prendre en charge les formes somatiques de dépression ;

– mettre en place une prise en charge relationnelle et médicamenteuse rapprochée, au moment où l'accès au spécialiste devient difficile.

SOMMAIRE

- | | | | |
|---|---------|--|---------|
| <p>➤ Pourquoi le diagnostic et la prise en charge sont-ils difficiles ?</p> | p. 1353 | <p>➤ Quelles sont les formes cliniques de dépression souvent observées en médecine générale ?</p> | p. 1356 |
| <p>➤ Quels sont les aspects cliniques d'un syndrome dépressif ?</p> | p. 1354 | <p>➤ Quand évoquer un trouble bipolaire ?</p> | p. 1357 |
| <p>➤ Quels sont les critères diagnostiques d'une dépression caractérisée ?</p> | p. 1355 | <p>➤ Quand hospitaliser ?</p> | p. 1358 |
| | | <p>➤ Comment choisir un antidépresseur ?</p> | p. 1358 |
| | | <p>➤ Conclusion</p> | p. 1360 |

Pourquoi le diagnostic et la prise en charge sont-ils difficiles ?

Il a toujours été très difficile d'évaluer la prévalence des troubles dépressifs, même dans les pays industrialisés comme le nôtre. Ces dernières années, les 5 études^{1,4-7} menées en France sur la prévalence de la dépression en population générale ont mis en évidence une augmentation du nombre de patients souffrant d'une dépression. Quelle que soit la tranche d'âge, la prévalence est en moyenne plus élevée chez la femme (20 %) que chez l'homme (6 %). La prévalence annuelle du trouble dépressif majeur est de 9 %. Elle varie de 6 à 17 % sur la vie entière.^{2,8}

10 % seulement des dépressifs ont reçu un traitement efficace

La prévalence des symptômes dépressifs isolés en médecine générale varie entre 9 et 20 %. Une enquête du CREDES¹ a montré que la prescription des psychotropes par les médecins généralistes pourrait être améliorée. En effet, parmi les sujets considérés comme déprimés par leur médecin traitant, seuls 10 % ont reçu un traitement antidépresseur à dose efficace pendant au moins un mois. Dans les autres cas, les patients étaient le plus souvent traités par un tranquillisant ou un hypnotique. Par ailleurs, une étude pharmaco-épidémiologique⁹ sur la consommation des antidépresseurs en population générale a mis en évidence que ceux-ci étaient utilisés dans les troubles non caractérisés. Cependant, la population qui reçoit un traitement antidépresseur n'est que de 3 %, soit bien inférieure aux 9 % de la population générale souffrant d'un trouble dépressif majeur.^{2,8,9}

Symptômes : souvent masqués

Plusieurs études confirment que le médecin généraliste, s'il voit peu de dépressions mélancoliques, est très souvent confronté à des troubles dépressifs de diagnostic difficile, car marqués par une symptomatologie bâtarde, incomplète ou trompeuse. La dépression peut être masquée par les plaintes somatiques ou dissimulée derrière une altération de l'état général, comme chez le malade âgé ; elle peut se manifester sous une forme hostile (quand les troubles du caractère et l'irritabilité passent au premier plan) ; elle peut aussi se présenter sans inhibition psychomotrice ou sous une forme asthénique ; enfin, l'état dépressif peut être révélé par un alcoolisme ou un trouble du comportement alimentaire.

Réticence du patient

La difficulté du diagnostic et de la prise en charge de la dépression n'est pas seulement liée au médecin, mais dépend aussi du comportement du patient. Le patient déprimé ne parle pas spontanément de ses problèmes psychologiques. Cela peut être lié à une absence de prise de conscience des troubles, ou à un senti-

ment de honte ou de culpabilité : se reconnaître déprimé est encore se considérer comme faible et démuné. Parfois, le patient pense qu'il peut s'en sortir tout seul, ou éprouve une réticence à aborder ses problèmes avec son médecin traitant, réduisant son attente vis-à-vis de celui-ci à une réponse médicamenteuse, alors que la prise en charge de la dépression doit être aussi relationnelle.

50 % des dépressions récidivent

Le diagnostic et la prise en charge de la dépression par le médecin généraliste sont importants, ils conditionnent l'avenir de celle-ci. En effet, 50 % des sujets souffrant d'un épisode dépressif récidivent au cours de leur vie, et environ 15 % des dépressions deviennent chroniques.

Commencer par repérer les patients à risque

L'utilisation des critères diagnostiques DSM-IV,¹⁰ qui sont les références pour le spécialiste, n'est pas facile en pratique quotidienne en médecine générale. Le généraliste doit d'abord déterminer les patients à risque, chez qui il établira un diagnostic de dépression en utilisant les critères du DSM-IV.

Le profil du déprimé en France est typiquement une femme ayant un faible niveau d'études, divorcée ou veuve, vivant seule, soit inactive pour des raisons de santé ou économiques, soit employée ou ouvrière à faible revenu. Un homme dans la même situation a un risque suicidaire plus élevé qu'une femme.

Afin d'améliorer le dépistage des dépressifs en médecine générale, il est judicieux de poser 2 questions :²

– « avez-vous perdu tout intérêt et plaisir pour la plupart des choses qui vous plaisent habituellement ? » ;

– « avez-vous perdu votre entrain, ou vous sentez-vous inexplicablement fatigué(e) ? ».

Ces éléments essentiels peuvent être complétés par l'acronyme BASE : Baisse de l'appétit, Anhédonie, Sommeil perturbé et Estime de soi diminuée.^{8,11}

Distinguer le déprimé du malheureux

Il est important de distinguer un état de mal-être d'une dépression. La dépression est un état durable qui tranche avec le comportement des mois précédents : son début est facilement repérable par le patient ou son entourage, car il représente une cassure dans la trajectoire de vie du patient. Il est donc souvent possible pour le patient et son entourage de dater sa dépression. Max Hamilton, l'auteur de l'échelle de dépression qui porte son nom, disait souvent qu'il ne faut pas confondre déprimé et malheureux. Il ne s'agit pas d'une simple tristesse passagère : il existe une douleur morale, une inhibition psychique et un ralentissement psychomoteur. L'idéation suicidaire peut être absente ou présente sous forme d'idées suicidaires fugaces, voire d'intensité plus sévère à type d'idée fixe, avec la préparation d'un plan de passage à l'acte.

Quels sont les aspects cliniques d'un syndrome dépressif ?

Selon J. Delay « *l'humeur est cette disposition affective fondamentale, riche de toutes les instances émotionnelles et instinctives, qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable, oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur* ». ⁸ Les variations pathologiques de l'humeur peuvent se faire dans le sens négatif, c'est l'humeur dépressive, élément du syndrome dépressif, ou dans le sens inverse, c'est l'humeur euphorique, élément de l'accès maniaque.

Symptomatologie de l'épisode dépressif

Classiquement, le syndrome dépressif est décrit comme l'association de :

- **une humeur dépressive** : vécu pessimiste de soi et du monde avec des sentiments d'infériorité, d'autodévalorisation, d'abandon, d'échec, d'inutilité, voire des sentiments de culpabilité ou d'indignité ;
- **une anhédonie** : incapacité à éprouver du plaisir avec une perte d'intérêt pour les activités quotidiennes bien investies jusqu'alors, et une anesthésie affective culpabilisée et douloureusement vécue par le patient ;
- **un ralentissement psychomoteur** avec une asthénie, des difficultés de concentration et de l'attention, des troubles mnésiques, un appauvrissement de la pensée pouvant confiner au monodéisme, une voix monocorde. Parfois, l'agitation anxieuse peut remplacer le ralentissement psychomoteur ;
- **des symptômes somatiques** : ils concernent le trépied instinctuel et comportent des troubles alimentaires (anorexie, prise de poids dans 10 % des cas), des troubles du sommeil (difficultés d'endormissement, réveil nocturne ou matinal, hypersomnie dans 10 % des cas), et des troubles sexuels. Ces symptômes sont constants et indépendants de la culture des patients. D'autres symptômes peuvent être observés : céphalées, rachialgies, lombalgies, sensation de strictions thoraciques et de pesanteur abdominale ;
- **un désir de mort** qui complète souvent le vécu dépressif avec des risques de passage à l'acte accrus par une anxiété associée. Les autopsies psychologiques des suicidants prouvent qu'il y a différents stades avant le passage à l'acte. Ceux-ci peuvent être schématisés de la façon suivante :
 - . idées suicidaires fugaces non persistantes permettant au sujet de faire face à son angoisse,
 - . idéations suicidaires permanentes sans plan de passage à l'acte,
 - . idéation suicidaire avec un plan précis déterminant le moyen, l'heure et l'endroit de passage à l'acte.

Dans certaines situations, un passage à l'acte impulsif et imprévu, sans respecter cette hiérarchisation, peut être observé.

Classifications des troubles dépressifs

De la classification bimodale française...

Les classifications françaises et européennes différencient les dépressions en fonction de leur origine endogène ou psychogène. Ainsi ce modèle binaire distingue les dépressions « endogènes » en relation avec des facteurs biologiques, des dépressions « psychogènes » (réactionnelles, névrotiques) plutôt liées à des facteurs environnementaux et (ou) psychologiques.

Le prototype même de la dépression endogène est la mélancolie. Elle est définie par l'association d'un syndrome dépressif avec des idées délirantes de culpabilité et de ruine importantes trouvant leur résolution naturelle dans l'imminence du passage à l'acte suicidaire. Dans cet état, le trouble du sommeil est de type réveil matinal précoce où culmine souvent la douleur morale.

Dans la dépression psychogène, contrairement à la dépression endogène, un facteur déclenchant est facilement repérable expliquant l'état psychique du patient et sa réaction par rapport à cet événement. La persistance de ce dernier conditionne l'évolution de la dépression.

... aux classifications internationales contemporaines

Les classifications cliniques contemporaines (CIM-10 et DSM-IV), depuis les années 1980, proposent une classification polyaxiale (5 axes) qui se veulent purement descriptives et dégagées de toute hypothèse étiopathogénique.

Le système polyaxial du DSM permet de décrire :

- sur l'axe I, les symptômes requis pour porter le diagnostic de trouble dépressif ;
 - sur l'axe II, la personnalité normale ou pathologique du patient ;
 - sur l'axe III, une pathologie organique associée ;
 - sur l'axe IV, les circonstances socio-environnementales ;
 - sur l'axe V, les modes de fonctionnement psychosocial du patient.
- Ces classifications proposent de séparer les éléments étiologiques du trouble de l'humeur, de la symptomatologie comme de l'évolution de ce trouble. Les termes psychogènes, endogènes, primaires et secondaires sont supprimés.

Les troubles de l'humeur sont divisés en 4 catégories (schéma 1) :

- le trouble unipolaire (UP) ;
- le trouble bipolaire (BP) ;
- le trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale ;
- le trouble de l'humeur induit par une substance.

Dans les troubles unipolaires dépressifs sont inclus :

- l'épisode dépressif majeur (proche de la dépression mélancolique française) ;
- la dysthymie (névrose dépressive ou dépression névrotique) ;
- la dépression récurrente brève.

Les troubles bipolaires recouvrent un spectre plus large que la notion française de la psychose maniaco-dépressive. Ils sont

ENCADRÉ 1 – CRITÈRES DIAGNOSTIQUES D'UN ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR SELON LE DSM-IV¹⁰

A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté 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 pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex. pleure).
NB. Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.
2. Diminution marquée de l'intérêt et du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
3. Perte ou gain de poids significatif, en l'absence de régime (p. ex. modification du poids corporel en 1 mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
NB. Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.
4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte.

C. Les symptômes traduisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. une substance donnant lieu à abus, un médicament), ou d'une affection médicale générale (p. ex. hypothyroïdie).

E. Les symptômes ne sont pas expliqués par un deuil, c'est-à-dire qu'après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de 2 mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

Troubles de l'humeur DSM-IV, CIM-10

Unipolaire

Dépression majeure récurrente

Bipolaire

- 1) BP-I : dépression et au moins un épisode maniaque
- 2) BP-II : dépression et au moins un épisode hypomaniaque
- 3) Cyclothymie : dépression mineure + hypomanie > 2 ans

répartis en 3 catégories selon l'intensité et la durée de la dépression ou de l'épisode maniaque :

– le diagnostic de trouble bipolaire I (BP-I) est porté lors de la présence d'antécédents d'un ou de plusieurs épisodes maniaques ou mixtes et d'antécédents d'épisodes dépressifs majeurs ;

– le trouble bipolaire II (BP-II) est caractérisé par un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs accompagnés par au moins un épisode hypomaniaque ;

– le trouble cyclothymique est caractérisé par de nombreuses périodes d'hypomanie (dont l'intensité n'est pas suffisante pour parler d'un épisode maniaque) et de nombreuses périodes dépressives (dont l'intensité n'est pas suffisante pour parler d'un épisode dépressif majeur) pendant une période d'au moins 2 ans.

Quels sont les critères diagnostiques d'une dépression caractérisée ?

Le terme épisode dépressif majeur a été traduit de l'anglais *major depressive disorder*. Transposé au français, le terme « majeur » peut porter à confusion, il serait plus judicieux de parler d'épisode dépressif caractérisé ou constitué.

Les critères diagnostiques de la dépression caractérisée figurent dans l'encadré 1.

Sévérité : selon le nombre de symptômes

La sévérité de l'épisode dépressif est jugée selon le nombre de symptômes présents en plus de ceux nécessaires pour porter le diagnostic, et par leur retentissement sur le fonctionnement socio-professionnel.

L'épisode dépressif caractérisé est « d'intensité légère » lorsqu'il y a peu ou pas de symptômes supplémentaires par rapport au nombre nécessaire pour porter le diagnostic et lorsque l'altération des activités socioprofessionnelles est mineure.

Il est « d'intensité sévère » lorsque plusieurs symptômes supplémentaires par rapport au nombre nécessaire pour porter le diagnostic sont présents et qu'ils perturbent nettement les activités socioprofessionnelles.

Il est « d'intensité modérée » entre ces deux extrêmes.

Quelles sont les formes cliniques de dépression souvent observées en médecine générale ?

Dépression masquée : quels sont les signes d'alerte ?

La difficulté pour le médecin généraliste est de repérer une « dépression masquée » dans sa pratique quotidienne. Les sujets déprimés consultent souvent en première intention leur médecin pour des troubles somatiques (encadré 2).

Plusieurs caractéristiques permettent de démasquer une origine dépressive devant des troubles somatiques :

- les plaintes sont vagues, d'apparition brutale, et variables d'un jour à l'autre avec une prédominance matinale ;
- il existe une disproportion entre la plainte et le retentissement somatique considérable ;
- les antécédents dépressifs personnels et familiaux du patient sont précieux ;
- habituellement, ces patients ont un déni total de leur dépression ;
- le bilan organique ne met en évidence aucune anomalie, et les traitements somatiques sont inefficaces ;
- l'instauration d'un traitement antidépresseur permet d'améliorer les symptômes.

Chez le sujet âgé, les troubles cognitifs peuvent être au premier plan, ce qui peut orienter à tort vers une maladie démentielle.

Qu'est-ce qu'un trouble adaptatif ?

Au décours d'une maladie somatique, chronique ou aiguë, une souffrance psychologique avec des symptômes appartenant aux registres émotionnels et comportementaux apparaît chez 5 à 20 % des patients. Cet état de souffrance est appelé trouble de l'adaptation. Cette souffrance psychologique en réaction au stress rend difficile la prise en charge du patient sur le plan somatique. Dans le trouble adaptatif, les symptômes apparaissent au cours des 3 mois suivant la survenue des facteurs de stress et ils ne persistent pas au-delà de 6 mois, une fois que le facteur de stress a disparu. La gravité des symptômes n'est pas au point de porter le diagnostic d'un épisode dépressif caractérisé. Lorsque prédominant des symptômes tels qu'une humeur dépressive, une incontinence émotionnelle ou des sentiments de désespoir, le trouble adaptatif est à versant dépressif. Lorsque prédominant une nervosité, une inquiétude ou une agitation, le trouble adaptatif est à versant anxieux.

La prise en charge d'un trouble adaptatif repose, avant tout, sur la mise en place d'une aide relationnelle permettant au patient de donner un sens à sa maladie somatique, car il doit négocier une représentation acceptable de son corps et de sa psyché qui se trouvent effrités par la maladie. Les mécanismes de défense sont remis en cause, le sujet devant s'accepter faillible, et la maladie grave,

atteignant le narcissisme, lui pose le défi de la conservation de l'estime de soi. À un moment donné, du fait de l'atteinte de l'intégrité corporelle et psychique, le malade est en situation de faiblesse et de dépendance.

Les stratégies d'ajustement à la maladie doivent être évaluées, elles rendent compte des efforts actifs du malade pour y faire face. Le sujet peut adopter 3 types de position : la toute-puissance, l'impuissance et une position intermédiaire. En général, dans l'évolution naturelle de la maladie, le malade adopte en premier la toute-puissance, puis l'impuissance avant de trouver la position intermédiaire. Toutes ces positions sont à respecter et opérantes pour un temps, le thérapeute doit essayer d'amener le malade aux positions de responsabilisation et d'appropriation de ses soins.

Les troubles psychiques sont liés à l'histoire personnelle, familiale du sujet. Les expériences d'abandon, de séparations précoces surdéterminent la composante narcissique de la dépression. Les expériences personnelles ou familiales de la maladie apportent des représentations qui pèsent lourd sur l'aménagement défensif du patient face à la maladie organique.

Après avoir posé le diagnostic d'un trouble adaptatif, peuvent être proposés le soutien ou des psychothérapies plus structurées, psychodynamiques, cognitives, groupales, en fonction de la motivation du patient et de sa capacité d'introspection. La relation peut aussi s'établir, quand cela est nécessaire, autour de l'acceptation d'un traitement antidépresseur.

ENCADRÉ 2 – DIFFÉRENTES FORMES DE LA DÉPRESSION¹¹

■ Dépression masquée à forme somatique

- Plaintes somatiques variables dans le temps, prépondérantes le matin, présentées de façon répétitive et insistante au médecin : algies, céphalées, troubles digestifs, du sommeil, asthénie, anorexie...
- Disproportion entre la plainte et ses conséquences dans la vie quotidienne
- Anxiété modérée
- Refus marqué d'accepter l'origine dépressive du trouble
- Rupture marquée dans la trajectoire de vie du patient
- Perte d'intérêt pour les activités vicariantes antérieures

■ Dépression hostile

- Irritabilité
- Intolérance à soi-même
- Instabilité

- Hostilité et impulsivité
- Idée de culpabilité

■ Dépression de l'adolescent

- Ralentissement psychomoteur
- Perte d'appétit et troubles du sommeil
- Tristesse et désintérêt
- Autodévalorisation
- Équivalents dépressifs : troubles du comportement, plaintes somatiques, phobies scolaires

■ Dépression du sujet âgé

- Absence d'inhibition psychomotrice
- Agitation anxieuse
- Plaintes somatiques multiples
- Phobies et obsessions
- Troubles cognitifs subjectifs, peur de « perdre la tête »
- Idées de préjudice

TABEAU 1 – PRINCIPALES APPROCHES PSYCHOTHÉRAPEUTIQUES, ROUILLON 1997, EXTRAIT DE L'ANAES 2002²

	Indication	Facteurs de succès
Psychothérapie de soutien	Dépression « simple » ayant un retentissement assez marqué sur la vie du sujet	Dépression réactionnelle Capacité et désir de comprendre la nature du trouble, sans pour autant aborder la dimension inconsciente
Psychothérapie analytique	Dépression « névrotique » avec difficultés narcissiques, problèmes relationnels et carences affectives de l'enfance Personnalité pathologique associée (non psychotique)	Bon <i>insight</i> , demande de soins de ce type et désir de s'y investir Désir d'aborder la dimension cachée du sens des symptômes
Thérapie cognitivo-comportementale	Dépression avec perturbation cognitives marquées ou personnalité antérieure caractérisée par la faible estime de soi	Motivation pour s'engager dans un traitement assez structuré
Thérapie familiale	Dépression avec implications conjugales ou familiales prononcées	Participation acceptée par la famille

Dépression saisonnière : quand y penser ?

Chez certains patients, les troubles dépressifs peuvent être dépendants des saisons.

La dépression saisonnière est définie par sa périodicité et sa symptomatologie. La dépression débute plutôt en automne et en hiver, et les accès maniaques ou hypomaniaques plutôt au printemps ou en été. Cette forme de dépression a été décrite sous le terme de *seasonal affective disorder*.¹² La prévalence de la dépression saisonnière serait de 3 à 5 %, n'affectant les hommes que dans un quart des cas. Le profil typique du patient souffrant de dépression saisonnière est une femme âgée de 20 à 50 ans.

La symptomatologie associe typiquement une irritabilité, une hypersomnie, une hyperphagie avec une appétence pour le sucré. Ces comportements alimentaires ne correspondent pas à un simple plaisir gourmand, mais plutôt à une compulsion. L'évolution de cette pathologie se fait vers un trouble bipolaire de type II.

Cette forme de dépression ne répond pas habituellement aux antidépresseurs classiques. Le traitement doit comprendre une photothérapie. Il s'agit d'une source lumineuse sous forme d'écran, diffusant une lumière fluorescente, dont le spectre est similaire à celui de la lumière naturelle (à l'exception des UV et des rayons infrarouges). L'intensité lumineuse est de l'ordre de 10 000 lux. Elle est délivrée pendant une demi-heure, de préférence le matin, pendant les périodes hivernales.

Quand évoquer un trouble bipolaire ?

Rapporter un épisode dépressif à un trouble bipolaire est important, afin d'adapter le traitement qui comporte un thymorégulateur et des précautions d'emploi des antidépresseurs.

Diagnostic aisé ou non selon le trouble bipolaire

Lorsque les cliniciens ont connaissance des antécédents personnels

et familiaux de troubles thymiques (notamment d'épisode maniaque), le diagnostic de dépression dans le cadre d'un trouble bipolaire I est aisé. Peu d'éléments sémiologiques permettent de différencier une dépression unipolaire simple d'une dépression bipolaire type I. Le seul problème réside alors dans l'accès inaugural de la pathologie pour lequel il faut toujours rechercher des antécédents familiaux de la bipolarité. À l'opposé, l'épisode dépressif dans le cadre d'un trouble bipolaire de type II semble se caractériser par quelques données cliniques qui permettent aux cliniciens avertis de faire le diagnostic.

Particularités du diagnostic de trouble BP-II

Le diagnostic de trouble BP-II est d'évidence plus difficile, car les états hypomaniaques sont méconnus, minimisés, voire même niés par le patient, car ils sont considérés comme une adaptation et un vécu de guérison par rapport à leur état antérieur.

La symptomatologie dépressive permet souvent à elle seule de faire l'hypothèse d'un trouble bipolaire II sur les arguments suivants :

- les patients, lors de cet épisode dépressif, se montrent plus hypersomniaques et plus hyperphagiques ;
- les épisodes dépressifs se manifestent dans la vie du patient de façon plus précoce et de manière plus récurrente ;
- entre les épisodes dépressifs persisterait une instabilité émotionnelle donnant un aspect caractériel à la personnalité des patients ;
- les patients auraient une biographie orageuse avec de nombreuses ruptures conjugales et une instabilité socioprofessionnelle ;
- il existerait des troubles cognitifs intercritiques témoignant d'une persistance d'éléments dépressifs dans leur perception et dans leur vécu du monde ;
- les patients auraient une propension à abuser de diverses substances psychoactives dans une proportion qui peut atteindre 50 % des cas : café, alcool, psychotropes ou drogues... ;
- il existerait aussi une large gamme de pathologies comorbides à type de trouble panique, troubles obsessionnels compulsifs, migraines ;
- par rapport aux troubles bipolaires I, la comorbidité anxieuse y

TABEAU 2 – CLASSIFICATION CLINIQUE DES ANTIDÉPRESSEURS (ATD)¹⁾

	ATD stimulants	ATD intermédiaires	ATD sédatifs
IMAO non sélectif	Marsilid		
IMAO sélectif	Moclamine Humoryl		
Tricycliques imipraminiques et apparentés		Anafranil Tofranil Prothiaden	Ludiomil Défanyl Laroxyl Quitaxon Surmontil
Non imipraminique-non IMAO	Vivalan	Stablon	Athymil Norset
Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)		Prozac Floxyfral Deroxat Divarius Seropram Seroplex Zoloft	
Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (ISRSNA)		Effexor Ixel	
Indications thérapeutiques préférentielles	Dépression asthénique	Dépression anhédonique	Dépression anxieuse
Avantage		Monothérapie possible quand l'anxiété n'est pas majeure	Monothérapie possible en prise unique le soir

serait plus invalidante et le risque de tentative de suicide et de décès par suicide plus important ;

- certaines de ces dépressions seraient influencées par les variations saisonnières. Elles surviendraient classiquement en automne et se manifesteraient essentiellement par une hypersomnie pendant les mois d'hiver.

Quand hospitaliser ?

L'hospitalisation en psychiatrie est recommandée en cas de risque suicidaire, de dépression sévère ou associée à des symptômes psychotiques ou somatiques sévères. Elle est utile chaque fois qu'une situation particulière l'exige : un entourage social ou familial insuffisant, l'impossibilité de maintenir les nombreux contacts nécessaires à la réassurance du patient, l'insuffisance de réponse au traitement ou lorsque la dépression est en rapport avec un conflit familial nécessitant un éloignement du patient par rapport à son milieu. Le risque suicidaire n'est pas toujours facile à apprécier, soit parce que le patient n'en parle pas, soit parce qu'il est minimisé par le patient et son entourage.

Dans la pratique quotidienne, une hospitalisation est indiquée devant des arguments biographiques et sociologiques :

- antécédents personnels de tentatives de suicide déterminées ;
- antécédents familiaux de tentatives de suicide ou de suicide dans le couple parental ;

- personnalité impulsive ou narcissique ;
- solitude affective ou sociale ;
- séparation ou divorce récent ;
- comorbidité alcoolique ou de consommation de toxiques ;
- le fait d'être célibataire et d'avoir un âge supérieur à 50 ans.

Des arguments cliniques vont dans le sens d'une hospitalisation : une expression précise du désir de mort et une idéation suicidaire, une agitation anxieuse, l'absence d'inhibition psychomotrice, des idées intenses de culpabilité et des idées de ruine.

Comment choisir un antidépresseur ?

Pour prendre en charge un patient déprimé, il faut affirmer le diagnostic dans un premier temps, puis évaluer la sévérité de l'épisode dépressif. Les recommandations de l'Anaes² sur la prise en charge d'un épisode dépressif isolé en ambulatoire rappellent que :

« Dans l'épisode dépressif léger à modéré, les antidépresseurs et les psychothérapies sont efficaces. L'association antidépresseurs-psychothérapie n'a pas fait la preuve d'une plus grande efficacité que la psychothérapie seule dans ces formes légères à modérées :

- en cas d'épisode dépressif léger, une psychothérapie est proposée en première intention, en fonction de l'accessibilité de ce type de traitement et des préférences du patient ; sinon, les antidépresseurs peuvent être proposés ;
- en cas d'épisode dépressif modéré, les antidépresseurs sont proposés

en première intention; l'association antidépresseurs-psychothérapie peut être proposée en cas de difficultés psychosociales ayant un retentissement marqué sur la vie du patient.

Dans l'épisode dépressif sévère, les antidépresseurs sont indispensables. L'association antidépresseurs-psychothérapie peut être proposée. Les antidépresseurs peuvent être associés aux neuroleptiques dans les formes psychotiques. »

Le tableau 1 présente les principales approches psychothérapeutiques.

Selon le mécanisme d'action

Le mécanisme d'action des antidépresseurs repose essentiellement sur l'inhibition de la recapture de monoamines (noradrénaline, sérotonine, dopamine). Cette action peut se faire par différents mécanismes : une diminution de la dégradation de ces amines, un blocage du rétrocontrôle inhibiteur, une action au niveau du second messager et une action post-synaptique. À l'heure actuelle, la relation entre l'action pharmacologique des antidépresseurs sur le cerveau et la réponse thérapeutique n'est pas encore élucidée. Il existe des hypothèses probabilistes à ce sujet. Cependant, la connaissance de la polarité psychotonique des antidépresseurs permet d'orienter la prescription médicamenteuse vers un médicament stimulant lorsque l'inhibition domine et vers un médicament sédatif lorsque l'anxiété domine la symptomatologie clinique (tableau 2).

Selon la classe thérapeutique

Les antidépresseurs commercialisés en France appartiennent aux classes thérapeutiques suivantes : imipraminiques et apparentés ; inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO), sélectifs ou non ; antidépresseurs non imipraminiques-non IMAO ; inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) ; inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (ISRSNA).

En 1^{re} intention, les ISRS ou IRSNA sont privilégiés en raison des

effets secondaires et de la tolérance imparfaite des tricycliques même si la supériorité de leur efficacité antidépressive n'est plus à démontrer.

En 2^e intention, en cas de non-réponse ou de réponse partielle au bout de 3 semaines, il est recommandé de prescrire un autre antidépresseur en monothérapie (ISRS, ISRNA ou imipraminique).

En 3^e intention, une bithérapie peut être proposée par un spécialiste.

En dernier recours, l'électroconvulsivothérapie (ECT) peut être envisagée. Selon les recommandations de l'Anaes¹³ publiées en 1998, l'ECT peut être un traitement de première intention lorsqu'il existe un risque vital à court terme, lorsque l'état du patient est incompatible avec l'utilisation d'une autre forme de thérapeutique efficace ou encore à la demande du patient.

Selon la présence d'un trouble bipolaire

Chez les patients bipolaires, le traitement chimiothérapeutique de l'épisode dépressif doit associer un traitement antidépresseur avec un traitement thymorégulateur afin d'éviter une inversion de l'humeur. L'utilisation chez ces patients de certains antidépresseurs, particulièrement les tricycliques, peut inaugurer une variation thymique à cycle rapide, c'est-à-dire au moins 4 épisodes dysthymiques (maniaque, hypomaniaque ou dépressif) par an.

Selon quelques règles simples

Le choix d'un traitement antidépresseur en médecine générale est rendu complexe par l'existence de nombreux médicaments, certains disposant en plus de génériques. Quelques règles simples peuvent être retenues pour le choix d'un antidépresseur (encadré 3) :

– **le médicament choisi doit être bien connu** du médecin prescripteur ; il vaut mieux avoir la pratique de 5 à 6 médicaments divers dans leurs effets thérapeutiques et secondaires que de disperser la prescription sur l'ensemble des médicaments disponibles ;

– **ne pas hésiter à reprendre l'antidépresseur** ayant amélioré le malade

ENCADRÉ 3 – RÈGLES DE PRESCRIPTION D'UN ANTIDÉPRESSEUR¹¹

- Respecter les indications : l'antidépresseur est actif pour traiter le déprimé et non le malheureux.
- Tenir compte des contre-indications, surtout chez la personne âgée ayant une polypathologie et risquant une interaction médicamenteuse (chez la personne âgée on évite ainsi les ISRS).
- Prescrire à dose thérapeutique : une des principales causes d'échec thérapeutique est une prescription à dose insuffisante.
- Tenir compte du fait que l'activité thérapeutique demande sensiblement 15 jours pour se confirmer.
- La durée de traitement est au moins de 6 à 9 mois pour un EDM ; le risque de rechute est de 50 % quand le traitement est arrêté avant le 2^e mois.
- Prescrire si possible en monothérapie : cependant, si un antidépresseur stimulant est choisi, l'association avec un tranquillisant ou un neuroleptique sédatif à faible dose est conseillée.
- Tenir compte du degré d'*insight* du patient : la capacité du patient de reconnaître sa maladie et de comprendre la nécessité d'un traitement adapté et les effets indésirables liés à ce traitement.
- Informer le malade et sa famille : la dépression est une maladie, son traitement est tout à la fois chimique et psychothérapeutique, le traitement est actif en 2 à 3 semaines, la poursuite du traitement est nécessaire même après l'amélioration.
- Revoir le patient de façon hebdomadaire pendant les 3 premières semaines.

Pièges à éviter

- Arrêt des antidépresseurs dès l'amélioration des symptômes.
- Modification du traitement antidépresseur pour inefficacité avant 3 semaines.
- Traiter une dépression par des anxiolytiques.
- Absence de suivi rapproché.
- Absence d'une psychothérapie associée.
- Prescription d'un antidépresseur tricyclique ou IMAO, chez un patient aux antécédents de tentatives de suicide.

sans effet indésirable notable lors d'un épisode dépressif antérieur ;

- **choisir en fonction du rapport activité/effets secondaires.** En général, un antidépresseur améliore 50 à 70 % des déprimés. Dans les études contrôlées, les imipraminiques améliorent 60 à 70 % des patients, mais il peut exister des effets secondaires anticholinergiques. L'amélioration est de 55 à 65 % pour les ISRS, avec des résultats moins homogènes. Les effets secondaires sont de type sérotoninergiques, ce qui entraîne souvent une gêne moindre. Enfin, pour les IMAO, l'amélioration est de 50 à 65 % ;
- **choisir en respectant les contre-indications et les précautions d'emploi qui sont :**
 - . pour les imipraminiques : glaucome chronique à angle fermé, adénome prostatique et antécédents de rétention aiguë, pathologie cardiovasculaire (IDM récent, insuffisance cardiaque non compensée, troubles du rythme, cardiomyopathies évolutives),
 - . pour les sérotoninergiques : éviter de les associer aux IMAO et de les prescrire chez des patients souffrant de troubles digestifs (diarrhées chroniques, nausées, vomissements) ;
- **pendant la grossesse**, les antidépresseurs doivent être évités dans la mesure du possible les 3 premiers mois, bien que la tératogénèse ne soit pas confirmée.

Conclusion

La dépression représente un problème majeur de santé publique. Elle peut toucher les patients quels que soient leur âge et leur sexe. Elle est une rupture dans la trajectoire de vie du patient. Le patient déprimé arrive souvent chez son généraliste pour d'autres motifs que celui de la dépression, rendant difficile son diagnostic. La difficulté à reconnaître une dépression n'est pas seulement liée au généraliste, le comportement du patient joue un rôle important. Ces constatations soulignent l'intérêt, d'une part, d'une collaboration plus structurée entre le généraliste et le psychiatre, d'autre part, de proposer des formations adaptées aux généralistes sur les troubles dépressifs afin d'en améliorer le dépistage et la prise en charge.

Références

1. Le Pape A, Lecomte T. Prévalence et prise en charge médicale de la dépression, France 1996-1997. Paris: CREDES; 1999.
2. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire. Paris: avril 2002.
3. Conseil économique et social. Prévenir le suicide c'est possible. 2^e journée nationale pour la prévention du suicide. Paris: Association Journée nationale pour la prévention du suicide; 1998.
4. Lépine JP, Gastpar M, Mendlewicz J, Tylee A. Depression in the community: the first pan european study DEPRES (Depression Research in European Society). *Int Clin Psychopharmacol* 1997;12:19-29.

5. Lépine JP. Étude épidémiologique des troubles dépressifs et anxieux dans la population générale. *Ann Med Psychol* 1993;151:618-23.
6. Kovess V, Gysens S, Chanoit PF. Une enquête de santé mentale: l'enquête de santé des Franciliens. *Ann Med Psychol* 1993;151:624-8.
7. Lecrubier Y, Boyer P, Lépine JP, Weiller E. Results from the Paris Centre. In: Üstün TB, Sartorius N, eds. *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester: John Wiley; 1995. p. 210-25.
8. Senon JL, Sechter D, Richard D. *Thérapeutique psychiatrique*. Paris: Hermann; 1995.
9. Rouillon F, Blachier C, Dreyfus JP, Bouhassira M, Allier MP. Étude pharmaco-épidémiologique de la

consommation des antidépresseurs en population générale. *Encephale* 1996;22 special 1:39-48.

10. American Psychiatric Association. *DSM IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1994.
11. Senon JL, Sechter D, Richard D. *Mémento de thérapie psychiatrique*. Paris: Hermann; 1996.
12. 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* 1984;41:72-80.
13. Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé (ANAES). Indications et modalités de l'électroconvulsivothérapie. Paris; 1998.

PETIT VOCABULAIRE DE LA DÉPRESSION

- **Euthymie** : humeur totalement neutre, indifférence aux aléas essentiels de la vie.
- **La dysthymie** correspond à la névrose dépressive ou dépression névrotique dans la classification française. Il s'agit d'un état dépressif chronique d'intensité modérée. D'évolution chronique, non consécutive à un épisode dépressif majeur, depuis au moins 2 ans. Le début est insidieux, remontant souvent à l'enfance ou à l'adolescence. Cet état est compatible avec un fonctionnement social stable.
- **La dépression à double forme** est une dépression associant une dysthymie et un épisode dépressif majeur (EDM). Lorsque l'EDM est traité, le patient revient à son fonctionnement antérieur, c'est-à-dire une dépression d'intensité modérée.
- **Cyclothymie** : c'est une forme atténuée de la bipolarité. Elle est caractérisée par la succession d'épisodes d'hypomanie et d'épisodes de dépression légère depuis plus de 2 ans.
- **Rechute dépressive** : réapparition de la symptomatologie dépressive dans les 6 premiers mois suivant le début d'un épisode dépressif caractérisé. Une période de rémission ou une réponse partielle aux traitements peut être notée pendant ce temps.
- **Récidive dépressive** : apparition de la symptomatologie dépressive permettant de porter le diagnostic d'un EDM, 6 mois après la guérison de l'ancien épisode.
- **Cycles rapides** : succession cyclique des EDM et des accès maniaques, au moins 4, au cours d'une année.
- **Dépression chronique** : persistance d'un tableau dépressif sur une durée supérieure à 2 ans, vérifié à plusieurs reprises et entraînant une altération sociale et (ou) professionnelle.
- **Dépression résistante** : échec successif de 2 médicaments antidépresseurs appartenant à 2 classes différentes et prescrits à posologie efficace (dose équivalente à 300 mg par jour d'imipramine) pendant une durée minimale de 4 à 6 semaines.

SUMMARY. Depression is the most common mental disorder. The most serious complications of a major depressive episode are suicide. Therefore, reliable assessment of suicide risk is critical; protective measures may avert suicide. Depression can be reliably diagnosed and treated by general practitioner (GP). In the primary care setting, diagnosis of depression is complicated by incompleting or masked symptoms. Depressed individuals tend also to feel helpless and hopeless and to blame themselves for having these feelings and so will not talk spontaneously about their symptoms. The GP must first identify at risk patient. Using specific evaluation tool like DSM-IV or ICD 10 criteria, he can diagnose an episode of major depressive disorder. The severity of the depression may be classified as mild, moderate, or severe. Hospitalisation should be considered in specific situations such as suicidal risk. It's important for the GP to work in collaboration with a psychiatrist. Patients with a clinical diagnosis of depression should have appropriate treatment usually psychotherapy and pharmacotherapy depending on the severity of the depression. Education on depression should be provided to the patient, it will enhance the monitoring and the medication compliance.