



© Eka - Fotolia

La dépression

2 à 3 millions de personnes seraient touchées chaque année en France. Sa fréquence et son caractère invalidant en ont fait, pour l'OMS, l'une des priorités de santé publique. Pourtant, la dépression reste mal connue et sujette à de nombreuses idées reçues. Etat des lieux avec un spécialiste.

① Comment reconnaître une vraie dépression ?

Dans sa forme classique, l'épisode dépressif dit majeur ou caractérisé se manifeste par un ralentissement global des fonctionnements psychique et moteur, associé à des perturbations émotionnelles variées occasionnant la fameuse douleur morale. Celle-ci représente la combinaison d'émotions positives atténuées (anesthésie affective, perte des intérêts/plaisirs) et d'émotions négatives découpées telles que la tristesse et l'anxiété. A ceci s'ajoutent des distorsions de la pensée, notamment des idées de culpabilité, d'autodévalorisation, d'incapacité, une péjoration de l'avenir, voire un sentiment de désespoir, ainsi que tout un cortège de symptômes physiques comme la fatigue, la douleur, les troubles du sommeil, de l'appétit et de la libido. La persistance de ces symptômes, la plupart du temps et au-delà de 15 jours, demeure l'un des principaux critères distinguant la maladie d'une tristesse passagère.

Dans certains cas, la présentation d'un épisode dépressif authentique peut s'avérer trompeuse, notamment lorsqu'il survient au cours d'un trouble bipolaire, en présence de comorbidités psychiatriques ou de certains traits de personnalité.

② Pourquoi la soigner ?

Une étude française récente a conclu que près d'une personne sur cinq souffrira d'un épisode dépressif majeur dans sa vie. La dépression est en passe de devenir la seconde maladie la plus invalidante selon l'OMS. Les complications sont nombreuses, fréquentes et potentiellement graves: il s'agit évidemment du suicide, mais aussi de la désinsertion socio-familiale et professionnelle, des abus de drogues, dont l'alcool, ainsi que des maladies diabétiques et cardio-vasculaires dont le risque de survenue augmente. Raccourcir la durée d'un épisode, soulager la souffrance occasionnée, prévenir les complications et les récidives constituent alors les principaux objectifs thérapeutiques.

Une étude récente a conclu que près d'une personne sur cinq souffrira d'un épisode dépressif majeur dans sa vie.

③ Quelle en est la cause ?

Il n'existe pas de cause unique à la dépression, celle-ci résultant probablement de l'action conjointe de facteurs génétiques et environnementaux. Une vulnérabilité biologique prédisposeraît à des épisodes dépressifs volontiers déclenchés par divers facteurs de stress. Ceux-ci peuvent être d'ordre événementiel, qu'ils soient négatifs (rupture, décès, problèmes financiers, familiaux, professionnels, etc.) ou positifs (naissance, mariage, déménagement, retraite, etc.), ainsi que d'ordre médical (maladie physique, déséquilibres hormonaux, troubles psychiatriques, etc.).

④ Le médecin généraliste est-il compétent pour la traiter ?

Les généralistes ne sont, par définition, pas des spécialistes de la dépression mais assurent en France près de 80 % de la prescription des psychotropes. Un certain manque de formation dans ce domaine, la difficulté à

trouver un relais psychiatrique ainsi que la réticence à consulter aboutissent à ce que seulement 50 % des patients atteints d'épisode dépressif majeur reçoivent un traitement adéquat. Les psychiatres ont également leur part de responsabilité dans cette surprescription mal ciblée, sachant que les antidépresseurs ne sont guère plus efficaces que le placebo si l'épisode dépressif n'est pas caractérisé. Néanmoins, si la plupart des généralistes sont compétents pour prendre en charge la dépression, les phases délicates de l'évaluation diagnostique et de la mise en place du traitement devraient idéalement être réservées aux psychiatres.

5 Les antidépresseurs accroissent-ils le risque de suicide ?

Le taux de suicide est en constante diminution dans la plupart des pays occidentaux depuis les années 1980, ce qui pourrait découler de l'amélioration de la prise en charge de la souffrance psychique dans son ensemble, et notamment de l'apparition des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS). Ceux-ci sont mieux tolérés que les tricycliques et moins dangereux en cas d'intoxication volontaire. En revanche, les ISRS sont paradoxalement associés à une augmentation de passages à l'acte auto et hétéro-agressifs, non seulement chez les sujets déprimés, mais également chez les volontaires sains. Ceci pourrait être expliqué par certains effets secondaires tels que l'akathisie (impatience), l'irritabilité, l'hostilité, l'agitation, ainsi que par certaines réactions maniaques, psychotiques ou dissociatives induites par ces traitements. Ce risque de passage à l'acte, qui correspond souvent à une levée de l'inhibition psychomotrice alors que l'humeur reste dépressive, semble plus élevé chez l'enfant et l'adulte jeune et culmine entre dix et quatorze jours après l'instauration du traitement. Ces éléments imposent la plus grande prudence lors de l'instauration ou de l'interruption d'un antidépresseur ainsi que la mise en place d'une surveillance adaptée.

6 Existe-t-il une dépendance aux traitements antidépresseurs ?

Un syndrome de sevrage survient dans plus de 50 % des cas, entre 24 et

72 heures après l'arrêt du traitement. Il associe le plus souvent vertiges, nausées, paresthésies, céphalées, troubles de l'équilibre, lipothymies, tremblements, désordres émotionnels, insomnies et cauchemars. Ce phénomène concerne la totalité des ISRS, les IRSNA (venlafaxine, mirtazapine, duloxétine) et les tricycliques. Il est à distinguer de la récidive dépressive et rend nécessaire une décroissance très progressive lors de l'arrêt du médicament.

7 Peut-on réellement en guérir ?

La guérison (rémission complète pendant plus de six mois) survient dans un tiers des cas, les deux autres tiers correspondant respectivement à la rémission partielle (symptômes résiduels) et à la résistance. Le taux de récidive après un premier épisode dépressif est supérieur à 50 % et augmente après chaque épisode. Ces données préoccupantes ont conduit la Haute autorité de santé (HAS) à recommander des stratégies thérapeutiques adaptées, que ce soit pour prévenir les récidives, prendre en charge les symptômes résiduels et/ou la chronicisation de la maladie.

8 Quels sont les traitements alternatifs ou complémentaires ?

Les antidépresseurs sont souvent nécessaires mais ils s'avèrent rarement suffisants face à la dépression. La seule mesure alternative et curative reste la psychothérapie, notamment l'approche cognitive et comportementale, dont l'efficacité est prouvée dans la prévention des récidives et la prise en charge des symptômes résiduels. Sur le plan diététique, les oméga 3 n'ont guère prouvé d'efficacité, tandis qu'une supplémentation en acide folique, voire en vitamine D, pourrait se révéler bénéfique en tant qu'adjvant. Par ailleurs, un régime riche en aliments transformés, en frites et en sucres serait associé à un risque plus élevé de dépression et d'anxiété, ce qui suggère l'utilité de réajustements en faveur des fruits, légumes et céréales.

La luminothérapie est, quant à elle, particulièrement indiquée dans la dépression saisonnière mais se révèle aussi un bon adjvant lorsque les symptômes ont tendance à s'ag-

La guérison (rémission complète pendant plus de six mois) survient dans un tiers des cas, les deux autres tiers correspondant respectivement à la rémission partielle (symptômes résiduels) et à la résistance.

graver en hiver, ainsi qu'en cas de dépression résistante. L'exercice physique, souvent difficile à mettre en place du fait des symptômes, est pourtant à recommander car bénéfique (exemple : 30 minutes d'exercice modéré trois à cinq fois par semaine ou 10 000 pas par jour à mesurer avec un podomètre). La méditation et le yoga s'avèrent également de bons adjutants en cas de dépression et d'anxiété.

Enfin, souvent mieux tolérées que les antidépresseurs, les spécialités à base de millepertuis sont indiquées dans les manifestations dépressives légères et transitoires mais les précautions d'emploi doivent être les mêmes, notamment en raison des nombreuses interactions médicamenteuses à prendre en compte.

9 Dans quels cas l'hospitalisation devient-elle nécessaire ?

En cas de risque suicidaire élevé, parfois sans le consentement du patient, en cas de difficultés de surveillance ambulatoire, dans certaines situations nécessitant un changement de traitement mais également lorsque le milieu hospitalier peut avoir en lui-même un aspect curatif (exemple : rupture avec le milieu familial) ou encore pour évaluer une situation complexe.

10 Comment l'entourage d'un patient dépressif doit-il réagir ?

Il est primordial que l'entourage soit informé de la nature pathologique de la dépression et donc, de certaines de ses manifestations qui peuvent agacer. Il est ainsi conseillé à l'entourage le plus proche de solliciter le psychiatre à ces fins. « Secouer » le patient déprimé n'aboutira qu'à aggraver son anxiété et son sentiment d'incapacité. L'assistance à la mobilisation doit être douce, progressive et positive, celui-ci restant vulnérable au stress. Il est recommandé d'inciter à la reprise d'activités brèves et régulières, en privilégiant celles qui furent sources de plaisir avant la maladie.

Dr Igor Thiriez, psychiatre,
hôpital EPS Erasme (92)