

L'état dépressif: souvent surprenant, parfois subversif!

Les surprises de la somatisation

Comme médecin de premier recours, nous sommes très conscients que 50 à 70% des sujets déprimés consultent en présentant une plainte physique. Ces symptômes très variés peuvent inciter le médecin à rechercher avant tout une cause somatique, tant il est culpabilisant de manquer un diagnostic biomédical. Le paradoxe est que les critères positifs pour une dépression ne sont pas systématiquement recherchés, entraînant, selon la littérature, un déficit étonnant de diagnostic psychiatrique tel que celui de la dépression, mais qui n'a pas l'air de toucher de la même manière le sentiment de compétence des médecins. Pourtant, les conséquences d'une dépression non traitée sont connues, parfois dramatiques.

Comment ne pas perdre de temps? Dans la stratégie sur la dépression, il est bien noté: «En l'absence d'une pathologie qui explique ces plaintes, les examens inutiles risquent d'aggraver l'inquiétude du patient...». C'est là une formulation qui engendre une situation de flou, de non limite, de double contrainte pour le médecin, car l'inquiétude du patient quant à ses plaintes physiques (et celle qu'il projette sur le médecin) est justement le moteur de la poursuite des investigations pour expliquer ou exclure telle ou telle pathologie, repoussant parfois loin la possibilité du diagnostic de dépression. Sans compter que le médecin peut redouter ce diagnostic de dépression, sachant qu'il est généralement moins formé à la traiter et que la délégation à un psychiatre représentera un effort particulier pour lui et pour le patient.

S'il est parfois difficile, pour le médecin, de sortir du cadre somatique «imposé» par le/la patient/e, à l'inverse, il convient, lorsque des patient/es consultent en annonçant d'emblée une dépression, de penser à des causes physiques, parfois simples à dépister: réserves de fer abaissées, dysfonction thyroïdienne, ou usage de médicaments induisant la dépression. Un bilan de base de laboratoire est souvent utile.

Perspective révolutionnaire?

La stratégie que vous pourrez lire donne une grille simple (11 items) permettant d'évaluer la sévérité de la dépression: légère, moyenne ou sévère. On peut noter en passant que des questionnaires écrits, rem-

plis par les patient/es, sont souvent plus sensibles pour le dépistage et l'évaluation de la dépression que le regard du médecin.

Cette nouvelle classification remplace les anciennes notions de «dépression réactionnelle», somme toute «justifiée» par des éléments de stress environnementaux, et de «dépression endogène», jugée plus gravement liée à un dysfonctionnement des neurotransmetteurs. En défaveur de cette ancienne discrimination plaident les faits suivants: on y trouve un jugement de valeur du médecin face au patient; et on a l'idée que, en cas de dépression réactionnelle, on va pouvoir traiter autant le milieu que le patient, sans médicament. Or, dans cette dernière situation, le/la patient/e n'a souvent plus la force de changer quoi que ce soit. En revanche, cette classification rappelle bien que le médecin doit dans tous les cas se préoccuper de la relation du patient avec son environnement (et pas seulement prescrire des médicaments), et de discuter avec lui s'il y a lieu d'essayer de le modifier ou d'en changer. C'est là la perspective «révolutionnaire» de la dépression: discuter et élaborer avec le/la patient/e son problème, trouver avec lui le sens de l'épisode actuel, peut amener des remises en cause sévères du milieu, pouvant aboutir – par exemple – à des changements d'employeur (tant il paraît difficile de changer l'employeur lui-même!) ou à des divorces. La capacité d'expliquer au patient ce qu'est la dépression, de l'accompagner progressivement dans la réflexion, de l'aider à trouver des meilleures solutions représente le pan psychothérapeutique du médecin de premier recours dans le traitement de la dépression, dont les modalités ne sont pas définies dans cette stratégie.

En conclusion, le but du traitement de la dépression est de créer une dynamique impliquant une attaque du problème thymique du/de la patient/e par thérapie intensive (une série de rendez-vous rapprochés), souvent avec l'aide des médicaments, mais aussi un travail sur la relation du patient avec son entourage (en particulier familial ou professionnel). Ceci implique pour le médecin la recherche d'une relation stimulante, imaginative, soulignant les difficultés mais aussi les progrès des patients.

Danièle Lefebvre, François Mottu