

Torsten Berghändler

# Ce que le médecin doit savoir sur la dépression

Great Update 2011 de la SSMI, 29 et 30. 9. 2011, Interlaken

## Importance épidémiologique de la dépression

A l'échelle mondiale, la dépression reste une affection psychique toujours sous-diagnostiquée et sous-traitée, qui est à l'origine d'une grande souffrance pour les patients et leur entourage. En se positionnant avant le VIH et les cardiopathies coronariennes, la dépression est l'affection la plus souvent responsable de handicaps significatifs et de coûts élevés pour la société. La dépression est également associée à une mortalité élevée par suicide.

La prise en charge de base de médecine interne générale joue un rôle déterminant dans le diagnostic et le traitement de la dépression; le patient se rend rarement en premier lieu chez le psychiatre. Par ailleurs, les dépressions sont associées à de nombreuses comorbidités physiques (relevant de la médecine interne) et interactions avec des maladies physiques et leurs traitements. Les questions diagnostiques adéquates, comme les deux questions de dépistage de Whooley (tableau 1), fournissent de premiers indices sur la présence d'un trouble dépressif; le diagnostic est approfondi et confirmé en vérifiant les critères de la CIM-10, ainsi qu'en utilisant des questionnaires appropriés d'auto-évaluation et d'évaluation par un tiers (tableau 2). Ces derniers sont simples d'utilisation et ils augmentent la sécurité diagnostique.

Les principaux symptômes de la dépression incluent changement négatif de l'humeur, perte d'intérêt et ennui, manque d'entrain et fatigabilité accrue. La dépression peut aller jusqu'à une perte totale du rapport avec le monde et l'environnement et à un sentiment d'insensibilité, qui est également vécu de manière très accablante. Il convient de faire la distinction entre la dépression et la tristesse, qui est un sentiment intense de perte de relation. D'après les critères de la CIM-10, il est question de dépression légère

**Tableau 1**

Dépistage des dépressions: deux questions suffisent.

Aucune réponse «oui» = absence de dépression probable à 90%.  
Si une ou deux réponses «oui», probabilité >50% d'une dépression

Au cours des derniers mois, vous êtes-vous senti(e) affecté(e) par une humeur déprimée, par une dépressivité ou par du désespoir?

Au cours des derniers mois, vous êtes-vous souvent senti(e) affecté(e) par un manque d'intérêt ou une absence de plaisir lors de la pratique d'activités normalement plaisantes?

D'après Whooley MA, et al., J Gen Intern Med. 1997;12(7):439-45.

**Tableau 2**

Questionnaires relatifs à la dépression.

Echelle d'auto-évaluation	Inventaire de dépression de Beck (IDB) 10-18 points: dépression légère; 19-29 points: dépression modérée; 30-63 points: dépression sévère
Echelle d'évaluation par un tiers	Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D): 15 à 18 points: dépression légère à modérée; >25 points: dépression sévère. Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS): 9-17 points: dépression légère à modérée; 18 à 34 points: dépression légère à modérée; >35 points: dépression sévère

lorsque 2 symptômes majeurs et 2 symptômes mineurs sont présents, de dépression modérée lorsque 2 symptômes majeurs et 3-4 symptômes mineurs sont présents et de dépression sévère lorsque 4 symptômes majeurs et au moins 4 symptômes mineurs sont présents (tableau 3). La dépression sévère peut également s'accompagner de délires et d'hallucinations. Pour pouvoir poser le diagnostic de dépression, les symptômes doivent être présents depuis au moins 2 semaines.

En règle générale, le patient se présente en consultation médicale avec des signes physiques de trouble dépressif. Il se plaint d'une perte d'intérêt et d'une perte de plaisir vis-à-vis d'activités agréables. Il présente une capacité limitée à réagir émotionnellement à des événements ou activités, ainsi qu'une inhibition psychomotrice ou une agitation. Il signale des réveils précoces, des troubles du sommeil, une perte d'appétit, une perte de poids, une diminution significative de la libido et un manque d'entrain. L'exploration spécifique révèle souvent des symptômes plus prononcés le matin que le soir, ce qui est caractéristique des troubles dépressifs. Il est dès lors recommandé d'examiner le patient le matin, faute de quoi le tableau clinique pourrait induire en erreur. Sur le plan diagnostique, il convient également de faire la distinction entre la dépression et d'autres troubles affectifs (tableau 4), qui sont d'une moindre ampleur ou sont associés à une alternance entre humeur dépressive et humeur exaltée voire maniaque.

## Dépression masculine

Les symptômes typiques de la dépression s'appliquent avant tout aux femmes (et à certains hommes). De nombreux hommes sont dépressifs d'une «autre manière». Etre dépressif est considéré comme «efféminé». Les hommes gèrent autrement la détresse que les femmes. Dans leur compréhension des rôles, les hommes se voient forts et capables de s'imposer, et ils sont plus tournés vers l'action que vers l'introspection et la réflexion. Il leur est difficile d'accéder à leurs propres sentiments, d'y réfléchir et d'en discuter. Ainsi, il est beaucoup plus difficile pour les hommes d'accepter de l'aide en cas de dépression. Il convient dès lors d'être particulièrement vigilant à la dépression masculine, qui se manifeste avant

**Tableau 3**

Diagnostic de la dépression d'après la CIM-10.

Symptômes majeurs	Humeur dépressive (≠ tristesse) Manque d'intérêt, ennui Manque d'entrain, fatigabilité accrue
Symptômes mineurs	Diminution de la concentration et de l'attention Baisse de l'amour-propre et de la confiance en soi Sentiment de culpabilité et de nullité Perspectives d'avenir négatives et pessimistes Idées et conduites suicidaires Troubles du sommeil Diminution de l'appétit Perte de poids

**Tableau 4**

Autres maladies affectives.

Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive	Trouble dépressif léger transitoire lors de/après un évènement accablant (max. 2 ans)
Dysthymie	Humeur dépressive légère persistant durant >2 ans, qui ne remplit que rarement («double depression») les critères de sévérité d'un épisode dépressif
Cyclothymie	Instabilité persistante de l'humeur avec de nombreux épisodes de dépression légère et d'humeur légèrement exaltée, qui ne remplissent pas les critères d'épisodes maniaques ou dépressifs.
Trouble affectif bipolaire	Alternance entre épisodes dépressifs et épisodes maniaques ou hypomaniaques.

**Tableau 5**

Liste des manifestations de la dépression chez l'homme.

Je/J' ...
m'énervé pour des bagatelles
bois régulièrement de l'alcool pour me détendre
fais du sport à outrance
deviens agressif physiquement
ai du mal à me maîtriser
réagis de manière agressive vis-à-vis de mon environnement
me sens à bout de nerf
souffre de troubles du sommeil
ai parfois du mal à me reconnaître
ai des idées suicidaires
suis hantée par une inquiétude inexplicable

tout par des modifications du comportement (tableau 5). Les particularités de la dépression masculine («male depression») doivent être prises en compte lors de la mise au point diagnostique.

### Dépression et burn-out

La dépression doit être différenciée du syndrome du burn-out. A la fois leurs causes, leurs symptômes, leur psychophysiologie et leur traitement sont en partie différents. Le syndrome du burn-out se définit comme un épuisement au travail et lié au travail; en vacances, durant les week-ends et durant leur temps libre, les patients non dépressifs souffrant de burn-out sont souvent sans particularité sur le plan affectif, ils sont capables de ressentir des émotions et ont un comportement adéquat. Un syndrome du burn-out non traité, persistant depuis longtemps, conduit généralement à un trouble dépressif concomitant; le traitement de ce complexe pathologique est fastidieux et difficile. Il est possible de faire une première distinction approximative avec le burn-out par ex. en posant la question suivante: «Que feriez-vous si vous n'étiez pas épuisé(e) à ce point?». Un patient souffrant de burn-out a certes des idées, mais il n'est plus capable de les mettre en pratique en raison de son état d'épuisement. La dépression, quant à elle, est associée à un manque d'idées et de motivation.

### Causes et diagnostics différentiels de la dépression

Les dépressions sont le plus souvent déclenchées par des évènements accablants et s'accompagnent en règle générale d'un sentiment de détresse. Les dépressions peuvent être liées à une faible capacité d'adaptation de l'individu, mais également à une maladie

(endogène) du métabolisme des neurotransmetteurs. Il arrive que des dépressions soient à l'origine de maladies physiques ou les accompagnent. Les troubles douloureux chroniques, les maladies tumorales, les hypothyroïdies, les maladies cérébrales organiques et d'autres maladies somatiques peuvent être à l'origine de dépressions ou de troubles pseudo-dépressifs. Certains médicaments sont une autre cause non négligeable de dépression. La liste de médicaments énumérée dans le tableau 6 n'est pas exhaustive. Face à un premier épisode dépressif, il est recommandé de procéder de la manière suivante pour le diagnostic différentiel: bilan de médecine interne, bilan neurologique, ECG, hémogramme différentiel, paramètres inflammatoires, enzymes hépatiques, valeurs rénales et TSH. Les examens complémentaires suivants peuvent être réalisés si nécessaire: sérologie de la syphilis, dépistage de drogues, ponction lombaire, TDM cérébrale, EEG avant le début du traitement antidépresseur.

**Il est uniquement possible de détecter une dépression en interrogeant le patient de manière ciblée.**

**Tableau 6**

Médicaments potentiellement dépressogènes: par ex.

Réserpine
$\alpha$ -méthyl dopa
$\beta$ -bloquants
Digitaline
Prazosine
Clonidine
Lidocaïne
Corticostéroïdes

### Traitement de la dépression

Le traitement correct de la dépression inclut un traitement pharmacologique et des approches psychothérapeutiques. A juste titre, le traitement de la dépression est complété par des approches complémentaires comme la structuration de la journée, la thérapie par le sport et le mouvement, la gestion du stress et la luminothérapie. En raison de leur profil d'effets indésirables, les antidépresseurs sont prescrits de manière spécifique. Les benzodiazépines doivent uniquement être prescrites avec prudence car elles présentent un potentiel de dépendance et peuvent en partie avoir une action dépressogène. Bien expliquer la maladie au patient et construire activement une relation thérapeutique de confiance sont des éléments indispensables pour le succès thérapeutique. Le traitement peut souvent très bien être encadré par des médecins de famille expérimentés et par des médecins ayant une formation psychosomatique (attestation de formation complémentaire de l'ASMPP). Les cas plus sévères et plus complexes doivent en règle générale être confiés à des psychiatres.

**Les traitements psychiatriques avérés, de préférence combinés (pharmacothérapie, psychothérapie, sport, luminothérapie, détente, etc.), permettent d'améliorer significativement les troubles dépressifs.**

## Psychopharmacothérapie antidépressive

De nombreux médicaments à action spécifique sont aujourd'hui disponibles pour le traitement de la dépression. L'acceptation de ce traitement présuppose souvent une explication détaillée du traitement; le développement d'une dépendance et des changements de la personnalité sont souvent redoutés à tort. Les antidépresseurs entrent en action après 7–21 jours. D'après les recommandations, le traitement pharmacologique de la dépression doit être poursuivi durant 6 mois d'absence de symptômes pour le premier épisode dépressif et durant 2–5 ans d'absence de symptômes pour les récidives; un traitement d'entretien à vie peut éventuellement être nécessaire.

Initialement, les effets indésirables prédominent pour tous les antidépresseurs: certains, avant tout les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), ont un effet activateur; une activation initiale avant même que l'action antidépressive initiale ait débuté augmente le risque de suicide et nécessite par conséquent une vigilance toute particulière. Dans ce contexte, il convient également de tenir compte du fait que les antidépresseurs eux-mêmes ont un potentiel d'intoxication. Il faut aussi veiller aux interactions avec d'autres médicaments, avant tout avec des médicaments somatiques.

D'une manière générale, le profil d'effets indésirables détermine le choix de la substance. Dans ce contexte, il convient tout particulièrement de tenir compte de la fatigue (antidépresseurs sérotoninergiques spécifiques et noradrénergiques [NaSSA]) vs. activation (ISRS), de la prise de poids (NaSSA, antidépresseurs tricycliques) vs. perte de poids (ISRS, millepertuis), du profil de risque cardiologique (certains ISRS, antidépresseurs tricycliques) et du potentiel d'interaction avec d'autres médicaments (millepertuis). En cas d'inefficacité confirmée après 6–8 semaines d'administration conséquente d'un traitement médicamenteux à une dose suffisamment élevée, il convient de passer à un autre groupe de substances (tableau 7) ou de combiner le médicament actuel avec un médicament d'un autre groupe de substances. Les recommandations posologiques et les effets indésirables potentiels sont décrits dans le Compendium suisse des médicaments; les lister sortirait du cadre de cet article. Tous les antidépresseurs nécessitent une surveillance de laboratoire de base (tableau 8). Les effets indésirables physiques (relevant de la médecine interne) devraient faire l'objet d'une surveillance attentive, mais il ne faut en aucun cas interrompre un médicament antidépresseur nécessaire. La décision

**Tableau 7**

Antidépresseurs: groupes de substances.

Antidépresseurs tricycliques (ATC): par ex. amitriptyline, clomipramine

Antidépresseurs tétracycliques: par ex. miansérine, maprotiline

Inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO): moclobémide

Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS): par ex. citalopram, sertraline

Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la noradrénaline (ISRN): réboxétine

Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN): venlafaxine, duloxétine

Antidépresseurs noradrénergiques et sérotoninergiques spécifiques (NaSSA): mirtazapine

Agonistes des récepteurs de la mélatonine: agomélatine

Produits de phytothérapie: millepertuis

**Tableau 8**

Contrôles de laboratoire en cas de pharmacothérapie antidépressive

Initialement pour tous les antidépresseurs	Hémogramme, électrolytes, valeurs hépatiques et rénales, ECG, RR, pouls
Après 2 semaines de traitement pour tous les antidépresseurs	Hémogramme, électrolytes, valeurs hépatiques et rénales, ECG, RR, pouls
Miansérine	Hémogramme toutes les 2 semaines durant 3 mois
Antidépresseurs tricycliques	Hémogramme toutes les 2 semaines durant 3 mois, puis tous les mois pour 3 mois supplémentaires, puis, à partir 3 <sup>e</sup> trimestre, tous les 3 mois
	Electrolytes et valeurs hépatiques et rénales toutes les 4 semaines, puis, à partir du 3 <sup>e</sup> trimestre, tous les 3 mois avec hémogramme, ECG chez les patients de >60 ans tous les 3 mois
Autres antidépresseurs	Hémogramme, électrolytes et valeurs hépatiques et rénales tous les 6 mois

de recourir à des associations médicamenteuses incombe au médecin expérimenté.

## Psychothérapie

Les méthodes psychothérapeutiques suivantes se sont révélées être efficaces dans le traitement des troubles dépressifs: thérapie cognitivo-comportementale, thérapie cognitive de Beck, psychothérapie interpersonnelle, thérapie brève orientée vers la psychologie profonde et psychothérapie de soutien centrée sur la personne, qui inclut également la «petite psychothérapie du médecin de famille». Pour la prévention des récidives, la «Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT)» a récemment fait preuve de son efficacité. La thérapie de couple peut être particulièrement efficace chez les couples ayant une faible qualité conjugale.

**L'antidépresseur le plus efficace est celui qui est sûr et qui est pris régulièrement à une dose suffisante.**

## Dépression et sport

De nombreuses études scientifiques ont montré l'efficacité antidépressive du sport. Le sport augmente la concentration de sérotonine et de précurseurs, ainsi que d'autres monoamines, de  $\beta$ -endorphines et de «brain-derived neurotrophic factor» (BDNF). De plus, il augmente la résistance au stress, renforce la perception d'auto-efficacité et accroît la confiance en ses propres fonctions corporelles.

Sur le plan thérapeutique, il est recommandé de pratiquer une activité physique d'intensité modérée quotidiennement durant 30 min. (sport d'endurance, musculation). Une plus faible intensité fait uniquement office de placebo.

## Luminothérapie

En cas de dépression saisonnière, l'exposition quotidienne à la lumière du jour durant 1–2 heures constitue le traitement le plus efficace et le plus économique. Alternativement, il est possible d'utiliser des lampes spécifiques de luminothérapie.

Correspondance:

Dr Torsten Berghändler

Praxisgemeinschaft Wetterhaus, Platz 12

9100 Herisau, torsten.berghaendler[at]jin.ch