

Université Bordeaux 2
U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2014

N°81

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par **Anne-Sophie ADJOVI**
Née le 26 décembre 1985 à Bordeaux (33)
Le 02 septembre 2014

Titre de la thèse
**CONDUITE À TENIR DEVANT
UN ÉPISODE DÉPRESSIF CARACTÉRISÉ CHEZ L'ADULTE
EN MÉDECINE GÉNÉRALE**

DIRECTEUR DE THÈSE :
Monsieur le Docteur Marc RENOUX

JURY :
Monsieur le Professeur Patrick MERCIE, Président
Madame le Professeur Isabelle BOURDEL-MARCHASSON
Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE
Monsieur le Docteur Laurent VALLEJO
Monsieur le Docteur Marc RENOUX

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Patrick MERCIÉ

Je vous remercie infiniment de me faire l'honneur d'accepter de présider cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude pour l'attention que vous portez à ce travail.

A Madame le Professeur Isabelle BOURDEL-MARCHASSON

Je vous suis profondément reconnaissante d'avoir consenti à participer au jury de cette thèse.

A Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE

Je vous remercie vivement d'avoir accepté de juger cette thèse et d'y apporter votre avis de spécialiste expérimenté.

A Monsieur le Docteur Laurent VALLEJO

Je suis honorée que tu aies bien voulu faire partie de ce jury. Je garde un excellent souvenir de ce semestre où tu m'as ouvert les portes de la médecine générale. Puisse ton exemple me guider dans ma pratique future.

A Monsieur le Docteur Marc RENOUX

Je te remercie sincèrement de m'avoir proposé ce sujet de thèse attrayant et d'avoir guidé activement la réalisation de ce travail. J'espère qu'il est digne de tes attentes. Ce fut un plaisir de travailler à tes côtés. Sois assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

.....

A Monsieur le Professeur CONRI

Je vous remercie infiniment du temps précieux que vous avez consacré à juger ce travail en tant que rapporteur et des remarques judicieuses qui ont permis de l'améliorer.

.....

A Amaury, pour ton aide judicieuse et ton soutien inestimable. Merci pour tout.

A ma maman et Philippe, pour le temps précieux et l'attention que vous avez portés à ce travail.

A tous ceux qui m'ont entourée, aidée et amenée à exercer ce métier formidable.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	8
I. INTRODUCTION	9
II. MATÉRIEL ET MÉTHODES	10
A. Base documentaire.....	10
1. Les bases de données.....	10
2. Stratégie de recherche	11
B. Autre matériel	11
1. Livres.....	11
2. Recommandations françaises	11
III. ÉTAT DÉPRESSIF CARACTÉRISÉ	13
A. Définition.....	13
B. Approche neurobiologique.....	17
1. Les régions cérébrales	17
a) <i>Le système limbique</i>	17
b) <i>Le cortex préfrontal</i>	18
2. L'hypothèse monoaminergique de la dépression	18
3. Implication du stress dans la genèse des troubles de l'humeur	19
4. La neuroplasticité	20
5. Génétique et dépression	21
6. Sur la piste de nouveaux marqueurs.....	22
C. Approche psychologique des troubles psychiques	23
1. Le modèle psychanalytique	23
2. Le modèle cognitivo-comportemental.....	24
D. Approche sociologique des troubles psychiques	25
IV. LA DÉPRESSION : CHIFFRES ET ENJEUX	27
A. Etat des lieux et prévalence	27
1. DEPRES.....	27
2. ESPS	28
3. ESEMeD	29
4. SMPG	29
5. Anadep	29
6. Baromètre Santé 2005 et 2010	30
7. Méta analyse	31
B. Impact de la dépression	32
C. Problématique de la prise en charge.....	33
1. Obstacle à la prise en charge côté patient :	33
a) <i>La non reconnaissance des troubles et le non recours au système de soin</i>	33
b) <i>La représentation négative des troubles psychiques</i>	34
c) <i>L'image péjorative des traitements médicamenteux de la dépression</i>	34

2.	Difficultés de la prise en charge côté médecin	34
a)	<i>La difficulté du diagnostic</i>	35
b)	<i>Autres facteurs</i>	35
V.	IDENTIFIER UN ÉPISODE DÉPRESSIF	37
A.	Le dépistage : intérêt et application.....	37
1.	Faut-il dépister ?.....	37
2.	Comment dépister ?	38
3.	Qui dépister ?	39
B.	Les facteurs de risque de la dépression	40
1.	Les facteurs de risque socio-démographiques	40
a)	<i>Le Sexe</i>	40
b)	<i>Le statut matrimonial</i>	41
c)	<i>La situation professionnelle et le niveau social.</i>	41
2.	Antécédents médicaux et personnels	42
a)	<i>Antécédents personnel et familial de dépression</i>	42
b)	<i>Maladies chroniques et douleur chronique</i>	42
c)	<i>Maltraitance : abus sexuel et violence</i>	43
3.	Comorbidités	43
4.	Évènements de vie stressants	45
C.	Les patients suspects.....	46
D.	Faire le diagnostic.....	47
1.	Éliminer les causes organiques.....	47
a)	<i>Diagnostics différentiels</i>	47
b)	<i>Anamnèse</i>	47
c)	<i>Examen clinique</i>	49
d)	<i>Examens paracliniques</i>	50
2.	Outils diagnostiques	51
3.	Cas particulier de la personne âgée	53
a)	<i>Forme clinique de la dépression</i>	53
b)	<i>Dépression ou syndrome démentiel débutant</i>	54
VI.	ÉVALUATION DU RISQUE SUICIDAIRE	56
A.	Le suicide : état des lieux.....	56
1.	Les données épidémiologiques	56
a)	<i>Dans le monde</i>	56
b)	<i>En France</i>	56
2.	De l'idée suicidaire à la tentative de suicide	57
a)	<i>Idées suicidaires</i>	57
b)	<i>Tentatives de suicide</i>	58
3.	Effet Werther et contagion suicidaire	59
4.	Prévention du suicide.....	60
B.	Suicide et troubles mentaux.....	61
C.	Reconnaître la crise suicidaire.....	61

1.	Crise suicidaire : définition	61
2.	Comment la repérer ?	62
3.	Facteurs de risque suicidaire	63
a)	<i>Facteurs biographiques</i>	63
b)	<i>Les facteurs psychopathologiques</i>	65
4.	Facteurs de protection	67
D.	Évaluation de la dangerosité	67
1.	Aborder la question du suicide	67
2.	Urgence élevée : que faire ?	69
3.	Conduite à tenir en cas d'urgence faible ou modérée	69
E.	Outils d'évaluation du risque suicidaire	70
VII.	GRANDS CADRES ÉTIOLOGIQUES	72
A.	Trouble unipolaire	72
1.	Trouble dépressif majeur	72
2.	Le trouble dépressif persistant	74
3.	Autres troubles dépressifs	74
B.	Troubles bipolaires	74
C.	Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale ou à une substance	76
D.	Autres diagnostics psychiatriques	76
a)	<i>Les troubles de l'adaptation</i>	76
VIII.	LES TRAITEMENTS DE LA DÉPRESSION	77
A.	Moyens thérapeutiques	77
1.	Les antidépresseurs	77
2.	Les psychothérapies	78
a)	<i>Les thérapies cognitivo-comportementales</i>	79
b)	<i>Les psychothérapies interpersonnelles</i>	79
c)	<i>Les psychothérapies psychodynamiques</i>	79
d)	<i>La thérapie de résolution de problème</i>	80
e)	<i>La thérapie de soutien</i>	80
f)	<i>La psychanalyse</i>	81
g)	<i>Comparaison de l'efficacité des différentes psychothérapies</i>	81
3.	L'électroconvulsivothérapie	81
B.	État actuel de l'utilisation des traitements en France	82
1.	Consommation des psychotropes en France	82
2.	Mésusage des psychotropes	82
3.	Déséquilibre de la balance médicament versus psychothérapie	83
4.	Frein à l'utilisation des psychothérapies	84
IX.	STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE EN AMBULATOIRE	85
A.	Intégrer le patient au projet de soins	85
1.	Information du patient	85
2.	La relation médecin-patient	86

B.	Mesures générales	86
C.	Quel traitement utiliser ?	86
1.	En fonction de la sévérité de l'épisode	87
a)	<i>En cas d'épisode dépressif léger</i>	87
b)	<i>En cas d'épisode dépressif modéré</i>	87
c)	<i>En cas d'épisode dépressif sévère</i>	87
d)	<i>Remise en question actuelle de l'efficacité des antidépresseurs</i>	88
2.	En fonction de l'efficacité	88
3.	Les associations médicamenteuses	90
4.	En cas d'addictions associées	90
D.	Modalités du traitement	91
1.	Durée	91
2.	Suivi	91
3.	Avis spécialisé	92
4.	Hospitalisation	93
E.	Critères de choix de l'antidépresseur	93
X.	DISCUSSION	95
A.	Savoir évoquer un épisode dépressif caractérisé	95
1.	Les éléments suggérant une dépression	95
2.	Quid du dépistage ?	96
B.	Éliminer les étiologies organiques	98
C.	Savoir éliminer les autres diagnostics psychiatriques	100
1.	Addictions et troubles de l'humeur liées à une substance	100
2.	Autres diagnostics psychiatriques	101
D.	Affirmer le diagnostic de dépression	104
E.	Évaluer le risque suicidaire	105
1.	Le risque suicidaire	105
2.	L'urgence de la menace	106
3.	La dangerosité du scénario suicidaire	106
F.	Prise en charge thérapeutique de l'épisode dépressif	108
1.	Mesures générales	108
2.	Traitement spécifique	108
G.	Organiser le suivi	110
XI.	ARBRES DÉCISIONNELS	112
XII.	LIMITES DU TRAVAIL	116
XIII.	CONCLUSION	117
	LISTE DES TABLEAUX	118
	LISTE DES FIGURES	118
	BIBLIOGRAPHIE	119
	ANNEXES	133

SERMENT D'HIPPOCRATE.....	144
RÉSUMÉ.....	145

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, remplacé depuis le 1er mai 2012 par l'ANSM.

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, regroupée au sein de l'HAS le 13 août 2004.

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament.

APA : American Psychiatric Association

AVCI : Année de Vie Corrigée du facteur d'Invalidité

BDNF : Brain-derived neurotrophic factor

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies, 10^{ème} révision.

CMP : Centre médico-psychologique

CREDES : Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé

CRP : Protéine C Réactive

DEPRES : Depression Research in European Society

Drees : Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques

DSM-V : Diagnostic and Statistical Manual V^{ème} révision

EDC : Episode dépressif caractérisé

ESEMeD : European Study of Mental Disorder

ESPS : Enquête Santé et Protection sociale

HAS : Haute Autorité de Santé

ICSI : Institute for Clinical Systems Improvement

IMAO : Inhibiteurs de la Mono-Amine Oxydase

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

IRSNA : Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline

ISRS : Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine

MMSE : Mini Mental Status Examination

NICE : National Institute for Health and Clinical Excellence

OMS : Organisation mondiale de la Santé

PI : Psychothérapie interpersonnelle

SMPG : Santé Mentale en Population Générale

TCC : Thérapies cognitivo-comportementales

TS : Tentative de suicide

TSH : Thyroïde Stimulating Hormone

USPSTF : United States Preventive Service Task Force

WFSBP : World Federation of Societies of Biological Psychiatry

I. INTRODUCTION

La bonne santé mentale est un état de bien être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté (1).

Il s'agit là d'une définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui estime, en 2006, que sur les 800 millions d'Européens, 100 millions souffrent d'anxiété et de dépression. La dépression à elle seule, serait la troisième charge de morbidité en Europe, constituant actuellement un problème préoccupant de santé publique, avec des conséquences économiques et sociales considérables (2). Le plus fréquemment, cet état dépressif est « noyé » dans un tableau polymorphe et polypathologique, et le patient dépressif s'adressera en premier lieu à son médecin généraliste. C'est donc souvent à ce dernier d'identifier ces patients, de les prendre en charge et d'organiser leur suivi. Deux pièges sont alors à éviter : faire le diagnostic de dépression par excès et, le cas contraire, passer à côté d'une dépression avérée. D'où l'intérêt de savoir reconnaître un véritable épisode dépressif et de savoir éliminer une étiologie organique.

D'autre part, le suicide est l'une des conséquences les plus tragiques des problèmes de santé mentale et la dépression reste un des premiers facteurs de risque de suicide. A une époque où l'on déplore plus de 10 000 cas de suicides par an en France, le dépistage du risque suicidaire chez les patients dépressifs devient primordial pour les médecins de soins primaires (3).

Le suicide est rare, la dépression fréquente, la souffrance quotidienne. Or, comme pour les maladies somatiques, c'est dans les stades précoces que le patient a le plus de chance de guérir. Le médecin généraliste doit pouvoir repérer et diagnostiquer rapidement la dépression pour adopter la prise en charge la plus adaptée pour son patient et cela, en quelques consultations.

A travers cette thèse, nous souhaitons utiliser les données recueillies afin d'apporter une aide aux médecins généralistes dans la prise en charge de l'épisode dépressif pour améliorer le repérage, le diagnostic, l'évaluation du risque suicidaire et la prise en charge thérapeutique initiale. Le travail effectué permettra la réalisation d'organigrammes décisionnels orientant, en l'espace de trois consultations, la démarche diagnostique et thérapeutique.

Cet intérêt porté à la dépression est d'actualité : la Haute Autorité de Santé (HAS) vient de publier en mai 2014 une note de cadrage visant à présenter le projet d'actualisation des Recommandations de bonne pratique « Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire » publiées par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES-devenue la HAS) en 2002 (4).

II. MATÉRIEL ET MÉTHODES

Ce travail est fondé sur une revue de la bibliographie existante, permettant de compiler les données sur l'épisode dépressif chez l'adulte. Cet intérêt pour la dépression est né de la confrontation quotidienne du médecin généraliste avec la pathologie psychiatrique.

L'élaboration et la réflexion nécessaire à la réalisation de ce travail s'inspirent du principe de l'*Evidence-Based Medicine* (EBM) ou Médecine fondée sur les faits. L'EBM répond à la nécessité de prendre les « bonnes » décisions, qu'elles soient diagnostiques, thérapeutiques ou préventives, éclairées par les meilleures données en la matière.

L'EBM combine trois éléments : les preuves (les données de la recherche), la connaissance du médecin (l'expérience clinique) et le choix du patient (ses préférences). La décision médicale est prise en intégrant ces trois paramètres. Aujourd'hui, l'EBM ne concerne plus seulement l'apprentissage de la médecine, mais se concentre également sur la pratique de la médecine grâce à l'évaluation des pratiques médicales et de la qualité des soins.

Deux raisons principales ont conduit à l'intérêt croissant porté à l'EBM et à son développement :

- Le progrès de la recherche médicale et ses retombées, naturellement associés à la prolifération de la littérature médicale, faisant qu'il est très difficile pour un médecin de se tenir informé de l'évolution des connaissances et de l'état de l'art.
- La recherche d'une meilleure qualité de soins. Il existe des écarts importants de pratiques cliniques pour des problèmes médicaux similaires dans des populations semblables, ce qui conduit à s'interroger sur les raisons de ces écarts pour éviter une application aléatoire de la médecine.

La dépression chez l'enfant et l'adolescent, ainsi que les troubles dépressifs survenant en post-partum n'ont pas été abordés dans cette thèse. En effet, ce sont des cas particuliers dont la prise en charge diagnostique et thérapeutique est spécifique.

A. Base documentaire

1. Les bases de données

MEDLINE (de l'anglais *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*) est une base de données bibliographiques regroupant la littérature relative aux sciences biologiques et biomédicales. Sa couverture est essentiellement anglo-saxonne.

PubMed est un moteur de recherche gratuit donnant accès à la base de données bibliographique MEDLINE.

La **Bibliothèque Cochrane** comporte six bases de données accessibles en ligne. Parmi elles, figure la **Cochrane Database of Systematic Reviews** qui rassemble des revues systématiques obtenues de différentes sources puis analysées et régulièrement remises à jour par les membres de la *Cochrane Collaboration*.

Docdocpro est un site donnant accès aux articles en texte intégral de revues médicales françaises (Revue du praticien, Revue du praticien Médecine Générale, Concours médical, Panorama du médecin).

2. Stratégie de recherche

Chaque partie de cet ouvrage a fait l'objet d'une recherche particulière dans les bases de données citées ci-dessus avec des mots clés spécifiques associés aux mots clés initiaux : *Depression* OU *Depressive disorder*.

La stratégie de recherche a porté sur :

- Les recommandations pour la pratique clinique, les conférences de consensus, les revues de littérature et méta-analyses.

Les mots clés spécifiques utilisés ont été : *Guideline* OU *Practice guideline* OU *Consensus development Conferences* OU *Meta-analysis* OU *Review literature*.

- Les essais contrôlés randomisés.

Les mots clés initiaux ont été associés à *Therapy* OU *Drug therapy* et à *Randomized controlled trial* OU *Controlled clinical trial*.

- Les données épidémiologiques françaises

Les mots clés principaux ont été combinés avec les suivants : *Epidemiology* OU *Prevalence*.

- Le suicide

A été rajouté le mot clé *Suicid*.

- Le dépistage et ses outils

Les mots clés suivants ont été intégrés : *Screening* OU *Screening test*.

B. Autre matériel

1. Livres

Différents ouvrages ont contribué à l'élaboration de ce travail en fournissant des éléments de base essentiels.

- *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition*, text revision. DSM-IV
- *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition*, nouvelle version disponible depuis mai 2013, qui apporte quelques modifications dans la catégorie des troubles dépressifs.
- CIM-10 Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement.

2. Recommandations françaises

Il existe des recommandations pour la pratique clinique et des conférences de consensus, publiées par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) et l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), qui ont permis une aide dans la réalisation de cette thèse, notamment pour la prise en charge thérapeutique. La recommandation de l'ANAES insiste sur l'aspect thérapeutique mais développe peu le travail à faire en amont. Les différentes étapes initiales de la prise en charge d'un épisode dépressif chez l'adulte sont seulement citées.

Les principales recommandations utilisées sont :

- Recommandation pour la pratique clinique de l'ANAES : « Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire », de mai 2002.
- Conférence de consensus de l'ANAES : « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge », datant d'octobre 2000.
- Recommandation de l'AFSSAPS : « Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte », d'octobre 2006.

L'HAS a publié récemment une note de cadrage annonçant l'actualisation de sa Recommandation de bonne pratique sur la prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé de l'adulte en premiers recours, dont la publication est prévue pour mars 2015.

Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations sont classées en grade A, B, ou C :

- Le grade A s'applique à une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve, par exemple essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur et/ou méta-analyse d'essais contrôlés randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées.
- Le grade B correspond à une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve, par exemple essais comparatifs randomisés de faible puissance, études comparatives non randomisées bien menées, études de cohorte.
- Le grade C est fondé sur des études de moindre niveau de preuve, par exemple études cas-témoins, séries de cas.

En l'absence d'études, les recommandations correspondent à un accord professionnel exprimé au sein du groupe de travail et du groupe de lecture.

III. ÉTAT DÉPRESSIF CARACTÉRISÉ

A. Définition

Il existe à l'heure actuelle deux classifications des troubles mentaux reconnues par les experts internationaux : la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies, 10^{ème} révision) et le DSM-V.

À l'origine, la CIM-10 était une « classification des causes de décès ». La révision en a été confiée à l'OMS en 1945, qui a introduit la morbidité en 1948 pour en faire « une classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès ».

Le DSM a été créé en 1952 par l'APA (*American Psychiatric Association*). Il ne porte que sur les maladies mentales, et non sur l'ensemble des maladies. La classification est régulièrement révisée, comme pour la CIM, avec actuellement le DSM-V, disponible depuis mai 2013.

L'équivalent de l' « épisode dépressif » de la CIM-10 est l' « épisode dépressif caractérisé » dans le DSM-V. Le terme « majeur » est souvent utilisé à la place de « caractérisé », mais il est plus ambigu. En effet, le terme « majeur » introduit une ambivalence avec « sévère ». Or un épisode dépressif caractérisé peut être plus ou moins sévère. Par ailleurs, le terme « caractérisé » signifie que les symptômes sont assez prononcés et assez durables pour que l'état de la personne soit considéré comme pathologique.

Nous utiliserons dans cette thèse le terme de « Episode dépressif caractérisé » ou EDC.

L'épisode dépressif de la CIM-10 et l'EDC du DSM-V sont repérés à partir des mêmes symptômes, aux différences de formulation près (5,6). Ces symptômes sont :

- l'humeur dépressive (ou tristesse) : la tristesse d'une personne déprimée est une vraie douleur morale qui engendre une profonde souffrance. Elle imprègne la perception du présent, mais aussi du passé et du futur. Cette tristesse envahit tous les champs de la vie mentale et est peu accessible au raisonnement ou au réconfort. Dans certains cas, le patient nie cette tristesse mais elle peut être déduite à partir de l'expression faciale et du comportement (pleurs).
- la perte d'intérêt (ou anhédonie) : cette tristesse engendre une incapacité à éprouver du plaisir ou de l'intérêt dans les choses qui, avant, en procuraient. Le patient présente une anesthésie affective, une perte d'initiative, une absence d'envie. L'entourage remarque souvent un retrait social ou une désaffection pour des distractions agréables.
- la perte d'énergie (ou asthénie) : souvent, le patient se plaint d'une fatigue ou fatigabilité importante, sans rapport avec un effort physique, typiquement matinale et s'atténuant paradoxalement au cours de la journée. Les tâches les plus simples exigent un effort considérable.
- la culpabilité inappropriée : on assiste à une modification du contenu des pensées : autodépréciation, culpabilité, perte de l'estime de soi. Le patient interprète à tort des événements neutres comme la preuve d'une déficience personnelle et éprouve un sentiment exagéré de responsabilité par rapport à des événements fâcheux.
- La baisse de l'estime de soi : avec un sentiment d'infériorité ;
- les difficultés de concentration : l'état dépressif s'accompagne souvent de troubles cognitifs qui se manifestent lorsqu'un effort d'attention est nécessaire. Le jugement et le raisonnement sont imprégnés par la tristesse, l'anxiété et le pessimisme. Le tout menant à une indécision et une perplexité.
- les pensées morbides : le patient décrit un désir de mort plus ou moins intense, et plus ou moins durable, qui fait toute la gravité du pronostic de la dépression.

- le ralentissement ou l'agitation psychomotrice : le déprimé perçoit cette paralysie de la pensée et de l'action : il se sent fatigué, il a le sentiment que tout est effort. La présentation du patient reflète ce ralentissement qui se traduit par l'appauvrissement des gestes et de la mimique. La démarche est lente et fastidieuse. Le patient reste le plus souvent prostré au fond de son lit (clinophilie) et se plaint d'une grande lassitude. Ce ralentissement se retrouve aussi au niveau sexuel avec une baisse de la libido. Cependant, certains patients ne présentent pas de ralentissement et au contraire, ont une tristesse de l'humeur associée à une légère agitation fébrile et anxieuse. Ce type de dépression est plus marqué sur le plan cognitif par une impression de cerveau sans repos que par un ralentissement.

- les troubles du sommeil : le trouble du sommeil le plus fréquemment associé à l'EDC est l'insomnie. C'est souvent la raison de la demande de soins. Le patient décrit une insomnie du milieu de la nuit (réveils nocturnes avec cauchemars et difficultés pour se rendormir), ou une insomnie du matin (réveils précoces et impossibilité de se rendormir) d'ordinaire associée à des idées suicidaires plus prégnantes. L'hypersomnie est une autre forme de trouble du sommeil : le patient trouve refuge dans un sommeil qui a perdu sa valeur réparatrice d'où la sensation de fatigue dès le réveil.

- les troubles de l'appétit : le patient rapporte habituellement une anorexie, une impression d'être obligé de se forcer pour manger ou une sensation d'oppression dans la gorge gênant l'alimentation.

Dans le DSM-V et la CIM-10, ces symptômes doivent persister au moins deux semaines, être présents quasiment tous les jours et durer presque toute la journée.

À partir de ces symptômes, les deux classifications procèdent selon un algorithme pour émettre le diagnostic de l'épisode dépressif. Une première condition porte sur le « filtre » : nombre de symptômes parmi les deux ou trois dits principaux, à savoir tristesse, anhédonie et perte d'énergie. Une seconde condition porte sur le nombre total de symptômes.

Le filtre est plus restrictif dans la CIM 10 : il faut avoir au moins deux des trois premiers symptômes. Dans le DSM-V, il suffit d'avoir au moins un symptôme parmi les deux premiers (tristesse et anhédonie).

En revanche, le nombre de symptômes total requis pour le diagnostic de l'épisode dépressif est plus sélectif dans le DSM-V : il faut en avoir 5 dans une liste de 9, contre 4 dans une liste de 10 dans la CIM-10.

Un affinement est ensuite nécessaire pour qualifier le stade de sévérité de l'EDC. Ces différents stades sont rappelés dans la recommandation de 2002 sur *La prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire* (7) rédigée par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES).

Selon l'intensité et la sévérité des symptômes, le DSM qualifie l'épisode dépressif de :

- « léger » lorsqu'il y a peu ou pas de symptômes supplémentaires par rapport au nombre minimum nécessaire pour répondre au diagnostic (au plus 5 ou 6 symptômes). L'altération des activités professionnelles, des activités sociales courantes, ou des relations avec les autres est seulement mineure ou normale mais au prix d'efforts importants ou inhabituels.

- « sévère sans caractéristiques psychotiques » lorsque plusieurs symptômes supplémentaires par rapport au nombre nécessaire pour répondre au diagnostic sont présents, et que les symptômes perturbent nettement les activités professionnelles, les activités sociales courantes ou les relations avec les autres.

- « sévère avec caractéristiques psychotiques » lorsque s'ajoutent aux symptômes typiques de l'épisode dépressif sévère des idées délirantes ou des hallucinations, concordant ou non avec le

trouble de l'humeur. Le plus fréquemment le contenu des idées délirantes et des hallucinations correspond à l'humeur basse de la dépression à travers des thèmes de culpabilité, de ruine, de punition méritée.

- « modéré » lorsque les symptômes et altérations des activités professionnelles, des activités sociales courantes, ou des relations avec les autres sont comprises entre ces deux extrêmes. Pour la CIM-10, le seuil pour l'épisode léger est de 4 symptômes sur 10, de 6 symptômes sur 10 pour l'épisode moyen et de 8 symptômes sur 10 pour l'épisode sévère.

Tableau 1 : Critères diagnostiques d'un épisode dépressif selon la CIM-10 (d'après Boyer, 1999).

A. Critères généraux (obligatoires)	
G1.	L'épisode dépressif doit persister au moins deux semaines.
G2.	Absence de symptômes hypomaniaques ou maniaques répondant aux critères d'un épisode maniaque ou hypomaniaque à un moment quelconque de la vie du sujet.
G3.	Critères d'exclusion les plus couramment utilisés: l'épisode n'est pas imputable à l'utilisation d'une substance psychoactive ou à un trouble mental organique.
B. Présence d'au moins deux des trois symptômes suivants :	
• Humeur dépressive à un degré nettement anormal pour le sujet, présente pratiquement toute la journée et presque tous les jours, dans une large mesure non influencée par les circonstances, et persistant pendant au moins 2 semaines. • Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour des activités habituellement agréables. • Réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité.	
C. Présence d'au moins un des sept symptômes suivants, pour atteindre un total d'au moins quatre symptômes :	
• Perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi. • Sentiments injustifiés de culpabilité excessive ou inappropriée. • Pensées de mort ou idées suicidaires récurrentes, ou comportement suicidaire de n'importe quel type. • Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer (signalée par le sujet ou observée par les autres), se manifestant, par exemple, par une indécision ou des hésitations. • Modification de l'activité psychomotrice, caractérisée par une agitation ou un ralentissement (signalés ou observés). • Perturbations du sommeil de n'importe quel type. • Modification de l'appétit (diminution ou augmentation) avec variation pondérale correspondante.	

Tableau 2 : Critères diagnostiques d'un épisode dépressif majeur selon le DSM-V.

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; Au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.
1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (ex. pleurs).
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 (ex. modification du poids corporel en un mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
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 traduisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.
C. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (ex. une substance donnant lieu à abus, un médicament), ou d'une affection médicale générale (ex. hypothyroïdie).

Le DSM-V, cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, introduit plusieurs changements en ce qui concerne les troubles dépressifs.

Les symptômes centraux du diagnostic de dépression caractérisée ainsi que la durée d'au moins deux semaines demeurent inchangés. Sont donc maintenus le critère A et le critère d'une détresse clinique ou d'une perturbation du fonctionnement (critère C devenu B).

À la différence du DSM-IV, la coexistence, dans un EDC, d'au moins trois symptômes de manie (insuffisants pour satisfaire les critères d'un épisode maniaque) est maintenant reconnue par le spécificateur "avec des caractéristiques mixtes". Le critère B du DSM-IV excluait le diagnostic de dépression caractérisée en présence de ces symptômes de manie.

Autre changement : dans le DSM-IV, le diagnostic de dépression caractérisée ne peut être posé en cas de symptômes dépressifs qui durent depuis moins de deux mois suivant la perte d'un être cher (l'exclusion du deuil). La suppression de cette exclusion du deuil, qui est très controversée, a plusieurs raisons, explique l'APA:

- l'implication que le deuil dure généralement seulement deux mois est inappropriée (il durerait plus souvent entre un et deux ans);
- le deuil est un stressor psychosocial sévère qui peut précipiter un épisode dépressif majeur, lequel augmente le risque de *deuil complexe persistant*;
- la dépression liée au deuil survient plus fréquemment chez des personnes ayant des facteurs de risque de la dépression;
- enfin, les symptômes dépressifs associés à la dépression liée à un deuil répondraient aux mêmes traitements psychosociaux et médicamenteux que ceux de la dépression non liée aux deuils.

B. Approche neurobiologique

Les troubles de l'humeur sont sujets à de nombreuses investigations neurobiologiques.

Les progrès récents avec les modèles animaux ainsi que la neuro-imagerie fonctionnelle (PETscan ou IRM fonctionnelle) ont apporté de nouvelles données permettant de mieux appréhender les zones cérébrales ainsi que les neurotransmetteurs impliqués dans la dépression.

1. Les régions cérébrales

Les troubles de l'humeur reflètent des dysfonctionnements simultanés de plusieurs régions cérébrales.

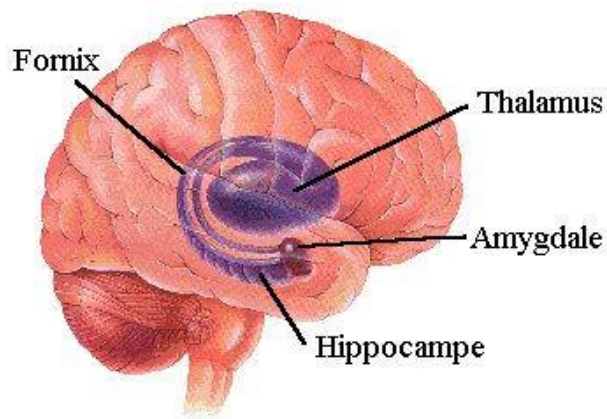
Les patients présentant un EDC font l'expérience d'un mélange d'états émotionnels négatifs tels que la tristesse, l'irritabilité, la colère, l'anxiété. Le système limbique, considéré comme le substrat anatomique de l'expression de l'émotion, semble donc impliqué dans la genèse de ces symptômes (8).

Néanmoins la dépression n'est pas simplement un désordre émotionnel. Les patients déprimés ont aussi davantage de pensées pessimistes et ils s'attendent à des difficultés, à de mauvais résultats, même dans les circonstances banales de la vie. Lorsque le système limbique des patients déprimés envoie un signal de tristesse, ses connexions à d'autres systèmes neuronaux, siégeant dans les aires corticales associatives préfrontales, conduisent à des jugements de valeur négatifs sur les souvenirs, les perceptions, les projets et les interactions sociales du patient.

Les difficultés de concentration et les troubles de la mémoire suggèrent des anomalies du fonctionnement de l'hippocampe. Les modifications de l'appétit et la perte de libido sont liées à l'hypothalamus, qui n'est autre que la structure effectrice principale du système limbique.

Le cortex préfrontal semble également impliqué dans la dépression.

Figure 1 : Le système limbique



a) Le système limbique

Il regroupe tout un ensemble de structures dont l'hippocampe, l'amygdale et l'hypothalamus qui nous intéressent dans le cadre de la dépression.

Le système limbique est à l'origine de l'expression des émotions. Les émotions témoignent d'une réaction affective qui correspond à la valeur que nous attachons à nos perceptions et interactions avec l'environnement, à nos souvenirs. Elles fournissent la base de la motivation.

L'hippocampe est surtout connu pour son rôle dans l'apprentissage et la mémoire, en particulier dans la consolidation de la mémoire à court terme en mémoire explicite à long terme. Il est également impliqué dans la modulation des réponses émotionnelles.

Cette structure a été étudiée de manière approfondie chez les patients déprimés pour lesquels il apparaît un déficit de ces fonctions d'apprentissage et de mémorisation de l'hippocampe. De récents résultats montrent une réduction volumétrique de l'hippocampe chez les sujets déprimés et, particulièrement, chez les déprimés de longue date. L'ancienneté de la pathologie dépressive semble jouer un rôle critique dans la réduction du volume de l'hippocampe (9). Cette atrophie hippocampique participe aux troubles de la mémoire émotionnelle des déprimés.

L'amygdale est impliquée dans la détermination de la motivation et dans le fonctionnement émotionnel (10). La neuro-imagerie fonctionnelle a mis en évidence une hyperactivité de l'amygdale apparaissant au cours de troubles dépressifs. Cette hyperactivité est corrélée positivement à la sévérité (11).

L'hypothalamus joue un rôle crucial dans le maintien de l'équilibre du milieu intérieur de l'organisme, l'homéostasie, qui assure notre survie, à travers le contrôle de l'activité du système nerveux végétatif.

b) Le cortex préfrontal

Le cortex préfrontal, partie antérieure du lobe frontal, est le siège de différentes fonctions cognitives. Plusieurs études post mortem ont montré une réduction de la densité neuronale et de l'épaisseur du cortex préfrontal chez les déprimés (12).

Une des régions du cortex préfrontal les plus affectées dans la dépression est le cortex ventromédian. Cette région située en profondeur des lobes frontaux, de chaque côté de la ligne centrale séparant les deux hémisphères, nous permet de passer d'un affect à un autre, tout en étant très impliquée dans le sentiment de plaisir et de renforcement positif. Cette partie du cerveau apparaît comme hypoactive chez les patients dépressifs.

Ces régions cérébrales sont liées entre elles et s'adressent réciproquement des informations via des neurotransmetteurs. Certains de ces neurotransmetteurs sont particulièrement impliqués dans la physiopathologie de la dépression.

2. L'hypothèse monoaminergique de la dépression

Dans les années 1960, il a été proposé une théorie selon laquelle les systèmes monoaminergiques diffus du cerveau joueraient un rôle dans la dépression (13). Les monoamines regroupent les catécholamines, avec notamment la noradrénaline et la dopamine, et les tryptamines dont fait partie la sérotonine.

Les premières hypothèses sont apparues avec la réserpine, un médicament utilisé pour traiter l'hypertension artérielle, qui s'est révélée être à l'origine d'états dépressifs chez environ 20% des patients traités. Or la réserpine est connue pour provoquer une forte déplétion en catécholamines et

en sérotonine au niveau des neurones centraux, en interférant avec le chargement des vésicules synaptiques en neurotransmetteurs.

Puis il a été remarqué que des médicaments, administrés pour traiter la tuberculose, entraînaient des améliorations de l'humeur. Ces substances avaient des propriétés inhibant l'activité d'une enzyme appelée monoamine oxydase, dont la fonction est de dégrader les catécholamines et la sérotonine.

C'est à partir de ces différentes observations qu'est née l'hypothèse de la corrélation entre l'humeur et le niveau d'activité synaptique des neurotransmetteurs. La dépression serait liée à une déficience de la transmission synaptique de l'un ou l'autre de ces neurotransmetteurs.

La sérotonine module diverses fonctions biologiques comme le comportement alimentaire et sexuel, l'endormissement et l'apprentissage. Il existe de nombreuses conclusions soutenant l'influence du système sérotoninergique dans la physiopathologie de la dépression. Par exemple, la possibilité d'induire une symptomatologie dépressive par des techniques diminuant la concentration en L-tryptophane, précurseur de la sérotonine. Son implication est également étayée par le mode d'action de nombreux antidépresseurs qui visent à stimuler l'activité sérotoninergique.

La dérégulation du système noradrénergique est à l'origine de certains des principaux symptômes de la dépression, tels que le déficit de l'attention, les troubles de la concentration et de la mémoire. La noradrénaline est associée au fonctionnement du système d'alarme de l'organisme et à la coordination de la réponse au stress. Le dysfonctionnement du système noradrénergique associe à la fois une fréquence de décharge accrue et une diminution de la décharge noradrénergique. Cela produit une altération de la sensibilité des récepteurs, entraînant une modulation noradrénergique ineffective en postsynaptique.

Les transmissions dopaminergiques participent à de nombreuses fonctions biologiques : thermorégulation, satiété, thymie, éveil, attention, cognition, mémoire et motricité. Plusieurs travaux cliniques montrent que les patients déprimés présentent une diminution de la concentration cérébro-spinale en acide homovanillique, le principal métabolite de la dopamine dans le système nerveux central.

La dépression serait donc liée à des modifications de concentration, et donc d'action de ces différents neurotransmetteurs. La pensée actuelle est que l'équilibre de toute la gamme de neurotransmetteurs est plus important que le niveau absolu de n'importe lequel d'entre eux.

Cette hypothèse monoaminergique ne peut cependant pas à elle seule expliquer la dépression. Effectivement, il existe un délai de plusieurs semaines entre l'administration d'un médicament inhibiteur de la recapture de la sérotonine et les effets antidépresseurs alors que l'effet du médicament au niveau synaptique est immédiat.

Même si l'implication de ces neurotransmetteurs dans la physiopathologie de la dépression ne fait plus de doute, l'existence d'autres systèmes interconnectés semble nécessaire pour expliquer toutes les observations cliniques.

3. Implication du stress dans la genèse des troubles de l'humeur

L'observation peut-être la moins controversée concernant la biologie de la dépression est l'hyperactivité de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HHS), élément fondamental du système endocrinien de réponse au stress (14).

Le stress entraîne une activation de l'hypothalamus qui sécrète alors l'hormone CRH (corticotropin-releasing hormone). Cette hormone amène à son tour l'hypophyse à produire l'hormone ACTH

(adrénocorticotropine hormone) qui circule dans le système sanguin et atteint les glandes surrénales où elle provoque le relâchement de cortisol. L'excès de cortisol active les récepteurs hippocampiques pour réduire l'activité de l'axe HHS, formant une boucle de rétroaction négative.

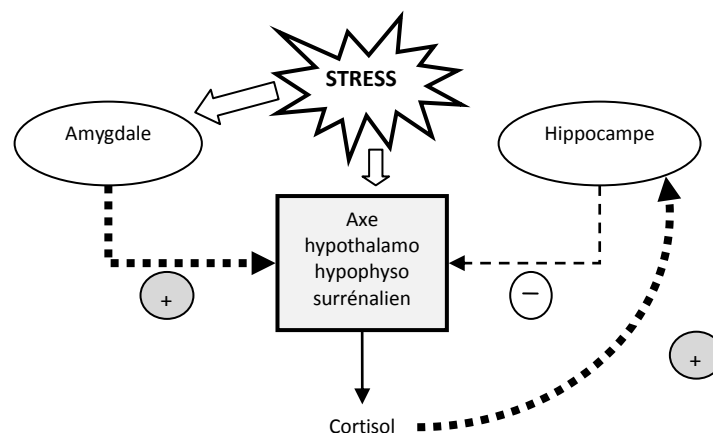
D'autre part, l'exposition à un stress active également l'amygdale, qui stimule l'axe HHS afin que se mette en place un comportement de défense, combat ou fuite.

Au total, lorsque quelqu'un subit un événement stressant, son taux de glucocorticoïdes sanguin augmente. Quand le danger est écarté, la boucle de rétroaction permet un retour à la normale du taux de cortisol. Mais en cas de prolongation de la situation de stress, l'amygdale continue à stimuler l'axe HHS ; le taux élevé de cortisol finit par affecter la fonction hippocampique. Soumis à une pression continue, ce dernier ne parvient plus à faire face et la boucle de rétroaction ne fonctionne plus.

Des expériences ont montré que le stress chronique et/ou un haut taux de glucocorticoïdes chez le rat, altère également certains récepteurs sérotoninergiques. Ces mêmes changements sont observés chez des personnes victimes de maladies provoquant une hypersécrétion de glucocorticoïdes.

Autre exemple : chez les gens atteints du syndrome de Cushing, une maladie où un excès de cortisol est produit, on retrouve une incidence élevée de dépression. Cette dépression cesse lorsque leur taux de cortisol se normalise avec les traitements.

Figure 2 : Régulation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien par l'hippocampe et l'amygdale (8)



De nouvelles recherches chez les animaux, révèlent que la surexposition à long terme aux hormones de stress rend l'organisme incapable de développer de nouveaux neurones. Le stress, déjà pourvoyeur de dépression, a donc également une action sur la plasticité neuronale.

4. La neuroplasticité

Des efforts importants ont été fournis pour tenter d'élucider les mécanismes impliqués dans le remodelage de la cytoarchitecture du cerveau lors d'une dépression.

Ainsi, une grande partie des hypothèses actuelles de la dépression se fondent sur ce que l'on appelle la « plasticité neuronale » qui désigne la capacité de remodelage du système nerveux impliquant une modification fonctionnelle de celui-ci. Ces remaniements structurels sont alors le support d'une réor-

ganisation de réseaux neuronaux et synaptiques permettant aux cellules cérébrales de s'adapter aux changements endogènes et exogènes de l'organisme.

Le stress pathologique et la dépression sont associés à une perte des épines dendritiques, une atrophie dendritique, une perte de synapses ainsi qu'à la diminution des cellules gliales (à la fois en nombre et en taille) dans l'hippocampe et le cortex préfrontal. Par conséquent, l'hippocampe, le cortex préfrontal et les structures connectées en aval présentent une altération, non seulement structurelle, mais également fonctionnelle. Le stress pathologique est également associé à une augmentation de l'arborisation dendritique et à la formation de nouvelles synapses dans l'amygdale, entraînant une augmentation du volume et un fonctionnement anormal de celle-ci.

Ces changements neuropathologiques expliquent la plupart des signes cliniques de la dépression tels que l'anhédonie, la perte de motivation, l'anxiété, la peur.

L'équipe de McEwen a mené une série d'études au sujet des effets du stress sur la morphologie des cellules pyramidales de la Corne d'Ammon (CA), structure de l'hippocampe (15).

Un stress chronique ou l'administration prolongée de corticoïdes réduit le nombre et la longueur des branches des arborisations dendritiques apicales des cellules pyramidales de la CA. En fait il ne s'agit pas d'une authentique atrophie mais d'un "remodelage des dendrites" puisque ces anomalies morphologiques disparaissent progressivement après l'arrêt des manipulations inductrices du stress.

Les expériences révèlent également que de très fortes doses de glucocorticoïdes peuvent suffire à induire la mort de ces cellules hippocampiques, qui, comme nous l'avons vu précédemment, ne peuvent plus assurer leur rôle de rétroaction négative sur l'axe HHS.

Nos connaissances actuelles ne permettent pas de conclure si neuroplasticité et neurogenèse représentent la cause ou le résultat de processus neuropathologiques liés à la dépression. De nouvelles recherches seront à réaliser pour améliorer nos connaissances dans ce domaine...

5. Génétique et dépression

Des données épidémiologiques ont soulevé la question de l'implication de la génétique dans la dépression. En effet, les personnes dont les parents proches ont souffert d'une dépression ont 15% de risque d'en développer une aussi, alors que chez les personnes dont les parents proches ne sont pas dépressifs, les risques sont seulement de 2 à 3%. Des enfants nés de parents ayant des antécédents de dépression mais adoptés par des parents ne souffrant pas de cette maladie, risquent malgré tout de faire une dépression dans 15% des cas. Chez les jumeaux identiques, la probabilité pour un des jumeaux de vivre une dépression si l'autre en a vécu une, atteint 70%.

Les facteurs de vulnérabilité génétique participent à l'apparition d'épisodes dépressifs mais aussi à leurs formes cliniques. En effet, les dépressions des sujets ayant des antécédents familiaux sont statistiquement plus précoces, plus graves, avec un risque de récurrence plus élevé. De plus, les antécédents familiaux de troubles de l'humeur n'augmentent pas uniquement le risque de dépression, mais pourraient augmenter le risque de tout un ensemble de troubles psychiatriques apparentés, dont les troubles anxieux (16).

Récemment, une variante polymorphe du promoteur du gène du transporteur de la sérotonine, a été mise en évidence et semble significativement associée à un risque accru de développer un trouble dépressif (17). Une récente méta-analyse de trois grandes études réalisées par la *Genome Wide Association Studie* (18), montre que les gènes impliqués dans la neurotransmission synaptique glutaminergique sont significativement associés à un épisode dépressif majeur. Ce résultat rejoint ceux de plusieurs études qui dévoilent un rôle du système glutaminergique dans la plasticité synaptique, les symptômes dépressifs et anxieux (19–21). D'où l'intérêt actuel porté sur l'utilité de cibler la neurotransmission glutaminergique dans le traitement de l'épisode dépressif majeur.

Une vulnérabilité génétique est également établie pour les troubles bipolaires, sur lesquels nous reviendrons plus loin. Effectivement, la fréquence de cette pathologie en population générale est de 1% alors qu'il existe 10% de risque de présenter la maladie chez les apparentés de premier degré.

Pour autant, il ne faut pas conclure trop rapidement que ces gènes à risque déclenchent inévitablement la maladie. Les troubles de l'humeur sont dus essentiellement à l'interaction de multiples gènes avec des facteurs environnementaux. Ces gènes se contenteraient de transmettre une susceptibilité à entrer plus facilement dans un état dépressif ; susceptibilité que des traits de caractères particuliers ou qu'un événement extérieur pourraient transformer en véritable dépression.

6. Sur la piste de nouveaux marqueurs

Les troubles de l'humeur sont diagnostiqués sur la base de critères cliniques, à partir des symptômes présentés par le patient, et non sur la base de tests de laboratoire. La recherche de marqueurs biologiques de la dépression est ainsi liée au besoin de trouver des outils diagnostiques complémentaires non subjectifs.

Une recommandation de 2007 sur ces marqueurs biologiques permet de faire le point sur leur réel intérêt (22). En résumé, parmi la pléthore de marqueurs biologiques potentiels de la dépression caractérisée (comprenant des facteurs neurotrophiques, des marqueurs biochimiques et immunologiques), certains ressortent comme plus robustes, comme la diminution de l'expression du récepteur sérotonique 5-HT_{1a} ; la diminution du BDNF sérique (*brain-derived neurotrophic factor*), molécule impliquée dans la croissance des cellules, et l'hypersécrétion de cortisol. Cependant, aucun de ces marqueurs ne s'est avéré suffisamment spécifique pour permettre de l'inclure dans les manuels diagnostiques de la dépression caractérisée.

De nombreuses recherches actuelles se concentrent sur le BDNF. L'étude de Sartorius (23) révèle que mesurer les taux de BDNF sérique permettrait de surveiller les altérations neuronales du tissu cérébral.

Pour étudier la vulnérabilité à la dépression, l'équipe de Jean-Jacques Benoliel s'est appuyée sur un modèle reproduisant un stress social intense chez le rat (24). Ce protocole induisait une modification de la structure des neurones de certaines régions du cerveau, en particulier dans l'hippocampe. Les prélèvements révélaient un taux de BDNF fortement diminué dans cette région mais également dans le sang. Quelques semaines après l'épisode de stress, la moitié des animaux stressés avait retrouvé leur état normal, tandis que l'autre moitié avait conservé les modifications neuronales et un faible taux de BDNF. A la suite d'un nouveau stress de plus faible intensité, les symptômes dépressifs ne sont apparus que chez ce second groupe, l'identifiant comme population vulnérable. La mesure du taux de BDNF dans le sang serait donc utilisable comme marqueur biologique de la prédisposition à la dépression.

Beaucoup de recherches sont encore à prévoir pour parvenir à des résultats applicables en pratique clinique.

Dans ce domaine de la neurobiologie, de nombreuses implications ont déjà été mises en évidence, mais beaucoup d'éléments restent à découvrir.

Devant les données de l'imagerie cérébrale et l'efficacité des antidépresseurs, l'implication des neurotransmetteurs et des régions cérébrales précédemment décrites ne peut être remise en cause.

Mais la question qui ressurgit est : toutes ces modifications sont-elles la CAUSE ou bien la CONSÉQUENCE de la dépression ?

Les recherches futures nous éclaireront probablement davantage dans ce défi de la compréhension des mécanismes neurobiologiques sous tendant la dépression.

C. Approche psychologique des troubles psychiques

Le DSM est une classification qui se veut purement descriptive et dégagée de toute hypothèse étiopathogénique. Elle ne s'attache pas à expliquer les mécanismes ou processus psychologiques (ou autres) en œuvre dans l'apparition et la perpétuation des troubles décrits.

De nombreux modèles explicatifs et thérapeutiques ont été proposés durant ces deux derniers siècles.

1. Le modèle psychanalytique

Ce modèle est fondé sur une théorie de l'existence d'un inconscient pulsionnel. La psychanalyse est née dans les années 1895-1900 avec les recherches de Sigmund Freud sur les hystéries (25). Freud a proposé une lecture du fonctionnement psychologique en imaginant des structures mentales telles que le Moi (élément assurant l'identité personnelle et l'adaptation à l'environnement), le Ça (expression des instincts et pulsions) et le Surmoi (instance morale régulant le fonctionnement du Moi et du Ça).

La dépression est marquée par un conflit entre le Moi et le Surmoi. L'échec du Moi à satisfaire les exigences du Surmoi expliquerait la diminution de l'estime de soi, symptôme majeur des dépressions... La dépression correspond alors à une régression du Moi, due à l'existence de conflits infantiles inconscients non résolus. L'accès dépressif représenterait une réactivation de cette blessure narcissique infantile déclenchée par une perte d'objet, réelle ou symbolique. La source du trouble est à rechercher dans un ou des événements traumatiques de l'enfance, généralement de nature sexuelle.

Le mécanisme de la dépression se décompose en trois stades: il y a d'abord la perte d'un Objet cher (réel ou fantasmatique). Vient ensuite l'intériorisation de cet Objet avec identification à lui. La troisième période est le stade d'ambivalence par rapport à cet Objet, avec mise en œuvre d'une haine destructrice. L'Objet intériorisé est à la fois aimé et haï.

Cependant Freud admit que, plus que l'événement lui-même, ce qui compte c'est l'activation des fantasmes nés de l'intensité du désir et exacerbés par sa répression. La démarche thérapeutique en découle : il s'agit de remettre au jour de la conscience l'événement traumatique originel (et plus généralement l'histoire infantile) pour démonter et désamorcer le mécanisme de production des symptômes et par là, rééquilibrer le fonctionnement du psychisme et permettre un réaménagement des relations avec l'entourage.

La vision freudienne peut alors se résumer ainsi : la vie psychique est gouvernée par des pulsions primaires, parmi lesquelles la sexualité tient une place centrale. Ces pulsions sont régies par le seul principe de plaisir, c'est-à-dire qu'elles ne visent qu'à leur réalisation. La source de la pulsion est une excitation interne prenant naissance dans le somatique : son but est d'éliminer la source de tension ; son objet est ce par quoi le but est atteint. L'activité psychique a pour but de trouver le plaisir et d'éviter le déplaisir en déchargeant l'énergie pulsionnelle. La libido est l'énergie postulée par Freud

comme substrat de transformation de la pulsion sexuelle quant à l'objet, quant au but, quant à la source (diversité des zones érogènes).

Les circonstances et les événements de l'histoire individuelle déterminent la valeur affective des représentations. L'organisation psychique qui en résulte présente des traits saillants, mais également déficitaires, qui conditionnent la lecture du monde (la réalité psychique). Cette réalité individuelle se trouve particulièrement mobilisée quand les facteurs actuels (événement du jour, incident d'ordre sexuel, surmenage, confrontation interindividuelle) ou certaines situations vitales (deuil, séparation, exclusion) rappellent des événements traumatiques, évoquent des fantasmes ou se heurtent à des carences fonctionnelles. Des symptômes, voire des «décompensations» (rupture de l'efficacité de l'ensemble des stratégies psychiques et comportementales mises en place jusqu'à cet événement pour éviter la souffrance), s'expriment alors et révèlent la précarité de l'équilibre antérieur long-temps maintenu avec peine.

La psychanalyse appréhende ainsi les troubles psychiques comme la manifestation, plus ou moins durable et masquée, d'une difficulté du sujet dans son rapport à lui-même et au monde (26). Cette difficulté peut s'exprimer de multiples façons, du plus simple au plus dissimulé, sous une forme active ou au contraire déficitaire. Cette expression est susceptible, chez un même sujet, d'évoluer dans le temps. L'apparition d'un trouble peut également avoir plusieurs origines. Initialement, par exemple, l'angoisse a une valeur de signal indiquant au sujet une situation qu'il ne peut maîtriser en raison de la charge émotive qu'elle provoque. Ulérieurement, ce symptôme indiquera une situation qui n'est plus seulement réelle, mais qui constitue un rappel symbolique d'une situation de détresse (la séparation, par exemple, et la crainte d'abandon et de mort qui l'accompagne). Par ailleurs, des mécanismes de substitution et de défense peuvent progressivement se mettre en place et contribuer à l'organisation de la personnalité et des modes de relation à la réalité.

La psychanalyse se présente alors à la fois comme une théorie du psychisme (dans laquelle l'inconscient tient une place centrale), une méthode d'analyse (des rêves, des actes manqués, etc) et enfin une technique thérapeutique (la cure analytique).

2. Le modèle cognitivo-comportemental

• Le modèle comportemental considère que la dépression relève d'un déficit des processus de renforcement qui maintiennent l'activité du sujet.

• Le modèle cognitif considère que la dépression dérive d'un traitement erroné de l'information : les croyances irrationnelles et les pensées négatives envers soi, l'environnement et l'avenir, acquises précocement et stockées de longue date, rendent durables les affects dépressifs.

Ces deux modèles sont justifiés par l'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) dans le traitement de la dépression.

Les conditionnements classique et opérant, bases théoriques des TCC, représentent les lois d'apprentissage qui caractérisent l'ensemble des êtres vivants. Le conditionnement opérant décrit le développement et le maintien des réponses motrices et verbales. L'organisme opère sur l'environnement et les conséquences de son action le conduisent à modifier son comportement. En fonction de l'analyse des effets de ces actions, le sujet répètera ou éliminera certaines actions ; ces dernières sont donc renforcées par leurs conséquences.

L'interaction entre un organisme et son milieu s'intègre dans trois niveaux d'analyse fonctionnelle :

- les circonstances dans lesquelles la réponse survient, c'est-à-dire le stimulus qui signale au sujet qu'il doit agir,

- la réponse elle-même,
- les conséquences, qui ont un effet renforçateur.

L'analyse du maintien d'une séquence comportementale passe par l'étude de ses effets qui permet de comprendre la finalité d'un comportement. Une action qui a des aboutissements positifs va tendre à se répéter (renforcement positif). Inversement, devant les conséquences négatives d'une action, l'organisme aura tendance à émettre des comportements d'évitement ou d'échappement à la situation susceptible de provoquer des désagréments. C'est le renforcement négatif.

L'absence de conséquence négative ou positive à une action entraînera progressivement la disparition de cette action du fait de l'absence de tout renforcement : c'est l'extinction.

D. Approche sociologique des troubles psychiques

La sociologie permet d'apporter des éléments d'observation sur le fonctionnement du trouble psychique envisagé comme phénomène social, ainsi que sur les processus de prise en charge analysés dans leurs dimensions relationnelle, organisationnelle, professionnelle et politique. Elle propose d'analyser les enjeux de ces différentes dimensions.

L'approche sociologique ne doit pas être pensée comme exclusive d'autres disciplines : elle affirme simplement que, comme tout phénomène humain, le trouble mental peut être saisi à la fois sous ses dimensions socioculturelle, socioéconomique et sociopolitique, concernant sa genèse ou le traitement que lui réserve la société. Elle considère que ce point de vue spécifique est utile à la compréhension des phénomènes et à l'action collective les concernant (27).

Dans l'idéal, le développement normal doit conduire l'être humain de la dépendance à l'autonomie. Cette autonomie est relative, dans la mesure où nous restons perpétuellement dépendants, matériellement du milieu extérieur et affectivement de nos relations aux autres.

Le cycle de vie « normal » est fait d'une succession d'étapes habituelles dans la vie d'un individu (28). Chaque étape s'accompagne de changements plus ou moins importants et peut être à l'origine de difficultés d'adaptation.

Notre organisme est obligé de se maintenir dans un perpétuel état d'adaptation, exigé par les modifications de son environnement. Nous sommes soumis depuis notre enfance aux Événements de Vie Stressants (EVS) qui peuvent être normalement ou anormalement stressants. Le stress est donc physiologique, la "maladie" n'intervenant que lorsqu'il y a dysrégulation par incapacité de compenser un stress excessif (29).

Dans le mot stress sont habituellement confondus l'évènement lui-même et les répercussions psychiques et biologiques de ce dernier. Or, le stress produit par un même évènement est différent d'un individu à l'autre, selon ce qu'il évoque pour cet individu. Le même évènement peut donc produire un stress difficile à compenser pour certains et pas pour d'autres. Ceci est fondamental pour l'approche thérapeutique qui doit tenir compte du vécu de l'individu tout autant que de l'évènement.

L'anxiété est l'état déclenché par la survenue inopinée d'un changement et par la nécessité d'une adaptation, mais aussi par l'anticipation de la perte et de la représentation du changement qui lui est liée. La dépression est la réaction à la perte, l'objectivation de cette perte et les processus, y compris physiologiques, qui devraient aboutir à la combler. La résistance à cette procédure de réparation peut amener à la somatisation ou à l'agitation psychomotrice, par refus de reconnaître la perte, ou à la dépression chronique par refus de l'accepter.

Certains types de troubles mentaux et du comportement tels que l'anxiété et la dépression peuvent résulter de l'incapacité à s'adapter aux conséquences d'un évènement traumatisant. D'une manière générale, les personnes qui essaient d'éviter de penser ou de faire face à un facteur de stress ris-

quent davantage d'éprouver de l'anxiété ou de subir une dépression, tandis que celles qui font part de leurs problèmes à d'autres et tentent de trouver un moyen de surmonter les événements stressants apprennent peu à peu à mieux réagir.

Après avoir détaillé les différentes approches neurobiologiques, psychologiques et sociologiques de la dépression, nous proposons de faire un état des lieux de la dépression à travers sa prévalence en France et son impact.

IV. LA DÉPRESSION : CHIFFRES ET ENJEUX

A. Etat des lieux et prévalence

La dépression représente un problème majeur de santé en France, tant par l'invalidité imputable à ce trouble de l'humeur que par la prévalence retrouvée en médecine générale.

Plusieurs études nationales et internationales apportent des informations sur la prévalence de la dépression en population générale en France (30) :

- L'étude DEPRES (*Depression Research in European Society*) réalisée dans 6 pays européens, dont la France, en 1995 (31).
- L'ESPS (Enquête Santé et Protection sociale) menée par le Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé (CREDES) désormais renommé Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) de 1996 à 1997 (32).
- L'étude ESEMeD (*European Study of Mental Disorder*) menée sous l'égide de l'OMS de 2001 à 2003 (33).
- L'étude SMPG (Santé Mentale en Population Générale) (34) réalisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère de la Santé en France de 1999 à 2003 (35).
- L'étude Anadep réalisée en 2005 en France et publiée par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES)(36).
- Le Baromètre santé 2005 (37) ;
- Le Baromètre Santé 2010 (38).

1. DEPRES

C'est la première grande enquête de prévalence de la dépression pan-européenne. Elle a concerné six pays européens : la Belgique, la France, l'Allemagne, les Pays Bas, l'Espagne et l'Angleterre.

Au total, 78 463 personnes âgées de plus de 15 ans, dont 14 517 français, ont participé à cette étude en 1995. L'outil diagnostique était le *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI), modifié pour l'étude (Annexe 1).

Les résultats ont dévoilé que sur ces 78 463 personnes interrogées sur les six mois précédents, 13 359, soit 17%, présentaient des symptômes dépressifs :

- 6.9% appartenant à la catégorie « *Major Depression* » (au moins cinq réponses positives au test, associées à un retentissement socio professionnel important)
- 1.8% appartenant à la catégorie « *Minor Depression* » (quatre réponses positives associées à un retentissement socio professionnel)
- 8.3% appartenant à la catégorie « *Depressive Symptoms* » (toute personne positive au MINI quel que soit le nombre de réponses positives mais ne déclarant pas de retentissement).

Parmi les patients qui ont demandé de l'aide (57%), la plupart ont consulté leur médecin généraliste, la fréquence des consultations augmentant avec la sévérité de la dépression. Plus des deux tiers des sujets déprimés (69%) n'ont pas reçu de traitement et lorsqu'un traitement a été prescrit, seulement 25% de ces patients ont reçu des médicaments antidépresseurs.

Dirigée par Lépine en France, l'étude révélait une prévalence à six mois pour les français de :

- 9.1% pour les « *Major Depression* »,
- 1.9% pour les « *Minor Depression* »
- 5.6% pour les « *Depressiv Symptoms* ».

Les résultats de l'enquête DEPRES mettent en évidence le fardeau imposé au patient.

2. ESPS

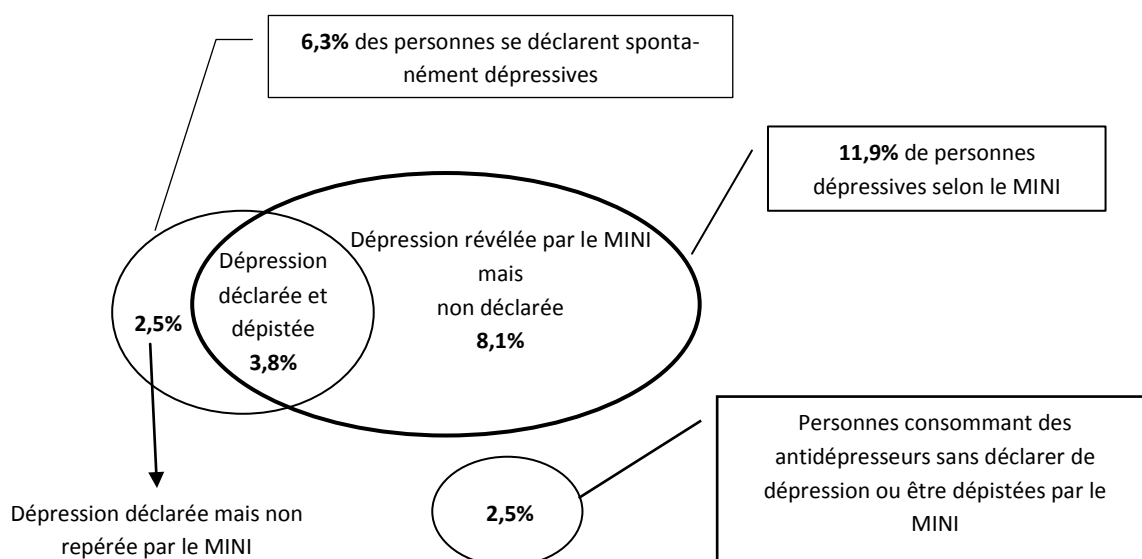
L'ESPS est une enquête réalisée tous les deux ans auprès de ménages ordinaires vivant en France métropolitaine. Son principal objectif est de recenser et d'analyser les maladies, les troubles de santé et les handicaps dont souffrent les individus ainsi que la consommation de soins. Centrant son intérêt sur la dépression, l'enquête ESPS de 1996 à 1997 a introduit dans son questionnaire la partie du MINI concernant les épisodes dépressifs.

Les résultats dévoilent chez les plus de 16 ans, une prévalence sur le mois écoulé de 11.9% de dépressifs après la passation du MINI ; tandis que l'on note un taux de dépression déclarée de 6,3%.

Plus précisément, on retrouve :

- 2.5% de dépression déclarée mais non repérée par le MINI
- 3,8% de dépression déclarée et repérée par le MINI
- 8,1% de dépression non déclarée mais repérée par le MINI
- 2,5% de personnes consommant des antidépresseurs sans dépression déclarée ni repérée par le MINI

Figure 3 : La prévalence de la dépression selon la combinaison de la déclaration et du MINI dans l'enquête ESPS (16)



Dans cette enquête, l'introduction des questions du MINI a permis de déceler dans la population un grand nombre d'individus présentant des symptômes dépressifs mais ne se considérant pas comme dépressifs, et par conséquent ne se traitant pas. Une partie non négligeable de la population est donc atteinte de dépression sans en être consciente.

Cette constatation a interrogé les investigateurs : est-ce dû au fait que la souffrance morale est encore supportable ou au fait que les symptômes ressentis ne paraissent pas relever de soins médicaux ? Ceci met en évidence la nécessité d'améliorer l'information donnée aux patients sur la reconnaissance et la prise en charge médicale de la dépression.

3. ESEMeD

Cette enquête ESEMeD s'inscrit dans le cadre de l'enquête mondiale sur la santé mentale réalisée sous l'égide de l'OMS. Il s'agit d'une enquête transversale réalisée en 2001-2003, en population générale chez des sujets âgés de plus de 18 ans. Son but est d'évaluer à l'aide du *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI version WMH), la prévalence des principaux troubles mentaux ainsi que les modalités d'accès aux soins dans six pays de l'Union Européenne (France, Belgique, Allemagne, Espagne, Italie et Pays Bas).

En France, sur les 2 894 personnes interrogées, la prévalence de l'EDC au cours des douze derniers mois et au cours de la vie était respectivement 6,0% et 21,4%.

4. SMPG

Cette enquête française, réalisée avec le questionnaire MINI auprès de 36 000 personnes âgées de plus de 18 ans, a estimé à 11% la prévalence des EDC au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête (13% chez les femmes et 8,9% chez les hommes). Parmi ces personnes, 5,6% auraient déjà souffert d'un autre épisode dépressif et auraient donc un trouble dépressif récurrent (6,7% de femmes et 4,5% d'hommes).

5. Anadep

L'enquête Anadep est une enquête transversale téléphonique centrée sur la dépression et la coexistence d'autres troubles mentaux tels que l'anxiété et la consommation problématique d'alcool, sur un échantillon de 6 498 personnes âgées de 15 à 75 ans et résidant en France métropolitaine. Le questionnaire était composé de douze sections, celles évaluant les épisodes dépressifs et l'anxiété généralisée s'appuyant sur le questionnaire standardisé *CIDI-Short Form* (CIDI-SF, Annexe 2). La consommation problématique d'alcool a été évaluée par le questionnaire DETA-CAGE que nous détaillons plus loin.

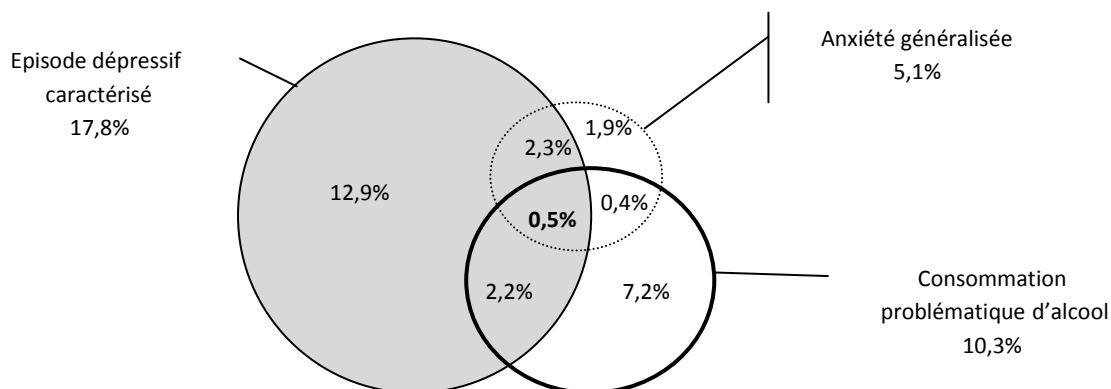
Parmi les 6 498 personnes répondant à l'enquête, 45,1% (n=3 107) déclarent avoir vécu une période de tristesse ou de perte d'intérêt pendant au moins deux semaines consécutives au cours de leur vie, avec un pourcentage plus élevé chez les femmes que chez les hommes (respectivement 54,5% et 35,3%).

La prévalence de l'EDC au cours des douze derniers mois dans cette enquête est de 5,0%.

Dans l'échantillon étudié, 17,8% des individus auraient vécu au cours de leur vie un EDC tel que défini par le CIDI-SF.

Les résultats mettent également en évidence une importante comorbidité entre les trois pathologies étudiées : 27,3 % (n = 1 648) des individus ont vécu au cours de leur vie au moins un EDC, une anxiété généralisée ou une consommation problématique d'alcool. La figure suivante décrit la répartition des troubles parmi ces 1 648 personnes.

Figure 4 : Prévalence sur la vie de l'EDC, de l'anxiété généralisée et de la consommation problématique d'alcool selon l'enquête Anadep (20)



6. Baromètre Santé 2005 et 2010

Les Baromètres santé ont été créés en 1992 par le CFES (Comité français d'éducation pour la santé), devenu INPES en 2002, avec le soutien de la Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), de la Drees et de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Depuis vingt ans, ces enquêtes déclaratives répétées alimentent une base de données qui permet d'établir un état des lieux pour chaque thème de santé étudié (tabagisme, alcoolisation, consommations de drogues illicites, pratiques vaccinales, comportement sexuel, dépistage des cancers, pratique d'une activité physique, nutrition, qualité de vie, sommeil, accidents, douleur, consommation de soins, santé mentale...) des perceptions, attitudes et comportements des personnes résidant en France. La répétition de ce dispositif d'enquête permet la surveillance et le suivi de l'évolution dans le temps de la perception des risques et des comportements de santé (39).

Le Baromètre Santé 2005 a été réalisé auprès de 30 514 personnes âgées de 15 à 75 ans d'octobre 2004 à février 2005. Les troubles dépressifs ont été évalués à l'aide du CIDI-SF.

Parmi les personnes interrogées, 7,8% ont présenté au moins un EDC au cours des douze derniers mois. En majorité, les épisodes dépressifs étaient relativement graves (0,9% d'épisode léger). Parmi les personnes ayant eu un EDC au cours des douze derniers mois, seulement 38,3% déclarent avoir eu recours aux soins pour raison de santé mentale et 10,8% à une psychothérapie. L'âge, le niveau d'étude et la gravité des troubles sont les facteurs les plus associés aux recours aux soins (40).

L'enquête pour le Baromètre Santé 2010 s'est déroulée du 22 octobre 2009 au 3 juillet 2010 auprès de 27 653 personnes de 15 à 85 ans (38).

La prévalence de l'EDC au cours des douze derniers mois est estimée à 7,5% parmi les 15-85 ans et est environ deux fois plus importante chez les femmes que chez les hommes. Cette prévalence apparaît stable par rapport à 2005 parmi les 15 à 75 ans (7,8%).

Selon le Baromètre Santé 2010, la part de personnes qui présentent des troubles dépressifs mais qui n'ont ni utilisé les services d'un organisme, ni consulté un professionnel de la santé, ni suivi une psychothérapie est de 39%. On observe une baisse très nette du non-recours aux soins depuis 2005, où il était de 63%. Alors que seulement 20% des personnes ayant eu un épisode dépressif caractérisé dans les douze derniers mois avaient consulté un médecin généraliste pour cette raison en 2005, ils sont désormais près de la moitié (47%) en 2010.

On note également une baisse du recours aux médicaments psychotropes seuls, ce qui est un signe encourageant pour la qualité de la prise en charge de la dépression en France.

Tableau 3 : Tableau comparatif des prévalences de l'EDC selon les enquêtes

	DEPRES	ESPS	ESEMeD	SMPG	Anadep	BS 2005	BS 2010
Date	1995	1996-1997	2001-2003	1999-2003		2005	2010
Type de questionnaire	MINI	MINI	CIDI	MINI	CIDI-SF	CIDI-SF	CIDI-SF
Taille de l'échantillon	14 517	13 989	2 894	36 000	6 498	30 514	27 653
Prévalence en % de l'EDC	9,1% sur 6 mois	11,9% sur le mois écoulé	6% sur 1 an	11% sur 2 semaines	5% sur 1 an	7,8% sur 1 an	7,5% sur 1 an

Les différences entre ces études sont en partie inhérentes aux variations de méthodologie : instrument de repérage (MINI, CIDI, ...), classification de référence (CIM 10 ou DSM IV), et mode de recueil (téléphonique, auto-questionnaires, enquêteurs au domicile...).

Par exemple, la prévalence des épisodes dépressifs est vraisemblablement surestimée dans l'enquête SMPG (35). La présence, la fréquence et la durée des symptômes principaux de l'épisode dépressif ne font pas l'objet de questions séparées. Cela peut entraîner un manque de nuance dans les réponses. Pour les épisodes dépressifs, le MINI, basé sur les critères de la CIM-10 est moins restrictif et aboutit à des prévalences un peu plus élevées que si l'on utilisait les critères du DSM-IV. D'autres questionnaires plus longs, comme le CIDI-SF, décomposent ces questions pour déterminer plus précisément la fréquence et la durée des symptômes. De même, le critère du retentissement psychosocial du trouble n'est pas une condition de l'épisode dépressif dans l'enquête SMPG.

D'un point de vue méthodologique, c'est l'enquête ESEMeD qui est la référence au niveau européen.

7. Méta analyse

Une méta analyse effectuée par Witchen (41) en 2005 sur les estimations issues de 27 études en population générale en Europe montre que la prévalence de la dépression au cours des douze derniers mois s'échelonne de 3 à 10% avec une médiane à 6.9%.

Une revue systématique de la littérature réalisée sur des données de 2010 par ce même auteur (42), estime que chaque année, 38.2% de la population européenne souffre de troubles mentaux, avec au premier et troisième rang respectivement les troubles anxieux (14%) et la dépression (6,9%). Cette revue ne retrouve pas d'amélioration de la qualité des soins et des traitements depuis 2005 : seulement moins d'un tiers des patients reçoit un traitement.

B. Impact de la dépression

L'impact socio-économique de la dépression est considérable, que ce soit par la perte de productivité qu'elle entraîne ou par la consommation de soins inadéquats qu'elle induit (multiplication d'examen paracliniques et de traitements symptomatiques de la séméiologie somatique dépressive non diagnostiquée comme telle).

Selon les projections de l'étude *Global Burden of Disease Study* (43), l'épisode dépressif caractérisé, qui occupait en 1990 la quatrième place des maladies responsables d'invalidité, devrait passer en 2020 à la seconde place, derrière les maladies cardiaques ischémiques mais devant les accidents de la route.

L'OMS a élaboré il y a quelques années une méthode d'évaluation de la charge globale de morbidité qui permet de quantifier l'état de santé d'une population et de faciliter la détermination des priorités d'action en santé publique (44).

La mesure synthétique la plus connue et la plus couramment utilisée est le *Disease Adjusted Life Year* (DALY) ou Année de Vie Corrigée du facteur d'Invalidité (AVCI). L'AVCI est une mesure du déficit de santé qui comptabilise non seulement les années de vie perdues pour cause de décès prématuré, mais aussi les années équivalentes de vie en bonne santé perdues du fait d'une mauvaise santé ou d'une invalidité. Une AVCI peut être vue comme une année en bonne santé perdue, et la charge de morbidité comme une mesure de l'écart existant entre la situation sanitaire actuelle et une situation idéale où tout le monde atteindrait la vieillesse sans maladie ni invalidité.

Le récent rapport de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS indique qu'en Europe, la dépression est la troisième charge de morbidité en termes d'AVCI, soit 6,2% du total des AVCI.

D'après une estimation faite sur les données mondiales de 2000 (45), l'épisode dépressif caractérisé fait partie des dix principales maladies responsables de la charge mondiale de morbidité. L'EDC est à la septième place dans les pays à faibles et moyens revenus avec 3,1% du total des AVCI ; et à la troisième place dans les pays à revenus élevés avec 5,6% du total des AVCI.

Le taux d'incapacité imputable aux troubles mentaux est donc élevé dans toutes les régions du monde. Il est toutefois plus faible dans les pays en développement, à cause surtout des nombreuses incapacités que provoquent les maladies transmissibles, maternelles, périnatales et nutritionnelles dans ces pays.

Les répercussions économiques et sociales engendrées par les problèmes de santé mentale sont considérables. Aux Etats Unis, avec une prévalence entre 5 et 13% en soins primaires, la dépression coûte plus de 43 milliards de dollars en soins médicaux (46).

Au sujet du coût de la dépression, une des principales conclusions de la littérature est que les coûts indirects l'emportent de loin sur les dépenses des services de santé. Le *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE), une organisation anglaise indépendante de conseils en santé, rapporte une étude qui suggère que l'effet sur la perte de l'emploi et de la productivité est vingt-trois fois plus important que les frais pour les services de santé (47).

Une étude réalisée en 2006 par Sobocki s'intéresse au coût de la dépression en Europe (48). Sur vingt-huit pays et 466 millions d'habitants, le coût annuel total de la dépression a été estimé à 118

milliards d'euros en 2004, ce qui correspond à un montant de 253 euros par habitant. Les frais directs ont totalisé seulement 42 milliards de dollars, avec essentiellement les soins ambulatoires (22 milliards d'euros), le prix des médicaments (9 milliards d'euros) et celui des hospitalisations (10 milliards d'euros). Les dépenses indirectes dues à la morbidité et la mortalité ont été estimées à 76 milliards d'euros. Ce coût de la dépression correspond à 1% de l'économie totale de l'Europe.

Dans bon nombre de pays, les problèmes de santé mentale sont responsables de 35 à 45% de l'absentéisme au travail. La dépression serait la deuxième cause d'arrêts de travail en France après les maladies ostéo-articulaires. Dans une étude réalisée en France en 2009 auprès de 208 médecins généralistes (49), un arrêt de travail a été prescrit au moins une fois au cours des douze derniers mois chez 82% des patients dépressifs sévères et chez 46% des dépressifs modérés/légers.

Le retentissement de la dépression s'évalue également en examinant les chiffres du suicide. A l'échelle mondiale, l'OMS estimait que le suicide représentait 1,8% de la charge totale mondiale de morbidité en 1998, et qu'il atteindrait 2,4% dans les pays industrialisés en 2020.

Nous reverrons ces données dans la partie dédiée au suicide.

C. Problématique de la prise en charge

Comme nous l'avons vu précédemment dans le chapitre consacré à la prévalence de la dépression en population générale, il existe un nombre important de personnes souffrant de dépression. Or, parmi ces déprimés, seul un petit pourcentage est traité (moins d'un tiers dans l'enquête DEPRES) et un nombre encore plus faible l'est de façon efficace (un quart des patients déprimés traités dans l'enquête DEPRES).

De nombreux facteurs, tant auprès des patients que des médecins, entrent en jeu pour expliquer ces chiffres. Sans être exhaustif, nous décrirons dans cette partie les différentes difficultés rencontrées dans la prise en charge de la dépression.

1. Obstacle à la prise en charge côté patient :

Un groupe d'experts présidé par Parquet en 2001 s'est engagé à analyser l'itinéraire des déprimés en France et les facteurs influençant leur trajectoire (50).

a) La non reconnaissance des troubles et le non recours au système de soin

Une des raisons principales pour ne pas consulter (ou pour le faire tardivement) paraît être la difficulté du patient à reconnaître ses dysfonctionnements psychologiques personnels et, en particulier, les variations de son humeur. Si le sujet prend conscience de ses troubles, soit il les perçoit comme psychologiques et les considère alors souvent comme non pathologiques, soit il les attribue à des causes organiques. Dans ce dernier cas, cette conviction d'une origine organique renforce sa méconnaissance de son état affectif. La dépression sera alors encore moins bien reconnue.

Le rapport du CREDES va dans ce sens avec le chiffre de 8,1% de dépressions non déclarées mais repérées par un test.

Le vécu même de la maladie dépressive (désespoir, culpabilité, honte d'être faible ...) freine toute demande de soins.

Le NICE a élaboré une recommandation sur la prise en charge de la dépression (47). Dans sa documentation, les raisons les plus fréquemment invoquées par les patients pour expliquer leur réticence à communiquer avec le médecin de famille sont :

- Penser que personne ne peut les aider ;
- Estimer que c'est un problème auquel le patient doit être en mesure de faire face par lui-même ;
- Ne pas penser qu'il est nécessaire de contacter un médecin ;
- Penser que le problème va s'améliorer spontanément ;
- Trouver ces symptômes trop gênants pour en parler avec quelqu'un ;
- Avoir peur des conséquences (stigmatisation, dépendance au traitement).

Une étude récente confirme que la non-perception de la nécessité de soins et les barrières psychologiques du patient sont les principaux obstacles à la demande de soins et à l'instauration d'un traitement (51).

b) La représentation négative des troubles psychiques

D'après Parquet, la stigmatisation du terme de dépression fait que le sujet a peur d'être mal considéré s'il fait état de ses troubles.

Dans l'enquête Anadep, 45% des enquêtés jugent qu'il est risqué de parler de sa dépression à ses collègues, 39% à son médecin du travail et même 24% à son médecin traitant.

Il existe très souvent un sentiment de culpabilité et de honte à parler de ses problèmes psychologiques : se reconnaître déprimé est encore se considérer comme faible et démuni. Parfois, le patient pense qu'il peut s'en sortir seul ou éprouve une réticence à en parler à son médecin traitant, réduisant son attente vis-à-vis de celui-ci à une réponse médicamenteuse.

c) L'image péjorative des traitements médicamenteux de la dépression

En dépit de l'efficacité et du meilleur spectre d'effets secondaires des antidépresseurs, les patients les prennent encore de manière tout à fait aléatoire (52). La peur des effets secondaires ou celle de devenir dépendant des médicaments sont les raisons pour lesquelles 40 à 67% des patients arrêtent leur traitement médicamenteux dans les trois mois même si la durée préconisée est d'au minimum six mois.

Dans ce contexte, les informations et explications sur la maladie et ses traitements ainsi que l'accompagnement apparaissent essentiels dans la prise en charge du patient.

2. Difficultés de la prise en charge côté médecin

Selon les études épidémiologiques, la plupart des itinéraires de patients déprimés débutent auprès d'un médecin généraliste.

D'après Massol (53), la majorité des dépressifs consulte son médecin traitant en première intention pour trois raisons principales:

- mise au premier plan des plaintes somatiques que le patient n'attribue pas à une dépression (dépression masquée);

- survenue d'une dépression secondairement à une pathologie somatique chronique pour laquelle le patient est déjà suivi par son médecin traitant ;
- conscience d'être dépressif, tout en pensant que la psychiatrie s'adresse à des patients ayant des troubles plus sévères que les siens.

Le médecin généraliste est donc en première ligne dans la prise en charge semée d'embûches du patient dépressif.

a) La difficulté du diagnostic

Les médecins généralistes rencontrent des difficultés pour établir le diagnostic d'EDC. Un défaut de reconnaissance de la maladie est rapporté pour 50 à 70% des sujets déprimés qui ne sont pas reconnus comme tels lors de la première consultation (7).

Le médecin généraliste se trouve confronté à une double contrainte :

- ⇒ établir un diagnostic et initier une prise en charge précoce des troubles dépressifs,
- ⇒ ne pas faire de diagnostic par excès en « psychiatrisant » des problèmes existentiels ou sociaux qui aboutiraient à une prescription abusive de psychotropes.

Les symptômes ne sont pas toujours francs, ils apparaissent sous forme de tableau incomplet ou de manifestations somatiques. Le médecin est peu souvent confronté à un tableau clinique typique.

Parquet, évoquant les modalités de construction du diagnostic de dépression, oppose les situations suivantes : « Le diagnostic relativement aisé pour un patient manifestement mélancolique, venant d'un service de réanimation où il a séjourné après une tentative de suicide grave et le diagnostic bien moins évident pour un médecin généraliste, qui se demande si les plaintes somatiques de son patient ne seraient pas d'origine dépressive ».

Une étude comparant quatorze centres internationaux (54), montre que la dépression est globalement sous diagnostiquée en médecine générale, en particulier quand la symptomatologie d'appel est somatique.

Dans une thèse de 2006 concernant 102 médecins généralistes et étudiant la prise en charge des troubles psychiques courants en médecine générale (55), 41% des patients s'étant vus porter un diagnostic psychiatrique, avaient consulté pour un motif somatique.

Une étude multicentrique (56) révèle que 45 à 95% des patients déprimés ne présentent que des symptômes somatiques. Dans une méta analyse de 2009 comprenant 41 études, sur 50 731 patients, les médecins généralistes ont correctement identifié un EDC dans 47,3% des cas avec une sensibilité de 50% et une spécificité de 85% (57). Les résultats montrent que pour 100 cas vus en médecine générale, il y a plus de faux positifs (n=15) que de cas non diagnostiqués (n=10) ou de cas identifiés (n=10).

b) Autres facteurs

D'autres obstacles entrent en jeu du côté du médecin. Pour en citer quelques uns qui ressortent régulièrement dans les études : l'utilisation et l'adéquation des outils diagnostiques, la formation médicale, la communication et les relations interdisciplinaires, le temps de consultation.

Ces facteurs sont retrouvés dans l'enquête de l'URCAM publiée en 2005 et réalisée chez 101 médecins généralistes en Ile de France (58). Pour 47,5% de ces médecins, la phase de la prise en charge la plus délicate est le suivi des patients car plusieurs problèmes peuvent survenir au cours de l'accompagnement de l'épisode dépressif. En effet, le médecin généraliste doit évaluer à chaque consultation, l'évolution de la sévérité de la maladie avec le risque suicidaire de même que l'efficacité et la tolérance d'un traitement médicamenteux.

Dans cette enquête, 50,5% des médecins généralistes indiquaient comme obstacles à la prise en charge le déni de la maladie et 49,5% le rejet du traitement par le patient.

L'insuffisance de temps à consacrer au patient dépressif lors de la consultation était mise en avant par 44,6% des médecins généralistes. La consultation de prise en charge d'un patient dépressif, notamment lors de l'instauration d'un traitement médicamenteux, ou en cas de « situation de crise », peut être particulièrement longue, avec notamment un entretien souvent nécessaire avec l'entourage.

Concernant l'accès au spécialiste, 60,4% des médecins généralistes signalaient l'insuffisance de l'offre locale de soins spécialisés et 72,9% le besoin d'un accès plus aisé au psychiatre.

Les outils de repérage et d'évaluation de la dépression n'étaient connus que par 50% des généralistes. Ces outils étaient considérés comme utiles par 80% des généralistes mais utilisés par seulement 19,8% d'entre eux.

A ce stade, nous avons exposé la physiopathologie de la dépression avec de nombreuses questions restant à explorer, ainsi que les approches psychologique et sociologique.

Les chiffres, en termes de prévalence et d'impact de la dépression, justifient les efforts à déployer pour améliorer la prise en charge de ces troubles dépressifs. L'enjeu de la dépression est concrétisé par les programmes et plans d'action édités par nos ministères : Plan Psychiatrie et santé mentale 2011-2015 (59) et Programme national d'action contre le suicide 2011-2013 (60).

Les points les plus marquants dans la difficulté de cette prise en charge sont la non reconnaissance des symptômes dépressifs par le patient et le fait de penser que son médecin ne pourra rien pour lui. Ainsi, peu de patients se présentent en consultation pour nous dire « Docteur, je viens vous voir parce que je déprime ». C'est donc au médecin, et le plus souvent comme nous l'avons vu, au médecin généraliste, d'identifier un épisode dépressif caractérisé chez un patient qui, lui, ne le reconnaitra pas en tant que tel, ou ne voudra pas en parler par crainte des conséquences.

Cela nous ramène au rôle phare du médecin dans cette prise en charge. Médecin, qui doit être formé dans la reconnaissance des symptômes, et dont l'expérience personnelle et professionnelle module fortement cette identification de l'EDC.

Nous allons maintenant aborder les éléments à identifier afin de diagnostiquer et de prendre en charge un épisode dépressif caractérisé chez un patient en médecine générale.

L'examen d'un patient déprimé doit permettre :

- d'affirmer le diagnostic et donc d'éliminer les diagnostics différentiels ;
- d'évaluer l'intensité de la maladie ;
- d'envisager les risques à court terme, et notamment le risque suicidaire ;
- de rechercher les symptômes particuliers déterminant une forme psychiatrique spécifique nécessitant un traitement adapté différent de celui de l'EDC ;
- d'utiliser le traitement adapté à l'intensité de l'EDC et au patient.

Ce sont donc les différents points que nous allons traiter dans les chapitres suivants.

V. IDENTIFIER UN ÉPISODE DÉPRESSIF

« Il existe une maladie qui touche plus de 3 millions de personnes en France, une maladie qui peut vous empêcher de parler, de rire, de manger, de travailler, de dormir ou de vous lever le matin ; une maladie qui peut vous empêcher de vivre ; cette maladie, c'est la dépression. » (61)

A. Le dépistage : intérêt et application

1. Faut-il dépister ?

Devant une pathologie dont le diagnostic est fait trop peu souvent, il est licite de se poser la question de l'utilité d'un dépistage en population générale. Ce sujet a fait l'objet de nombreuses recherches et a ouvert de vastes débats.

En France, en 2002, la recommandation de l'ANAES sur l'EDC signale l'intérêt potentiel d'utiliser en pratique courante un test de dépistage pour le repérage des sujets à risque, en attendant une validation par des études sur de larges populations (7).

Depuis, plusieurs études ont abordé ce sujet. Une revue Cochrane de 2006 (basée sur plus de 6000 patients) conclut que la pratique du dépistage se traduit par une légère augmentation du taux de diagnostic de dépression (62). Cependant l'évolution de la pathologie sur six à douze mois n'en est pas améliorée.

Une méta analyse de 2008 (63) montre que, utilisé seul, un questionnaire de dépistage a peu ou pas d'impact sur la qualité de prise en charge de la dépression par les médecins. Mais les programmes de soutien et de prise en charge de la dépression, intégrant le dépistage, améliorent l'intensité des symptômes dépressifs et le taux de rémission dans la population adulte. Ces résultats sont corroborés l'année suivante par une revue systématique de la littérature (64). Cette dernière établit que les programmes de dépistage de la dépression par les médecins de famille n'ont de résultats que s'il existe une prise en charge médicale susceptible d'assurer, outre une vérification du diagnostic, un suivi individualisé du patient ainsi que des possibilités de thérapies et de soins ultérieurs.

Ces données incitent certaines instances étrangères à intégrer le dépistage dans leurs recommandations. Ainsi, le *New Zealand Guidelines Groupe* recommande de dépister les patients à haut risque (65).

En 2009, l'*United States Preventive Service Task Force* (USPSTF) a élaboré une recommandation concernant le dépistage de la dépression chez les sujets de plus de 18 ans (66). L'USPSTF conclut que le dépistage de routine améliore l'identification des patients déprimés en soins primaires et qu'il est un rouage important pour diminuer la mortalité et la morbidité de cette pathologie.

Aux Etats-Unis, le dépistage, point clé de la politique publique de santé mentale, est intégré dans la prise en charge de la dépression et des stratégies sont proposées pour la gestion du patient dépressif dépisté en soins primaires. L'USPSTF rappelle que ce dépistage n'est valable et efficace que si une prise en charge incluant une évaluation, un traitement et un suivi, est applicable par la suite.

Les données manquent pour établir le bénéfice réel du dépistage, que ce soit dans la population générale ou dans une population à risque. Une étude de suivi sur quatre ans (67) a montré que les patients avec un dépistage positif mais non traités étaient significativement susceptibles d'avoir des symptômes durables et de consulter dans des services psychiatriques d'urgence.

L'absence d'argument sur l'efficacité de cette stratégie a soulevé de nombreuses critiques, l'intérêt se portant alors sur les risques potentiels d'un tel dépistage. A l'instar de la recherche réalisée par l'USPSTF, une recommandation établie la même année par le Département de la défense américaine (68), ne retrouve pas de données évoquant des préjudices liés à la réalisation du dépistage de la dépression (préjudices potentiels comprenant par exemple les résultats faussement positifs, l'inconvénient d'un bilan diagnostique supplémentaire, les coûts et les effets indésirables du traitement de patients incorrectement identifiés comme étant déprimés, la stigmatisation associée à la dépression ou la discrimination probable par les compagnies d'assurance). Mais peu d'études se sont intéressées à cette question.

La recommandation la plus récente portant sur le dépistage de la dépression émane de la *Canadian Task Force on Preventive Health Care* et date de 2013 (69). Le groupe de travail recommande de ne pas dépister systématiquement en soins primaires les patients à risque moyen de dépression ainsi que les patients à haut risque. Ces recommandations sont toutefois émises avec un très faible niveau de preuves, le groupe de travail n'ayant pas trouvé d'études fiables évaluant les avantages et dommages liés à un tel dépistage. La *Canadian Task Force* a alors préféré privilégier l'absence de bénéfice prouvé et l'existence de potentiel risque liés au dépistage pour parvenir à ses recommandations. Le champ d'action est tout de même laissé libre pour le praticien qui estime que son patient tirera davantage de bénéfice que d'inconvénient à être dépisté.

Le groupe de travail insiste sur la nécessité d'établir de nouvelles recherches dans ce domaine où l'on manque de données probantes. La plupart des études utilisent des critères de jugements souvent subjectifs (seuil mal défini pour évaluer l'amélioration clinique à partir des échelles de sévérité). Une de leurs suggestions est la réalisation d'essais randomisés contrôlés de bonne qualité afin d'évaluer les effets du dépistage par rapport à l'absence de dépistage, à partir de critères pertinents (par exemple, le risque de récurrence ou la mortalité associée au suicide).

2. Comment dépister ?

Si un dépistage est nécessaire, le test de dépistage proposé par la plupart des recommandations (ANAES) et référentiels internationaux (NICE, USPSTF, *New Zealand Guidelines Group*) est le PHQ-2.

Il s'agit de poser deux questions :

Au cours des deux dernières semaines, avez-vous :

- *Perdu tout intérêt ou plaisir pour la plupart des choses qui vous plaisent habituellement ?*
- *Perdu votre entrain ou vous sentez-vous inexplicablement fatigué ou triste ?*

Plusieurs études ont montré l'efficacité de ce test. L'une d'entre elles (70) révèle que le PHQ-2 a une sensibilité de 97% et une spécificité de 67%. Sa valeur prédictive négative est de 93% et sa valeur prédictive positive de 38%. Il est également utilisable chez les patients âgés de plus de 65 ans où sa sensibilité est d'ailleurs excellente à 100% pour une spécificité de 77% (71).

L'USPSTF rappelle que poser deux questions est aussi efficace que l'utilisation d'outils plus formels, et note qu'il existe peu de preuves pour recommander une méthode de dépistage par rapport à une autre (66). Cela rejoint Mulrow qui explique que le choix incombe aux médecins généralistes. Ces derniers choisiront la méthode la plus compatible avec leurs préférences personnelles, leur patientèle et leur mode de pratique (72).

De multiples questionnaires de dépistage sont disponibles, parmi lesquels le *Beck Depression Inventory*, *General Health Questionnaire*, *Center for Epidemiologic Study Depression Scale* et le *Geriatric Depression Scale* (GDS). Beaucoup de ces outils ont une bonne sensibilité (80 à 90%) mais une spéci-

ficité plus faible (70 à 85%). Certaines populations sont cependant plus réceptives à certains outils de dépistage. C'est le cas des patients cancéreux chez qui un dépistage par le PHQ-9 est plus efficace (73) ou du GDS, spécialement développé pour les personnes âgées.

Bien que tous ces tests de dépistage soient équivalents en termes d'efficacité, c'est le PHQ-2 qui est prôné dans la plupart des articles et recommandations tant françaises qu'étrangères. Probablement, dans le sens où, en cas de positivité, un autre test doit être réalisé pour valider le diagnostic d'EDC. En effet, tout test de dépistage positif doit entraîner la réalisation d'un test diagnostique utilisant les critères standards diagnostiques du DSM-V ou de la CIM-10. Ainsi, une réponse positive à l'une des deux questions du PHQ-2, nécessite ensuite d'effectuer un test diagnostique (46,74). C'est là l'intérêt de l'utilisation d'un outil de dépistage court et rapide comme le PHQ-2, pour un gain de temps si un deuxième test est nécessaire par la suite. En deux questions, il semble facilement applicable en dépistage en médecine générale.

La fréquence optimale de dépistage n'est pas connue (65); la recommandation établie par le Département de la défense américaine (68) propose un dépistage annuel chez les patients suspects.

Lorsqu'on s'intéresse à la possibilité d'un dépistage de la dépression, la question qui se pose par la suite est : qui dépister ?

3. Qui dépister ?

Il n'existe pas de consensus sur la population à dépister.

Le NICE privilégie une approche ciblée sur les personnes ayant des antécédents de dépression ou d'autres maladies chroniques associées (47). Comme nous l'avons vu précédemment, l'USPSTF propose un dépistage chez tous les patients (66). Certaines institutions et certains auteurs, devant le coût en terme de temps et de faisabilité, proposent un dépistage chez les personnes à risque (75); d'autres proposent une définition plus vaste des patients à dépister en qualifiant ces derniers de «patients suspects» (68).

L'intérêt et la faisabilité du dépistage de la dépression en soins primaires sont donc encore au centre des études et débats. La discussion sur ce dépistage suscite secondairement une question pertinente : Quelle population dépister? Faut-il faire un dépistage de toute la population générale ou se concentrer sur les patients à risque ?

Ces différends nous amènent à réfléchir sur l'utilisation du dépistage en pratique de médecine générale. Un dépistage systématique de toute la population semble peu adapté et difficilement applicable (temps restreint en consultation, fréquence de dépistage non étudiée et impact réel non prouvé). Cependant, en soins primaires ce dépistage pourrait prendre tout son sens s'il est utilisé sur une population ciblée. Le PHQ-2 serait alors un instrument utile pour le médecin chez des patients plus à risque de présenter une dépression, pour qui le bénéfice l'emporterait sur les risques potentiels..

Dans ces conditions, il faut définir les individus les plus susceptibles de développer un épisode dépressif. Il s'agit des patients présentant des facteurs de risque de la dépression, et des patients avec des caractéristiques suspectes. Deux groupes que nous définissons ci-dessous.

B. Les facteurs de risque de la dépression

Dans le cadre de la dépression, il existe de nombreux facteurs de risque, mis en évidence par les études sur la prévalence de l'EDC que nous avons vues précédemment.

Pour une meilleure lisibilité, nous proposons de les aborder en quatre catégories :

- Les facteurs de risque socio-démographiques
- Les antécédents médicaux et personnels
- Les comorbidités
- Les événements de vie stressants

1. Les facteurs de risque socio-démographiques

Plusieurs facteurs socio-démographiques ont été identifiés (76):

- Le sexe : les femmes présentent deux fois plus d'EDC que les hommes.
- Le statut matrimonial : les sujets séparés ou divorcés sont significativement plus souvent déprimés que les autres.
- Le niveau social (niveau de revenu ou niveau scolaire) : un niveau social privilégié diminue la probabilité de dépression.

Leroux et Morin ont réalisé une étude fondée sur trois enquêtes en population générale (dont les enquêtes SMPG et Baromètre Santé 2005 que nous avons citées précédemment) (77). Cette étude permet de dégager plus précisément ces différents facteurs socio-démographiques.

a) Le Sexe

Les femmes sont plus touchées que les hommes par les troubles dépressifs. En effet, à âge, formation, situation conjugale et professionnelle identiques, une femme présente entre 1,5 et 2 fois plus de risque qu'un homme de vivre un épisode dépressif.

Cette prévalence de l'EDC plus élevée chez les femmes est retrouvée dans toutes les études de prévalence de la dépression.

Figure 5 : Prévalence de l'épisode dépressif au cours des 12 derniers mois selon l'âge et le sexe – Enquête Anadep (20)

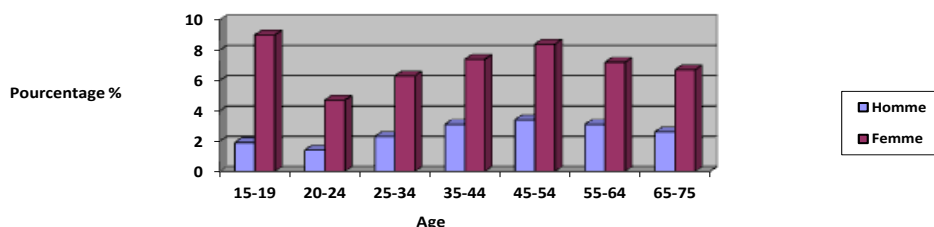


Tableau 4 : Prévalence au cours des douze derniers mois de l'épisode dépressif caractérisé selon l'âge et le sexe en population générale en France à partir des Baromètre Santé 2005 et 2010

	2005			2010		
	Femmes	Hommes	Ensemble	Femmes	Hommes	Ensemble
	%	%	%	%	%	%
Total 15-75 ans	10,4	5,1	7,8	10,0	5,6	7,8
15-19 ans	9,7	4,5	7,0	9,3	3,7	6,4
20-34 ans	11,9	6,4	9,1	13,2	7,0	10,1
35-54 ans	12,3	5,4	8,9	10,7	7,3	9,0
55-75 ans	6,8	3,6	5,3	6,6	2,6	4,7

Les causes de cette différence ne sont pas clairement établies. Selon certains auteurs, le rôle social des femmes serait source de stress et dépression ; tandis que pour d'autres auteurs, la dépression serait sous diagnostiquée chez les hommes. Pour des raisons d'image sociale, les hommes seraient moins enclins que les femmes à admettre une dépression lors d'un entretien et ils décriraient alors une symptomatologie impliquant moins la tristesse et l'anhédonie. Dans l'enquête SMPG, un tiers des hommes juge qu'une personne dépressive est «responsable de sa dépression», contre un quart des femmes. Cela viendrait appuyer l'idée qu'il est plus dévalorisant pour un homme de se reconnaître soi-même comme dépressif, d'où une sous déclaration potentielle lors des enquêtes.

b) Le statut matrimonial

Le risque d'épisode dépressif est fortement corrélé à la situation conjugale. Les personnes les moins exposées sont celles qui vivent en couple, et à fortiori les personnes mariées. De fait, la prévalence de l'épisode dépressif des personnes mariées est de quatre points inférieure à celle des personnes qui ne le sont pas, quelle que soit l'enquête.

La circonstance la plus dommageable est celle où le couple a été rompu. La rupture pourrait accroître la vulnérabilité face aux troubles dépressifs, lorsqu'elle conduit à un isolement non désiré et auquel la personne se sent inadaptée. Ainsi, une personne se déclarant célibataire est moins exposée aux troubles dépressifs qu'une personne vivant seule et se déclarant divorcée, séparée ou veuve.

Séparation, divorce et veuvage apparaissent comme des facteurs de risque majeurs de la dépression confirmant le rôle important du tissu relationnel proche dans la prévention des troubles dépressifs. Le réseau familial et relationnel, d'une part, et l'insertion professionnelle, d'autre part, diminuent le risque de trouble dépressif.

c) La situation professionnelle et le niveau social.

Vivre une période de dépression prolongée entrave l'insertion professionnelle, en provoquant une perte de la confiance en soi, une gêne relationnelle, une diminution de l'énergie. En retour, vivre une situation d'exclusion aggrave les risques de connaître un épisode dépressif. En effet, l'activité professionnelle n'est pas seulement un moyen de subsistance, elle est aussi une instance d'intégration, productrice de lien social.

Dans le Baromètre Santé comme dans l'enquête SMPG, le risque de trouble dépressif diminue lorsque le niveau de diplôme augmente. Toutes choses égales par ailleurs, le risque d'avoir un épisode dépressif est de 1,3 à 1,4 fois plus élevé chez un titulaire du seul baccalauréat que chez un diplômé du supérieur. L'écart est du même ordre entre une personne sans diplôme et un bachelier.

Situation professionnelle et niveau social sont donc étroitement liés au risque d'épisode dépressif.

2. Antécédents médicaux et personnels

a) Antécédents personnel et familial de dépression

Comme nous l'avons vu dans la première partie, il existe une forte prédisposition génétique à la dépression. Les sujets dont les parents proches ont présenté un EDC ont un risque plus élevé de développer à leur tour une dépression. La présence d'antécédents familiaux est donc un élément important à prendre en compte.

L'*Institute for Clinical Systems Improvement* (ICSI) a établi en 2012 une recommandation sur la prise en charge de la dépression chez l'adulte en soins primaires (78). Les données recueillies rapportent qu'un antécédent personnel de dépression est associé à 50% de probabilité de présenter un épisode dépressif ultérieur ; pour deux épisodes antérieurs, 70% de probabilité et pour trois épisodes ou plus, 90% de probabilité.

b) Maladies chroniques et douleur chronique

La dépression peut apparaître dès qu'il existe une pathologie somatique chronique. A l'annonce d'une maladie grave ou chronique, la perception de son état de santé par le patient est modifiée : il doit reprojeter l'idée qu'il se fait de son pronostic, de son handicap ou de la douleur potentielle (notamment chez les patients cancéreux). Ce changement de qualité de vie et d'état de santé peut déclencher une réaction psychologique importante.

La survenue d'un état dépressif dans un contexte somatique peut se rencontrer dans trois situations cliniques différentes :

- La dépression est l'un des symptômes de la pathologie organique. Elle s'intègre au tableau clinique et est probablement en rapport avec des troubles biologiques. C'est cette situation qu'il est important de rechercher avant de poser le diagnostic d'EDC car dans ce cas, le traitement de la maladie organique permettra de résoudre le problème dépressif.
- La dépression peut être la conséquence du traitement de la pathologie somatique. Devant tout état dépressif chez un sujet traité pour une pathologie somatique, il convient de rechercher un éventuel médicament responsable (corticoïdes, interférons, antirétroviraux).
- Le retentissement émotionnel d'une pathologie somatique peut contribuer à l'émergence d'un état dépressif, allant du trouble de l'adaptation avec humeur dépressive à l'EDC.

Plusieurs facteurs contribuent à une possible méconnaissance d'une dépression chez les patients atteints d'une pathologie somatique. A savoir, le centrage du praticien et du patient sur les plaintes somatiques ; la réticence du médecin à investiguer le trouble mental par manque de temps ou crainte d'être débordé par la détresse émotionnelle de son patient ; la banalisation des symptômes dépressifs «explicables» par la maladie physique ; la retenue quant à l'utilisation de traitements antidépresseurs en raison de leurs effets secondaires et de leur maniement rendu parfois difficile du fait de la pathologie somatique.

L'état dépressif peut aggraver la maladie somatique ainsi que son pronostic par l'intermédiaire de nombreux facteurs : impact biologique négatif, moindre observance voire refus des soins somatiques et des traitements ou abandon des règles hygiéno-diététiques associées. La dépression est désormais reconnue comme un facteur de mauvais pronostic dans plusieurs pathologies (79).

La douleur chronique a également un impact dans l'émergence d'une humeur dépressive. La HAS recommande en effet, dans l'évaluation du patient douloureux chronique, l'appréciation d'une composante dépressive induite ou associée (80).

c) **Maltraitance : abus sexuel et violence**

Il ressort des études épidémiologiques que la maltraitance dans l'enfance, évaluée en termes de violences physiques et d'abus sexuels, est associée à une élévation du risque de troubles psychopathologiques à l'âge adulte, en particulier dépression et troubles addictifs.

L'enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France, réalisée de mars à juillet 2000, révèle que la dépression concernerait environ 50% des femmes victimes de violences conjugales. Cette dépression est souvent liée à une grande incertitude vis à vis de l'avenir, à la peur de représailles de la part du partenaire, à l'angoisse de perdre la garde de ses enfants, à la crainte de difficultés économiques (81).

La psychiatre Alessandra Alciati reprend dans son livre (82) les résultats de plusieurs études évaluant les liens entre abus sexuels, violence et négligence dans l'enfance et l'apparition de troubles psychiatriques à l'âge adulte. L'étude de MacMillan (83) montre que les femmes avec une histoire d'abus sexuels ont un risque significativement plus élevé de présenter une dépression et un abus de substance. De même, une étude prospective chez un groupe d'enfants victimes de violence ou abus sexuels documentés, suivis jusqu'à l'âge adulte révèle une augmentation du risque de dépression au cours de la vie (84). Une revue systématique des études concernant les conséquences psychiatriques des maltraitements subies dans l'enfance trouve une association entre la maltraitance dans l'enfance et la dépression, ainsi qu'un lien avec les tentatives de suicide.

3. Comorbidités

Les comorbidités sont des associations nosographiques sans lien de causalité affirmé.

Chez les patients dépressifs, les plus fréquemment retrouvées sont deux autres pathologies psychiatriques : les troubles anxieux et les addictions.

Dans l'enquête ESeMed (33), 38% des sujets présentant un trouble dépressif avaient également un trouble anxieux ou un trouble lié à l'alcool. L'enquête Anadep confirmait également cette tendance, comme le montre la figure 3.

Nous reprenons ici les chiffres de l'enquête SMPG pour dresser un tableau comparatif des comorbidités de l'EDC (35).

Tableau 5 : Comorbidités de l'épisode dépressif - Enquête SMPG

	Parmi les personnes ayant un épisode dépressif	En population générale
Troubles anxieux	57,9	21,8
Anxiété généralisée	31,0	13,0
Troubles paniques	16,4	4,2
Phobie sociale	12,1	4,2
Agoraphobie	7,4	2,0
Addictions	13,1	6,2
Alcool	9,7	4,4
Drogue	5,8	2,6
Troubles anxieux et addictions	8,9	2,3

Lecture : 57,9% des personnes ayant un épisode dépressif souffrent d'un trouble anxieux. Dans l'ensemble, 21,8% de la population souffre d'un trouble anxieux.

a) Troubles anxieux

Les épisodes dépressifs s'accompagnent fréquemment d'une symptomatologie anxieuse, cette dernière compliquant le cours évolutif de la dépression (85). 98% des personnes dépendantes de l'alcool présentent des symptômes anxieux isolés (tension, peur, irritabilité)(86). La prévalence sur la vie entière d'une dépression chez un patient ayant un trouble anxieux généralisé est de l'ordre de 40%. La mise en évidence de troubles anxieux n'est pas aisée compte tenu de la proximité de certains symptômes. Cela reste néanmoins indispensable en vue d'une prise en charge médicamenteuse (la réponse à un antidépresseur en monothérapie est réduite) et psychothérapeutique adaptée afin d'éviter le risque de chronicisation ou de passage à l'acte suicidaire qui sont accrus en cas de comorbidités.

b) Addictions

La fréquence de l'association entre dépression et addictions complique l'approche diagnostique, car l'intoxication chronique modifie la présentation clinique d'une dépression tandis que la plainte dépressive masque parfois une consommation excessive.

- Les chiffres

Aux Etats-Unis, l'enquête NESARC (*National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions*) portant sur près de 43 000 sujets, montre que la prévalence de la dépression double en cas d'abus de substance : 15% de dépression caractérisée sur l'année versus 7% en population générale (87). Dans cette étude, la présence d'une dépendance à une substance (quelle qu'elle soit) expose à un risque significatif de présenter dans l'année un épisode dépressif caractérisé, le risque étant maximal pour la dépendance aux drogues.

L'association est également montrée chez les patients dépressifs : en population générale, la présence d'une dépression majeure expose à l'apparition au cours de la vie d'une conduite addictive, avec une fréquence de 40% pour l'abus-dépendance à l'alcool et de 17% pour les drogues.

Parmi ces drogues, on retrouve divers hallucinogènes, sédatifs, cocaïne, héroïne, cannabis... Mais le cannabis et l'alcool sont les substances psychoactives les plus fréquemment rencontrées en population générale. Les données du Baromètre Santé 2010 révèlent 5 millions de consommateurs réguliers d'alcool et 500 000 pour le cannabis, les chiffres pour la cocaïne, l'héroïne et l'ecstasy étant nettement moins importants (88).

Le cannabis est le produit le plus consommé parmi les drogues illicites. Sa consommation est extrêmement banalisée et son usage est un facteur d'aggravation de toutes les pathologies psychiatriques. L'attaque de panique est la manifestation psychiatrique la plus fréquente. Mais le lien entre cannabis et dépression est controversé. Le cannabis pourrait avoir des effets antidépresseurs, voire hypomaniaques. Il n'est pas rare de diagnostiquer des décompensations dépressives à l'arrêt de la consommation de cannabis mais aussi en cas de consommation excessive (89).

- La consommation d'alcool

Nous retiendrons particulièrement pour la pratique en médecine générale l'abus d'alcool.

Un travail nord-américain récent conduit en population générale auprès de 43 000 sujets âgés de 18 à 29 ans montre que la dépendance à l'alcool multiplie par 2,4 le risque de dépression ou d'anxiété (90). Chez un patient alcoolique consultant pour une aide ou une demande de sevrage, des symptômes dépressifs sont retrouvés dans 80% des cas. Un tiers des patients dépendants de l'alcool consultant leur médecin généraliste ont l'ensemble des critères de la dépression caractérisée (91).

La prise en charge de ces patients dépressifs alcooliques doit nécessairement prendre en compte les deux pathologies, sachant que la consommation de toute substance psychoactive est un facteur d'aggravation des psychopathologies évolutives avec de nombreuses complications telles que rechutes, arrêts de traitements, réhospitalisations et recours au service d'urgence plus fréquents,

moindre observance des soins, altération possible de la pharmacocinétique des antidépresseurs, augmentation du risque suicidaire, risque de désinsertion sociale (92).

- Dépression primaire ou secondaire ?

Ces addictions posent un défi diagnostique : s'agit-il d'un trouble de l'humeur induit par ces substances ou d'un épisode dépressif majeur primaire ? Faut-il initier un traitement antidépresseur dans ces cas ?

La nature de l'association de ces comorbidités est une question très discutée, d'autant qu'elle conditionne la prise en charge.

C'est classiquement la séquence d'apparition des deux pathologies qui permet la classification entre dépendance primaire compliquée d'une dépression et dépression primaire compliquée d'une addiction. Cette séquence d'apparition est différente chez les hommes et les femmes. Chez les premiers, l'alcoolisme précède la dépression dans 80% des cas alors que chez les femmes la dépression précède l'alcoolisme dans près de 66% des cas (85).

D'autres arguments peuvent aider à différencier origine primaire et secondaire du trouble dépressif chez les patients consommant de l'alcool. Ces derniers présentent plus fréquemment des symptômes psychiatriques isolés (symptômes d'anxiété ou de dépression) que des troubles psychiatriques caractérisés. Ces troubles psychiatriques, même caractérisés, disparaissent dans 90% des cas après un mois de sevrage d'alcool complet et effectif.

Inversement, certaines formes de dépendance semblent secondaires aux dépressions, le patient cherchant à soulager ses affects dépressifs par l'ingestion du produit. La dépression peut alors entraîner des conduites addictives du fait de la recherche des effets temporaires d'apaisement. Cette «automédication» est caractérisée par un renforcement négatif : la prise du produit diminue une sensation désagréable (anxiété, douleur morale) et renforce ainsi le risque de reconsommation ; les conséquences sociales et l'isolement relationnel directement induits par la dépression elle-même renforcent ensuite le recours au produit, recours intensifiant à son tour le sentiment d'auto-dévalorisation.

Certaines études recherchent, sans retrouver de consensus, les caractéristiques cliniques des dépressions en fonction de leur association aux addictions (93). Certaines caractéristiques des patients (marié, caucasien..) sont liés à des dépressions indépendantes (94). Mais, au final, l'expression clinique de la dépression ne permet pas réellement de distinguer les formes de dépressions primaires de celles induites par les substances.

La dépression expose les personnes atteintes à tous types d'addiction : alcool, cannabis, cocaïne, héroïne, jeux pathologiques. Réciproquement, la dépendance ou la consommation abusive de substances psychoactives augmente le risque de survenue d'un épisode dépressif.

Il existe d'ailleurs une sous-catégorie « Trouble de l'humeur induit par une substance » dans le DSM. Troubles anxieux et troubles liés à l'alcool sont souvent présents chez un patient présentant un EDC. Le médecin généraliste doit donc les rechercher afin d'adapter sa prise en charge thérapeutique. Ces comorbidités compliquent l'évolution de la dépression et potentialisent particulièrement le risque de suicide.

4. Évènements de vie stressants

L'ICSI indique que chez 40 à 60% des patients selon les études, un évènement de vie particulier précède l'EDC. Les situations suivantes sont ainsi considérées comme des facteurs de risque de la dépression :

- Décès récent ;
- Évènement de vie stressant ou traumatique (séparation, divorce, accident) ;

- Changement majeur du cadre de vie (changement de profession, chômage).

Dans l'enquête ESPS (32), 50% des dépressifs rattachent leurs symptômes à un épisode malheureux. Parmi ces événements de vie malheureux, quatre catégories dominent : en premier lieu, le décès d'un proche (27%) ; puis le chômage et les difficultés financières (19%) ; viennent ensuite la maladie, les accidents et les hospitalisations (17%) et en quatrième position le divorce (16%). Les deux tiers de ces événements sont très récents, survenant dans l'année précédant l'EDC.

La mise en évidence de ces facteurs pourrait laisser entrevoir la possibilité d'un dépistage ciblé chez les patients présentant ces caractéristiques. Un simple interrogatoire précis du patient permettrait de faire ressortir ces facteurs de risque, et indiquerait au praticien une population plus susceptible de présenter un EDC.

C. Les patients suspects

La difficulté pour le médecin généraliste est de repérer dans sa pratique quotidienne l'épisode dépressif quand celui-ci est « masqué » par des symptômes atypiques. Car, comme nous l'avons vu précédemment, les sujets dépressifs consultent souvent en première intention leur médecin avec généralement pour motif une plainte somatique. Le praticien s'échine alors à courir après des examens complémentaires divers et variés pour répondre à cette plainte somatique.

Le docteur Jaafari, psychiatre, propose plusieurs caractéristiques permettant de démasquer une origine dépressive devant des troubles somatiques (95).

- Disproportion entre la plainte et son retentissement dans la vie quotidienne.
- Rupture brutale dans la trajectoire de vie du patient.
- Refus marqué d'accepter l'origine dépressive du trouble.
- Les plaintes sont vagues, multiples, d'apparition brutale et variables d'un jour à l'autre avec une prédominance matinale. Elles sont présentées de façon répétitive et insistante auprès du médecin.

L'ICSI propose également quelques éléments permettant de suspecter une dépression (78) :

- Symptômes multiples non expliqués ;
- Consultations médicales multiples (cinq par an).

Devant des symptômes présentant ces caractéristiques, le médecin généraliste doit se poser la question de la possibilité d'une origine psychologique. Au lieu de s'épuiser à multiplier des explorations qui restent négatives, un entretien centré sur l'état psychologique du patient devient bénéfique.

A ce stade, la recherche de facteurs de risque et un dépistage par le PHQ-2, prennent tout leur sens en permettant de réorienter le diagnostic vers une origine psychologique et ce, rapidement.

D. Faire le diagnostic

Que le patient présente principalement des signes d'allure dépressive ou que l'on soupçonne une dépression chez un patient affichant des symptômes physiques inexpliqués, l'évaluation initiale passe par une anamnèse et un examen physique complet, afin de rechercher les diagnostics différentiels. Ce n'est qu'une fois cette étape franchie et ces possibilités éliminées que nous pouvons envisager la présence d'un épisode dépressif caractérisé.

A ce niveau, il est important d'éviter le deuxième écueil en médecine générale : faire un diagnostic d'EDC par excès en « psychologisant » d'emblée le patient et en ignorant des signes d'organicité. Le risque serait alors la prescription injustifiée d'un traitement antidépresseur, qui n'est pas anodine étant donné ses possibles effets secondaires ou ses interactions médicamenteuses, ainsi que l'absence de traitement de la pathologie organique responsable...

La connaissance des étiologies organiques, la réalisation d'un interrogatoire précis et un examen clinique rigoureux permettent d'écarter d'autres diagnostics que l'EDC.

1. Eliminer les causes organiques

a) *Diagnostics différentiels*

Plusieurs pathologies organiques peuvent être responsables d'un tableau mimant un épisode dépressif.

Voici une liste non exhaustive des principales étiologies des dépressions organiques (79) :

*Affections cérébrales : démence, tumeur, accident vasculaire cérébral (AVC), maladie de parkinson...

*Affections endocriniennes : hypo ou hyperthyroïdie, hypercorticisme, insuffisance surrénale...

*Affections auto immunes : lupus érythémateux systémique, polyarthrite rhumatoïde...

*Maladies infectieuses : VIH, tuberculose...

*Affections cancéreuses : tumeurs du pancréas...

Il ne faut pas non plus négliger les étiologies médicamenteuses liées principalement aux corticoïdes, interféron, antirétroviraux, chimiothérapie, anti-hypertenseur et bêta-bloquants.

D'autre part, des troubles de l'humeur peuvent apparaître lors de certains sevrages : alcool, amphétamine, corticoïdes.

Des éléments orientant vers ces pathologies, traitements ou sevrages, sont donc à rechercher à l'interrogatoire et à l'examen clinique.

b) *Anamnèse*

L'interrogatoire doit se concentrer sur la recherche des éléments importants :

- Les affections médicales du patient : antécédents.
- Les traitements du patient.
- La consommation d'alcool ou de drogues.

En cas de consommation alcoolique, celle-ci doit être évaluée par le médecin généraliste afin de déterminer le type de consommation (mésusage, alcoolisme dépendance...).

Il existe des outils standardisés pour évaluer cette consommation d'alcool. Les plus utilisés et les plus connus en France sont les questionnaires DETA-CAGE, AUDIT et plus récemment FACE (96–98).

Le questionnaire DETA-CAGE (Diminuer Entourage Trop Alcool, forme française du CAGE *Cut-down Annoyed Guilty Eye-opener*) a l'avantage d'être court (seulement quatre questions), facile d'emploi et d'explorer la vie entière. Malheureusement, sa sensibilité et sa spécificité en médecine générale varient beaucoup selon la population étudiée.

Le questionnaire AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*), développé sous l'égide de l'OMS, est un auto-questionnaire en dix items étudiant le rapport à l'alcool pendant les douze derniers mois (Annexe 3). Son avantage est de repérer trois niveaux de risque : le faible risque (abstinence ou consommation sous le seuil de risque), la consommation excessive et l'alcoolodépendance. Bien que ce test ait de bonnes performances (sensibilité 92% et spécificité 94%), il est d'utilisation difficile en médecine générale par manque de temps (temps de passation trop long et difficultés à le faire remplir en salle d'attente).

L'équipe du programme « Boire moins, c'est mieux » a élaboré le questionnaire FACE (Formule pour Apprécier la Consommation par Entretien, ou en anglais *Fast Alcohol Consumption Evaluation*) afin d'avoir un outil de repérage adapté à la médecine générale, plus facilement utilisable, mais tout aussi efficace que l'AUDIT (98).

Figure 6 : Questionnaires d'évaluation de la consommation d'alcool (97)

Questionnaire FACE et sa cotation

À quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool?

Jamais = 0	1 fois par mois ou moins = 1
2 à 4 fois par mois = 2	2 à 3 fois par semaine = 3
4 fois par semaine ou plus = 4	

Combien de verres standards buvez-vous, les jours où vous buvez de l'alcool?

« 1 ou 2 » = 0	« 3 ou 4 » = 1	« 5 ou 6 » = 2
« 7 à 9 » = 3	« 10 ou plus » = 4	

Votre entourage vous a-t-il fait des remarques concernant votre consommation d'alcool?

Non = 0	Oui = 4
---------	---------

Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme?

Non = 0	Oui = 4
---------	---------

Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous avez pu dire ou faire?

Non = 0	Oui = 4
---------	---------

Score total :

•Hommes:

- score < 5 : risque faible ou nul ;
- score de 5 à 8 : consommation excessive d'alcool probable
- score > 8 : alcoolodépendance probable.

•Femmes:

- score < 4 : risque faible ou nul ;
- score de 4 à 8 : consommation excessive d'alcool probable ;
- score > 8 : alcoolodépendance probable.

Questionnaire DETA-CAGE

- 1- Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées?
- 2- Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation?
- 3- Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop?
- 4- Avez-vous déjà eu des besoins d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme?

Deux réponses positives à ces questions ou plus sont évocatrices d'un mésusage d'alcool.

c) Examen clinique

L'examen clinique doit s'attacher à trouver des signes orientant vers l'une des pathologies organiques que nous avons citées précédemment et qui peuvent mimer un épisode dépressif.

Un des premiers éléments à noter est le POIDS et son évolution, afin de mettre en évidence un amaigrissement ou une prise de poids.

L'examen cardio-vasculaire se concentrera sur la mesure de la fréquence cardiaque à la recherche d'une bradycardie ou tachycardie orientant vers une dysthyroïdie. Une hypertension artérielle pourra évoquer un hypercorticisme ou une hyperthyroïdie, tandis qu'une hypotension sera retrouvée en cas d'insuffisance surrénale.

L'examen abdominal recherchera une masse abdominale, dans le cadre d'un cancer ; l'existence de troubles du transit : constipation de l'hypothyroïdie ou diarrhées motrices de l'hyperthyroïdie.

La palpation des aires ganglionnaires devra être systématique, ainsi que la recherche d'un goitre.

L'examen neurologique devra être minutieux et approfondi. Tout signe clinique de localisation neurologique doit faire discuter la réalisation d'un scanner. Le praticien s'attachera particulièrement à la recherche d'un syndrome parkinsonien (tremblement de repos, akinésie, hypertonie) et d'une faiblesse musculaire avec atrophie musculaire suggérant une hyperthyroïdie ou une insuffisance surrénalienne.

L'évaluation des fonctions cognitives est primordiale, notamment chez la personne âgée.

Au niveau dermatologique, toute atteinte cutanée pourra potentiellement orienter le diagnostic :

- Infiltration cutanéomuqueuse avec myxoedème dans l'hypothyroïdie ;
- Xérose et hypersudation dans l'hyperthyroïdie ;
- Mélanodermie de l'insuffisance surrénale ;
- Vergetures pourpres, signes d'hyperandrogénie et redistribution du tissu adipeux avec obésité facio-tronculaire, caractéristiques de l'hypercorticisme ;
- Eruption malaire photosensible en aile de papillon dans le lupus.

d) Examens paracliniques

Concernant les examens biologiques à pratiquer devant une suspicion d'EDC, il n'y pas de consensus établi dans la littérature.

La plupart des documents évoquent néanmoins quelques éléments de base. Le référentiel américain du département de la défense propose de réaliser : NFS, ionogramme sanguin, TSH, vitamine B12 et B9 (68).

L'altération de l'état général est un paramètre qui, bien que faisant partie à part entière de l'EDC, doit faire considérer la dépression comme un diagnostic d'élimination. Un bilan biologique standard comprenant une numération de la formule sanguine (NFS), une VS (vitesse de sédimentation) et une CRP (C Réactive Protéine) permettra de rechercher une anémie ou un syndrome inflammatoire (49). La réalisation d'une électrophorèse des protéines sériques (EPP) peut également être indiquée quand l'altération de l'état général est marquée.

Le dosage de la TSH (*Thyroïde Stimulating Hormone*) semble indispensable, la prise en charge des dysthyroïdies étant bien codifiée. Le dosage de la glycémie permet d'éliminer d'autres troubles endocriniens.

Chez les personnes âgées, le bilan est plus large (46) avec ionogramme sanguin, créatinine, bilan hépatique, calcémie, vitamine B12.

Ces éléments biologiques constituent le bilan complémentaire systématique devant tout EDC, les éléments de l'interrogatoire et de l'examen clinique orientant si besoin les autres examens à réaliser.

L'examen paraclinique à discuter est l'imagerie cérébrale.

Bien que ces cas soient rares, les exemples de tumeurs cérébrales à manifestation initiale psychiatrique se trouvent dans la littérature. Les tumeurs de la région diencéphalique (thalamus, hypothalamus et structures périphériques du troisième ventricule) sont souvent à l'origine d'une interruption de la boucle limbique et de ses interactions cortico-sous-corticales. Les présentations psychiatriques sont alors fréquentes, à type d'instabilité ou labilité émotionnelle, de manifestations du registre psychotique ou dépressif avec akinésie ou mutisme (99). Les tumeurs du corps calleux sont fréquemment révélées par des symptômes psychiatriques, en particulier à tonalité dépressive.

Mais cette éventualité d'une cause organique devant un tableau psychiatrique franc reste rare, comme le montrent plusieurs études réalisées chez des patients hospitalisés en milieu psychiatrique. Chez ces derniers, le diagnostic de tumeur cérébrale n'est confirmé par imagerie cérébrale que dans moins de 1 % des cas, des symptômes neurologiques étant alors fréquemment associés aux manifestations psychiatriques.

Au moindre doute sur des signes neurologique, le médecin ne devra pas hésiter à demander une imagerie cérébrale.

Il existe des cas où le diagnostic d'EDC semble évident mais dont l'évolution (apparition de signes neurologiques, mauvaise évolution sous traitement) permet la mise en évidence d'une pathologie organique sous jacente. Le caractère évident d'une symptomatologie dépressive ne doit pas faire omettre, dans le discours du patient, ce qui peut indiquer une souffrance organique (100).

Ainsi, devant toute évolution atypique ou péjorative d'un EDC, il est nécessaire de réévaluer cliniquement le patient avec un examen soigneux. Dans ces cas, il faut discuter des examens biologiques complémentaires et l'imagerie cérébrale ne doit pas être négligée.

2. Outils diagnostiques

Il existe plusieurs tests validés pour établir le diagnostic de l'épisode dépressif caractérisé. Ces outils permettent d'une part, de poser un diagnostic clair d'EDC ; d'autre part, pour certains, d'évaluer la sévérité de l'EDC et à distance, de juger de l'efficacité du traitement mis en place. Ces échelles sont habituellement utilisées pour les études cliniques mais certains référentiels en conseillent l'utilisation en soins de santé primaire.

Nous citerons ici les plus couramment utilisés :

- le questionnaire PHQ-9 (Patient Health Questionnaire)
- l'échelle de Beck (Annexe 4),
- l'échelle HDRS (Hamilton Depression Rating Scale)(Annexe 5),
- l'échelle MADRS (Montgomery and Asberg Depression Rating Scale)(Annexe 6),
- le MINI (Annexe 1),
- le CIDI-SF (Annexe 2).

L'Assurance Maladie met à disposition des médecins généralistes depuis 2010, deux questionnaires réalisés à partir de la définition du CIM-10 pour l'un et du DSM-IV pour l'autre (101,102). Ces questionnaires reprennent point par point les items afin de confirmer le diagnostic d'EDC et également d'en évaluer la sévérité. La parution de ces fiches témoigne du besoin évident d'un outil diagnostic pour aider les médecins généralistes dans leur pratique courante, notamment par rapport à l'appréciation de la sévérité dont découle le traitement. De plus, pour les patients qui n'acceptent pas un diagnostic pourtant clair de dépression, il n'est pas rare qu'un résultat positif ébranle leur conviction et permette d'ouvrir une porte sur le traitement.

Si le médecin estime qu'un test diagnostique est nécessaire, le choix se fait en fonction de ses préférences, de ses habitudes et de la faisabilité au cabinet. Le tout en sachant, comme nous venons de le dire, qu'un test permettant de jauger l'intensité de l'épisode sera d'autant plus utile pour la décision thérapeutique et l'évaluation de l'efficacité du traitement.

Le PHQ-9 est, parmi ces outils diagnostiques, l'un des plus communs et des plus utilisés. Il est recommandé en soins primaires par l'ICSI, le département américain de la défense et le *New Zealand Guidelines Group* (65,68,78).

Le PHQ-9 a fait preuve de sa validité en tant que test diagnostique depuis plusieurs années (103–105). Une des premières études en médecine de premier recours, retrouvait une spécificité de 94% et une sensibilité de 73% (106), ces valeurs restant toujours élevées dans les études ultérieures. En évaluant les neufs critères du DSM de 0 (=pas du tout) à 3 (=presque tous les jours), ce test permet également de mesurer la sévérité de l'épisode.

Figure 7 : Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

	Jamais	Plusieurs jours	Plus de 7 jours	Presque tous les jours
1. J'ai peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses.	0	1	2	3
2. Je me sens triste, déprimé ou désespéré.	0	1	2	3
3. J'ai de la difficulté à m'endormir ou à rester endormi ou je dors trop.	0	1	2	3
4. Je me sens fatigué ou j'ai peu d'énergie	0	1	2	3
5. J'ai peu d'appétit ou je mange trop	0	1	2	3
6. J'ai une mauvaise perception de moi-même ou je pense que je suis un perdant ou que je n'ai pas satisfait mes propres attentes ou celles de ma famille.	0	1	2	3
7. J'ai de la difficulté à me concentrer dans le cadre d'activités comme lire le journal ou regarder la télévision.	0	1	2	3
8. Je bouge ou je parle si lentement que les autres personnes l'ont remarqué. Ou au contraire, je suis si agité que je bouge beaucoup plus que d'habitude.	0	1	2	3
9. J'ai pensé que je serais mieux mort ou j'ai pensé à me blesser d'une façon ou d'une autre.	0	1	2	3
SCORE TOTAL				

Interprétation des résultats de l'échelle PHQ-9 :

Score < 10 = symptômes dépressifs légers ;

Score de 10 à 14 = épisode dépressif léger ;

Score de 15 à 19 = épisode dépressif modéré ;

Score ≥ 20 = épisode dépressif sévère.

Le critère de rapidité étant un argument de choix, le PHQ-9 semble le test le plus intéressant en pratique de médecine générale. Les tests cités précédemment nécessitent des temps de passation entre 10 et 20 minutes et certains d'entre eux ont des droits d'auteurs protégés.

Le tableau ci-dessous compare les caractéristiques de ces différents outils diagnostiques.

Tableau 6 : Les échelles d'évaluation de la dépression et leurs caractéristiques (107)

Outils	Temps requis	Commentaires
Inventaire de dépression de Beck	De 5 à 10 minutes	Auto évaluation 13 items Très utilisé en recherche Droits d'auteurs chers pour le clinicien
Echelle HDRS	De 15 à 30 minutes	Hétéroévaluation 17 items Test long
Echelle MADRS	De 10 à 20 minutes	Hétéro évaluation 10 items Droits d'auteurs protégés Test relativement long
Test PHQ-9	3 minutes	Auto évaluation 9 points Pas de coût additionnel

Pour affirmer le diagnostic de dépression, le choix de l'utilisation ou non d'un outil diagnostique reste à l'appréciation du médecin. En pratique de médecine générale, le test le plus approprié semble être le PHQ-9.

3. Cas particulier de la personne âgée

L'épisode dépressif chez la personne âgée comprend certaines particularités qui en font un enjeu diagnostique et pronostique important.

La dépression est mal comprise chez le patient âgé où le vécu dépressif et la tristesse sont souvent mis sur le compte de la vieillesse. De plus, la séméiologie dépressive est volontiers insidieuse et atypique. Les risques évolutifs sont majeurs, tant par le risque suicidaire que par celui d'aboutir à des états de dépendance lourde.

La symptomatologie dépressive du sujet âgé est souvent révélée par un tableau déficitaire, qui évoque également une démence. Et inversement une personne démente peut développer une dépression. Il faut donc savoir distinguer ces deux syndromes, dont le pronostic est différent et qui peuvent aussi être associés.

a) *Forme clinique de la dépression*

La séméiologie dépressive observable chez le sujet âgé répond aux mêmes critères que l'épisode dépressif de l'adulte, mais elle est volontiers masquée et difficile à reconnaître du fait des modifications somatiques contemporaines du vieillissement, de l'intrication fréquente avec des affections somatiques, et de l'idée fausse mais trop classiquement répandue que cette période de la vie s'accompagne inéluctablement d'une certaine tristesse (108).

La vieillesse est en effet une période de crise et de fragilisation en raison des pertes multiples subies : perte de l'activité professionnelle, perte d'un corps en bonne santé, perte de personnes chères...

Il existe des personnes qui vieillissent bien, mais il y en a d'autres qui traversent cette période avec des difficultés et qui les expriment d'une manière spécifique à cet âge : en particulier par une atténuation des symptômes dépressifs classiques (tristesse, anhédonie), et une plus grande fréquence de présentations atypiques avec des comportements d'agitation, de délire, de confusion et des somatisations.

Classiquement, anhédonie et tristesse ne sont pas au premier plan du tableau clinique.

En raison d'une connotation négative pour cette tranche d'âge, le patient âgé refuse fréquemment de se reconnaître déprimé. Il masque alors une partie des signes psychiques et affectifs derrière une somatisation plus avouable dans notre système de soins actuel.

Cette plainte somatique se substitue alors volontiers aux perturbations de l'humeur et de la vie affective. La quête hypocondriaque envahit la vie du patient, avec une participation anxieuse en premier plan.

Les troubles du comportement sont prépondérants avec désinvestissement affectif et cognitif, irritabilité et agressivité. Le déficit cognitif peut prédominer, le tableau clinique se caractérisant par une perte de concentration et des troubles de l'attention, posant alors le problème du diagnostic différentiel de la démence (7).

Chez la personne âgée, la comorbidité est omniprésente et il est parfois complexe de faire la part entre ce qui est lié à un substratum organique et ce qui appartient à l'expression d'un désarroi dépressif.

La recherche étiologique doit se concentrer spécifiquement sur les formes secondaires :

— à un trouble somatique : la dépression est associée beaucoup plus fréquemment à la maladie somatique chez le sujet âgé que chez le sujet jeune. Il faut donc penser à rechercher derrière le masque de la dépression, la maladie somatique, notamment les pathologies neurologiques et vasculaires cérébrales.

— à la iatrogénie : il faut y penser systématiquement de par le rôle dépressiogène de certains médicaments et la polymédication chez le sujet âgé (109).

La dépression de la personne âgée présente également quelques particularités évolutives.

Le taux de mortalité est nettement plus élevé chez ces patients dépressifs, en rapport avec la prévalence importante du suicide dans cette tranche d'âge et la fréquence accrue de pathologies organiques surajoutées. La dépression est souvent l'un des éléments initiateurs ou constitutifs d'une cascade pathologique dont le pronostic défavorable est encore aggravé par la constitution de véritables cercles vicieux gériatriques, le syndrome dépressif venant aggraver les maladies somatiques, qui sont quant à elles responsables d'une dégradation de l'état thymique. De plus, le risque de passage à une forme chronique est élevé.

In fine, trois points caractéristiques de la dépression chez la personne âgée sont essentiels :

- il n'existe pas de tristesse « légitime » du sujet âgé ;
- il y a une réelle difficulté à repérer chez le patient âgé le classique noyau dépressif rarement complet ;
- la séméiologie est souvent atypique : le corollaire en est une séquence diagnostique rigoureuse et méthodique.

b) Dépression ou syndrome démentiel débutant

Comme nous l'avons vu, les troubles cognitifs sont parfois au premier plan chez la personne âgée dépressive réalisant un tableau clinique de « pseudodémence ». La question du diagnostic différentiel entre dépression et démence est alors une des préoccupations principales du clinicien.

Devant tout trouble cognitif, la HAS préconise (110):

- D'effectuer une évaluation cognitive globale de manière standardisée à l'aide du Mini-Mental State Examination (MMSE, Annexe 7) ;
- De rechercher une dépression.

Pour effectuer ce diagnostic différentiel, le praticien peut s'aider de trois éléments, qui sont néanmoins à nuancer.

- La clinique : à partir des critères de la classification de Wells (tableau 1). Cette démarche est complétée par une évaluation cognitive approfondie (MMSE) et des examens paracliniques : biologie (démences curables) et de neuro-imagerie.

- L'épreuve thérapeutique aux antidépresseurs : il est proposé depuis longtemps de faire un test aux antidépresseurs pour rechercher une amélioration thymique sous traitement. Mais cette attitude comporte des risques : 30% des dépressifs âgés sont résistants aux antidépresseurs. Et surtout l'amélioration d'un syndrome dépressif ne doit induire le praticien. L'évolution à terme de ces pseudodémences reste marquée par la fréquence de survenue d'une démence authentique, justifiant un suivi régulier de ces patients.

- L'évolution reste un critère diagnostique a posteriori, mais à tempérer car il semble qu'un état dépressif chronique et grave peut évoluer à long terme vers une pathologie déficitaire.

Tableau 7: Critères cliniques distinguant dépression et démence, classification de Wells modifiée par P. Hottin et al., 1997

DEPRESSION	DEMENCE
Le patient vient seul	Le patient vient accompagné
Début datable avec précision	Début insidieux
Antécédents psychiatriques fréquents	Antécédents psychiatriques rares
Se plaint de pertes cognitives	Peu de plaintes
Met ses difficultés en évidence, répond « je ne sais pas »	Camoufle ses déficits, fait des réponses approximatives
Fait peu d'efforts pour réussir	Fait beaucoup d'effort, frustré par échec
Détresse affective soutenue	Affectivité superficielle et labile (incontinence émotionnelle)
Amélioration vespérale	Aggravation vespérale

De nombreuses études tentent de démêler les liens et l'intrication qui peuvent exister entre démence et dépression (111). Certaines révèlent un lien entre dépression chez le sujet âgé et risque de développer toutes formes de démence (112), en particulier vasculaire et Alzheimer (113–115). Les déficits cognitifs, notamment dans le domaine de la mémoire et des fonctions exécutives, survenant lors des dépressions de la personne âgée semblent augmenter le risque d'émergence d'une démence (116,117). Mais le type de relation entre ces deux pathologies reste méconnu (118–120) : la dépression serait-elle un prodrome ou un facteur de risque d'apparition d'une démence?

De la notion dépression ou démence, il faut passer à celle de dépression et démence, ce qui implique un changement d'attitude, une certaine prudence pour établir un diagnostic. Une amélioration d'un syndrome dépressif du sujet âgé par des antidépresseurs ne doit pas amener à être faussement rassurant. À l'inverse, un diagnostic de démence ne doit pas conduire à négliger le traitement de la dépression que l'on peut rencontrer tout au long de l'évolution de cette pathologie.

Le médecin doit adopter un schéma qui reconnaît ces deux affections comme associées dans la majeure partie des cas. Il doit surtout privilégier le suivi au long cours de ces patients, en ayant recours aux outils de dépistage des troubles cognitifs ou à des consultations spécialisées au moindre doute.

A ce stade, le diagnostic d'épisode dépressif est posé et le niveau de sévérité est déterminé. Le praticien doit maintenant procéder à l'évaluation du risque suicidaire.

VI. ÉVALUATION DU RISQUE SUICIDAIRE

« Sans plus d'amour à vivre, sans fortune ou manne céleste à espérer, sans estime de soi digne d'entretien, demain n'est qu'un supplice à endurer en silence à moins d'y renoncer. »

Romain Guilleaumes

A. Le suicide : état des lieux

1. Les données épidémiologiques

a) Dans le monde

La réduction du nombre de suicides est un enjeu majeur de santé publique qui s'inscrit dans l'objectif plus large de réduction de la mortalité prématurée (mortalité survenant avant l'âge de 65 ans).

Actuellement, les suicides et les tentatives de suicide présentent un caractère véritablement épidémique. Chaque année, l'OMS estime que près d'un million de personnes décèdent en mettant fin à leurs jours. Toutes les 40 secondes, une personne se suicide et, toutes les 3 secondes, une personne tente de se suicider (121).

Au cours des quarante-cinq dernières années, le taux de suicide a augmenté de 60% à l'échelle mondiale.

Le suicide figure parmi les dix principales causes de décès tout âge confondu, quel que soit le pays.

Il fait partie des trois principales causes de décès chez les personnes âgées de 15 à 44 ans dans certains pays, et est la deuxième cause de décès dans le groupe d'âge des 10-24 ans; ces chiffres ne tenant pas compte des tentatives de suicide qui sont près de vingt fois plus fréquentes que le suicide abouti.

À l'échelle planétaire, l'OMS estime que le suicide représentait 1,8% de la charge totale mondiale de morbidité en 1998, avec une variation selon la situation économique des pays de 2,3% pour ceux à situation élevée, à 1,7% pour les autres ; et qu'il atteindrait 2,4% en 2020. Ceci est équivalent au poids des guerres et des homicides et représente environ deux fois le coût du diabète.

b) En France

Selon les données de l'Institut national de la statistique et des études économiques (122), au sein de l'Europe, la France se situe dans le groupe des pays à fréquence élevée de suicide avec un taux standardisé global de 14,7 pour 100 000 habitants, soit nettement au-dessus de la moyenne de l'Union européenne (10,2 pour 100 000 habitants).

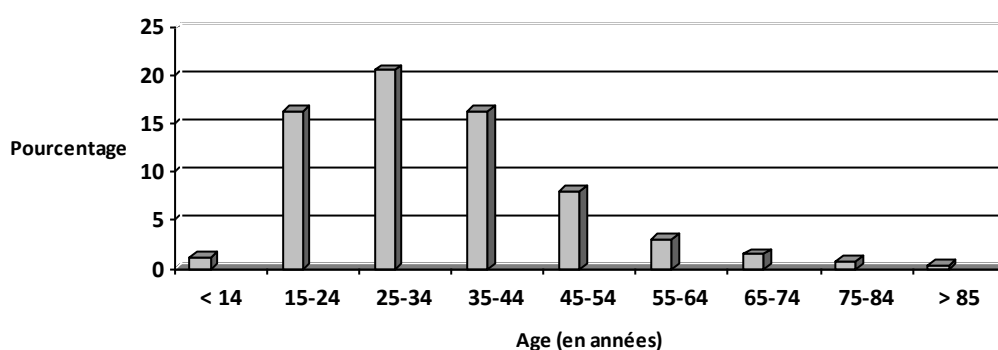
En 2011, 10 359 décès par suicide ont été enregistrés en France métropolitaine (3).

Alain Philippe, spécialiste du suicide à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), fait une analyse des statistiques épidémiologiques officielles sur le suicide, analyse fondée sur l'exploitation des certificats de décès réunis au sein du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc). Il rapporte que globalement, le suicide compte pour 1,9% des décès en 2008 avec 2,8% des décès masculins et 1,1% des décès féminins (123). Exprimé en années potentielles de vie perdue (calcul qui ne prend en compte que les décès survenant avant 70 ans), le suicide est la

troisième cause de décès (9,4%), plus que les accidents de la circulation (6%), après les maladies cardiovasculaires (12,3%) et les cancers (35,9%).

La tranche d'âge la plus affectée par les suicides est celle des 25-34 ans. À cet âge, les suicides constituent la première cause de mortalité pour les hommes (24% des décès), et la deuxième pour les femmes (16% des décès), derrière les cancers.

Figure 8 : Pourcentage de suicides par rapport au nombre total de décès par tranches d'âge en 2010 (Données CépiDc)



Plus d'un suicide masculin sur deux est une pendaison, un sur trois pour les suicides féminins. L'intoxication par médicament est le deuxième mode chez les femmes, alors que ce sont les armes à feu pour les hommes. Les précipitations (d'un lieu élevé ou sous un véhicule) et les noyades sont plus fréquentes chez les femmes. Les moyens les plus violents et qui laissent le moins de temps aux secours sont très majoritaires chez les hommes, alors que les modes féminins sont généralement moins létaux.

2. De l'idée suicidaire à la tentative de suicide

a) Idées suicidaires

Le suicide et la tentative de suicide sont généralement précédés d'une idéation suicidaire.

Le concept d'idée de suicide recouvre aussi bien l'idée fugace de lassitude de vivre que l'intention suicidaire franche avec organisation du passage à l'acte. Le risque de suicide est environ trente-cinq fois plus élevé chez les sujets qui ont des idées de suicide (124). Cependant, penser au suicide ne prédispose pas nécessairement à la réalisation de cet acte. La plupart des sujets confrontés à une idéation suicidaire disposent donc de moyens pour y faire face et pour éviter une tentative de suicide ou un suicide.

Dans le cheminement de l'idée suicidaire au passage à l'acte, se distinguent différentes étapes (125).

1. *L'apparition des idées suicidaires* : il peut s'agir de l'évocation passive de la mort qui apparaît comme un soulagement ou une solution aux difficultés actuelles.

2. *La rumination de l'idée suicidaire* : le retour constant et régulier de l'idée de suicide génère une angoisse qui attise la souffrance ; il existe de moins en moins d'autres solutions et l'idée suicidaire devient quasi obsédante.

3. *La cristallisation et la planification d'un scénario suicidaire* : c'est le moment où le suicide est considéré comme étant la solution ultime au désarroi et à la souffrance ; la décision est prise et le scénario suicidaire (où ? quand ? comment ?) s'élabore.

4. *L'élément déclencheur et le passage à l'acte.*

Un fait important concernant la recherche de la prédiction et de la prévention du risque suicidaire est que **69% des patients qui se sont suicidés avaient exprimé des idées suicidaires.**

Dans la plupart des cas, ce témoignage était relativement récent : 73% d'entre eux avaient eu lieu dans l'année même du suicide. Ces annonces présentaient les formes suivantes : déclaration claire et directe de l'intention de se suicider (41%), déclaration qu'il serait préférable d'être mort ou que le sujet était fatigué de vivre (24%), expression du désir de mourir (22%).

90% des premières tentatives de suicide non planifiées et 60% des tentatives planifiées surviennent dans l'année suivant l'apparition de ces idées suicidaires (126).

b) Tentatives de suicide

Le suicide ne constitue que le sommet de l'iceberg des comportements d'autodestruction. Un nombre extrêmement important d'individus tente de se suicider ou de s'infliger des blessures, souvent suffisamment sérieuses pour nécessiter une assistance médicale.

La véritable ampleur du phénomène des tentatives de suicide reste cependant mal précisée. Aucun pays ne collecte de façon systématique des données sur les tentatives de suicide (TS), d'où la difficulté d'études sur l'évolution dans le temps et les disparités selon les régions ou les pays (123). De plus, toutes les tentatives de suicide ne donnent pas lieu à une prise en charge médicale.

En 2002, le nombre de tentatives de suicide ayant donné lieu à un contact avec le système de soins est estimé à environ 195 000 (127). En recoupant les données du réseau sentinelle et d'une enquête réalisée par la Drees auprès des services d'urgences, le médecin généraliste serait sollicité dans 30% des TS ayant donné lieu à un recours aux services de soins. Environ 162000 tentatives de suicide auraient motivé un passage aux urgences hospitalières, soit par accès direct, soit après contact avec un médecin.

Ces données montrent que les TS, à la différence des suicides, sont majoritairement faites par des femmes (deux tiers des cas), adultes jeunes ou adolescentes ; et elles sont beaucoup moins fréquentes après 50 ans.

Christine Chan Chee utilise le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) pour analyser le nombre d'hospitalisations pour TS (128). En France métropolitaine, entre 2004 et 2007, un total de 359 619 séjours pour TS a été comptabilisé en médecine et chirurgie, correspondant à 279 843 patients.

Dans les résultats du Baromètre Santé de 2010 (129), on notera ces quelques chiffres:

- 7,6% des femmes et 3,2% des hommes déclarent avoir déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie ;
- 3,9% de la population a eu des pensées de suicide durant l'année écoulée, avec un maximum dans la tranche d'âge 45-54 ans pour les deux sexes.

3. Effet Werther et contagion suicidaire

Le phénomène de « contagion suicidaire » est observé depuis plusieurs siècles dans différents pays. Ce terme désigne un processus par lequel l'exposition au suicide ou au comportement suicidaire d'autrui incite d'autres personnes à commettre ou tenter un suicide. Cette influence peut s'exercer directement, lorsque par exemple on est témoin du suicide d'un proche, ou indirectement, par l'intermédiaire des médias en particulier, qui peuvent rapporter le suicide d'un individu connu ou non du public (130).

L'exemple célèbre de cette contagion est celui de la publication en 1774 des souffrances du jeune Werther. Dans cet ouvrage, Goethe met en scène ce jeune homme qui voit son amour pour une jeune femme contrarié. Ne pouvant supporter ce dépit amoureux, Werther se tue avec une arme à feu. La publication de ce roman déclencha une épidémie de suicides parmi les jeunes Allemands, qui allaient jusqu'à porter des vêtements similaires à ceux de leur héros, et à utiliser la même méthode suicidaire, un ouvrage posé à leurs pieds... L'épidémie s'étendit à toute l'Europe, et différents pays censurèrent le roman pour y mettre fin.

On appelle ainsi "effet Werther" le phénomène par lequel la diffusion d'une histoire de suicide dans les médias provoque une augmentation du nombre de suicides dans la population. Il s'agit donc d'un effet de contagion à partir d'un comportement modèle, après la présentation de ce comportement par les médias. L'impact de quelques suicides de célébrités a ainsi été étudié : on rapporte une augmentation significative du taux national de suicides au Québec le mois suivant le suicide d'un journaliste célèbre; à Hong-Kong, après le suicide de Leslie Cheung, acteur et chanteur très en vogue ; en France, après les suicides de Pierre Bérégovoy et de Kurt Cobain.

Par quels mécanismes un individu est-il amené à reproduire un geste aussi destructeur que le suicide, après avoir été le simple témoin d'un suicide modèle ? Il existe plusieurs approches pour expliquer ce phénomène :

Du point de vue sociologique, l'imitation d'un comportement s'accomplit de manière verticale, des élites vers le peuple. Ainsi une célébrité, appartenant à une forme d'élite, peut être l'objet d'une imitation. De même, dans nos sociétés démocratiques, c'est l'opinion majoritaire qui représente la supériorité, et les médias sont des vecteurs puissants de cette opinion majoritaire, favorisant ainsi l'imitation. Une star va être l'objet d'une identification d'autant plus forte qu'elle est célébrée comme une personne ordinaire : c'est ce paradoxe entre la figure inaccessible et enviable associée à la figure humaine (traquée par la presse « people » dans sa vie intime, avec ses joies et ses malheurs) qui fait de la star un modèle d'imitation puissant.

Freud a exploré les mécanismes d'imitation dans les groupes sociaux. Le processus d'identification est au cœur de sa thèse : l'identification mutuelle est ce qui fonde l'appartenance de chacun à un groupe. Le « meneur » du groupe exerce une influence majeure sur ses membres : ceux-ci se retrouvent dans un état de subordination presque amoureux à leur chef, comme hypnotisés. Le « meneur » incarne leur idéal. Cet état de subordination peut amener les membres d'un groupe à imiter n'importe quel comportement de ce meneur, jusqu'au suicide.

La psychologie cognitivo-comportementale considère chaque comportement comme la victoire des forces qui poussent à accomplir le comportement sur les forces qui en dissuadent. Ainsi, si un individu parvient à considérer le suicide comme plausible (il n'y a pas d'autre issue), voire avantageux (disparition des soucis), il peut être amené à se suicider. Considérer un comportement comme plausible peut s'opérer par simple observation d'un autre accomplissant le comportement, sans forcément en faire l'expérience soi-même. C'est l'apprentissage social : le sujet se sert de l'observation de différents modèles pour prendre ses propres décisions individuelles. Ce modèle va être d'autant plus suivi qu'il est quelqu'un d'important pour nous, et que son comportement est gratifié. Ainsi, la glorification de personnes suicidées et la banalisation de l'acte suicidaire par les médias peuvent favoriser ce phénomène d'imitation.

La connaissance de ce phénomène peut permettre de cibler des actions utiles de prévention du suicide. L'OMS a établi des recommandations auprès des médias, afin que ceux-ci puissent rapporter les suicides de manière prudente et éthique, et informer la population de l'aide disponible. Une autre méthode efficace est la «postvention» qui consiste en un travail de prévention auprès des communautés témoins du suicide d'un de leurs membres, afin d'éviter l'émergence d'une épidémie.

4. Prévention du suicide

L'OMS indique que la prévention du suicide, bien que réalisable, implique toute une série d'actions allant de la nécessité de fournir les meilleures conditions possibles d'éducation pour les enfants et la jeunesse, jusqu'à l'application de traitements efficaces pour les troubles mentaux en passant par le contrôle des facteurs de risques ; d'où la difficulté de réalisation.

Il existe un seul exemple, dans la littérature, d'un programme de prévention qui ait eu une efficacité documentée sur les suicides : le programme de l'île de Gotland, en Suède (131).

La détection du risque suicidaire y tenait une place importante. Les dix-huit généralistes de l'île ont participé à deux sessions de formation de deux jours afin d'apprendre à reconnaître les troubles dépressifs, à prescrire correctement les antidépresseurs, à hospitaliser à bon escient et, surtout, à reconnaître les tendances suicidaires et à gérer les problèmes d'alcool.

Deux ans après la mise en place de ce programme, les résultats étaient les suivants (125) :

- diminution des suicides de 60% ;
- consommation d'antidépresseurs en augmentation de 52% sur l'île de Gotland, (augmentation de 17% en Suède sur la même période) ;
- diminution de 50% des consultations en psychiatrie ;
- diminution de 50% des congés maladie dus à la dépression.

Une analyse coût/bénéfice de ce programme a révélé une balance très fortement excédentaire en faveur du programme. Cependant, en 1988, trois ans après la fin du programme, le nombre d'hospitalisations pour dépression avait de nouveau augmenté, et le taux de suicide était quasiment revenu à son niveau initial. Ceci souligne la nécessité de répéter régulièrement les formations.

D'autres études confirment le rôle primordial du médecin traitant dans la prévention du suicide. Dans leur large revue regroupant des études de 1966 à 2005, Mann et son équipe (132) ont évalué l'efficacité de diverses méthodes préventives dans le suicide. Parmi celles-ci, seules la formation des médecins généralistes et la restriction de l'accès aux moyens létaux semblent prévenir le suicide. L'éducation des patients et des médias, le dépistage systématique nécessitent d'avantage d'études et de recul afin d'évaluer leur efficacité.

60% à 70% des suicidants ont consulté un généraliste dans le mois précédant une TS, 36% l'ayant fait dans la semaine précédant l'acte (125). Plusieurs études communautaires à grande échelle (133) montrent que l'éducation des médecins généralistes et autres professionnels de la santé sur la reconnaissance et la pharmacothérapie appropriée de la dépression améliore considérablement l'identification et le traitement de celle-ci et réduit par voie de conséquence, le taux de suicide et de tentative de suicide dans les zones desservies par des médecins qualifiés.

Le comportement suicidaire a également des implications médico-légales importantes, le public et la justice attendant souvent que le médecin soit capable de prédire et de prévenir le suicide.

B. Suicide et troubles mentaux

Lors de l'autopsie psychologique, méthode rétrospective visant à reconstituer les antécédents du patient décédé et les circonstances de son geste, 90% des suicidés présentent une maladie psychiatrique (126). La prévalence de la morbidité psychiatrique pour les suicidants (personnes ayant commis une tentative de suicide) est un peu moins élevée mais augmente avec l'âge.

L'ensemble des études faisant l'autopsie psychologique des personnes suicidées montre que les troubles de l'humeur et le diagnostic de dépendance à l'alcool ou à une substance psychoactive sont les deux pathologies les plus souvent retrouvées (respectivement 60% et 35%) suivies des troubles psychotiques (134).

Les suicides réussis sont fréquemment liés à une alcoolisation importante. L'intoxication éthylique aiguë est associée à 56% des ingestions médicamenteuses volontaires, à 70% des suicides par armes à feu, et concerne globalement 87% des suicidés hommes (135).

S'il ne faut pas associer d'emblée suicide et état dépressif caractérisé, il est important de savoir qu'il existe 60% de symptomatologie dépressive dans les cas de passage à l'acte. Certains symptômes dépressifs sont plus spécifiquement corrélés au risque suicidaire : le réveil matinal précoce, l'anhédonie, la perte d'espoir, le pessimisme, l'absence de réactivité aux événements positifs, la perte d'estime de soi, un sentiment constant d'échec, un ralentissement important, une irritabilité et des troubles de la concentration (124).

Une étude récente a évalué le risque de conduites suicidaires (tentatives de suicides et suicides aboutis) au cours de l'évolution de la dépression durant 5 ans. Le risque de conduites suicidaires attribuables au temps passé déprimé est de 78%, indiquant l'enjeu que représente un traitement efficace de la dépression (136).

Une amélioration du repérage et une meilleure prise en charge des troubles mentaux et surtout de la dépression en médecine générale est une étape majeure dans la prévention du suicide.

C. Reconnaître la crise suicidaire

1. Crise suicidaire : définition

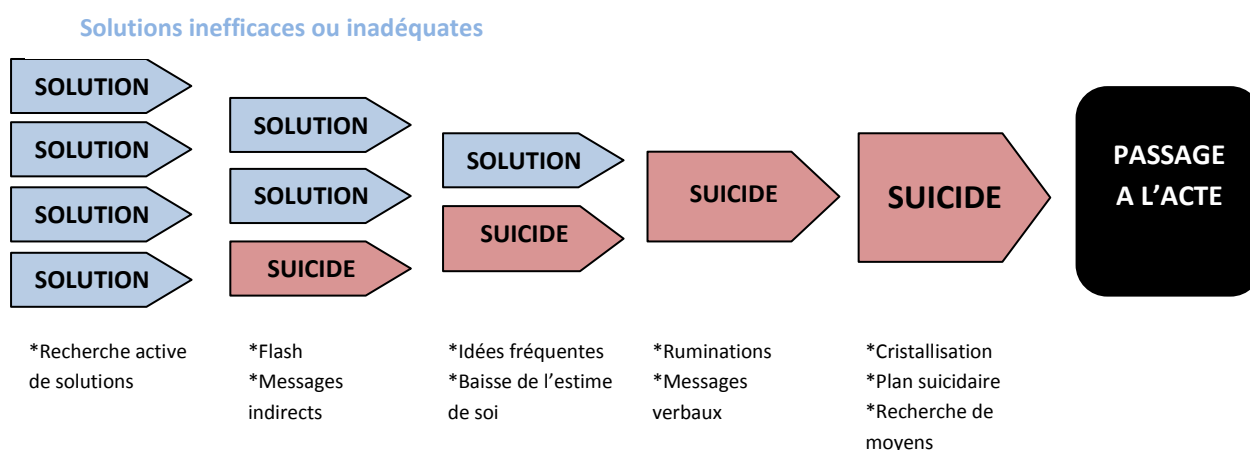
La crise suicidaire est une crise psychique dont le risque majeur est le suicide (125).

Un état de vulnérabilité et d'insuffisance de ses moyens de défense place la personne en situation de souffrance et de rupture d'équilibre relationnel avec elle-même et son environnement.

La crise suicidaire peut être représentée comme la trajectoire qui va du sentiment péjoratif d'être en situation d'échec au sentiment d'impossibilité d'échapper à cette impasse. Elle s'accompagne d'idées suicidaires de plus en plus prégnantes et envahissantes jusqu'à l'éventuel passage à l'acte.

Il s'agit donc d'un événement aigu, brutal, temporaire et réversible, qui met en jeu le pronostic vital et qui doit être identifié rapidement.

Figure 9 : La crise suicidaire (137)



2. Comment la repérer ?

Une recommandation de l'ANAES sur la crise suicidaire nous apporte des compléments d'information pour reconnaître cette crise et en apprécier la dangerosité (125).

Le repérage de la crise suicidaire s'appuie sur différentes manifestations :

En première ligne, les signes les plus évidents sont les expressions d'idées et d'intentions suicidaires.

En deuxième ligne, se trouvent des manifestations de crise psychique. Le patient ou son entourage peuvent décrire des signes de souffrance psychique, des signes d'incohérence, un changement de la relation avec l'entourage, l'abandon d'activités, une consommation abusive et cumulée (alcool, psychotropes, tabac, drogue), un désinvestissement des activités habituelles, des prises de risque inconsidérées, un retrait par rapport aux marques d'affection et au contact physique, un isolement.

En troisième ligne, se situe un contexte de vulnérabilité. L'impulsivité, des affections psychiatriques déjà existantes telles que la dépression, ainsi que l'alcoolisme et la toxicomanie y tiennent une place importante. Dans ce contexte, l'histoire familiale individuelle, les événements de vie douloureux (déplacement, perte d'un être cher, etc.) peuvent être des éléments de précipitation de la crise suicidaire.

Une accalmie soudaine peut être de très mauvais pronostic car elle peut correspondre à une résolution suicidaire ferme, le patient ayant décidé de passer à l'acte à brève échéance. Cette décision ayant été prise pour résoudre le conflit psychique, les manifestations anxieuses s'estompent. De même des « préparatifs » de décès ou un comportement « de départ », à type de rédaction de lettres ou de testaments, dons d'objets, discours d'adieu maquillés, sont des signes de très haut risque.

Il ne faut pas hésiter à questionner le patient sur ses idées de suicide.

Cette attitude, loin de renforcer le risque suicidaire, ne peut que favoriser l'expression des troubles. L'entretien doit être fait dans un climat de confiance, avec tact et sans émettre de jugement de valeur, de telle sorte que le patient se sente reconnu dans sa souffrance.

3. Facteurs de risque suicidaire

La capacité à reconnaître, évaluer et prévenir un passage à l'acte chez un individu exprimant des idées suicidaires est une tâche difficile pour le médecin. Le suicide, résultat de l'interaction de différentes variables, est d'un déterminisme complexe.

L'appréciation du contexte suicidaire, qui correspond à la recherche des facteurs de risque du suicide, est un axe essentiel de l'évaluation du potentiel suicidaire.

Les facteurs de risque suicidaire peuvent être classés selon plusieurs oppositions : psychopathologiques/socio-environnementaux, court terme/long terme, prédisposants/précipitants. Nous proposons ici de les décrire en distinguant facteurs de risque biographiques et psychopathologiques (126).

a) Facteurs biographiques

- Les tentatives de suicide

La TS est considérée comme le facteur de risque de suicide le plus significatif.

Environ 1% des suicidants se suicident dans l'année, et le risque de suicide chez les suicidants serait de 10 à 14% sur la vie entière. Le professeur Walter, psychiatre ayant participé à l'élaboration de la conférence de consensus sur la crise suicidaire, décrit que 30 à 40% des suicidants récidive, généralement dans l'année qui suit le premier épisode (126). Par ailleurs, les antécédents familiaux de TS et de décès par suicide sont également un facteur de risque.

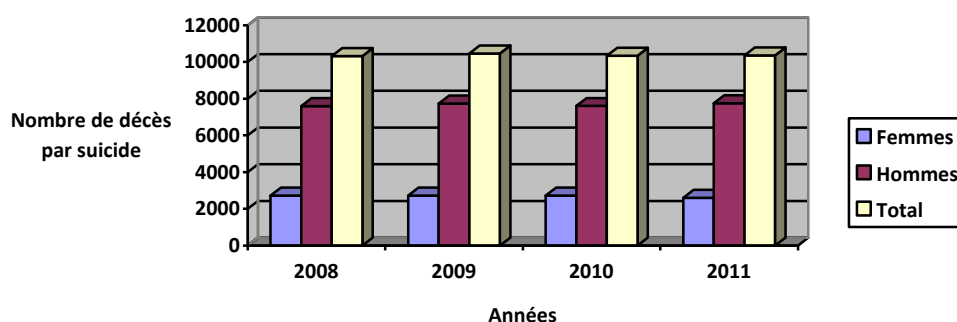
- Idées de suicide :

80% des sujets qui font une tentative de suicide ou se suicident expriment de telles idées dans les mois qui précèdent. Le risque de passage à l'acte est évalué, chez l'adolescent à 1% en l'absence d'idées suicidaires, à 14% en cas d'idées occasionnelles et à 41% en cas d'idées fréquentes.

- Le sexe masculin

Dans la majorité des pays, le suicide est plus masculin que féminin.

Figure 10 : Nombre de décès par suicide par an en France en fonction du sexe pour les années 2008 à 2011 (D'après les données du CépiDc)



- L'âge

La personne âgée de plus de 65 ans et le jeune entre 15 et 30 ans représentent deux groupes à risque de suicide élevé.

- Le statut marital

Les personnes mariées ont le taux de suicide le plus faible (environ 25% inférieur à la moyenne), alors que les veufs et les personnes divorcées ont des taux significativement plus élevés (plus de deux fois le taux moyen).

- L'isolement

Tout ce qui renforce la solitude et la perte d'identité de la personne dans son contexte de vie accroît le risque suicidaire, comme les séparations, l'isolement socio-familial, la perte d'emploi ou la perte d'autonomie, la marginalité.

- Le statut professionnel

La fréquence des comportements suicidaires est plus élevée chez les sujets inactifs. La perte d'emploi peut parfois être considérée comme un facteur précipitant. L'aspect important dans la perte du travail est la blessure narcissique et le sentiment de honte qui peuvent en résulter et qui favorisent l'apparition d'un état dépressif (124).

Plusieurs études ont fait état de liens entre l'évolution du taux de suicide et du taux du chômage mais les relations entre les deux apparaissent complexes. En effet, certains pays d'Europe comme l'Espagne, où le nombre de chômeurs est particulièrement élevé, ont un taux de suicide étonnamment bas comparé à la moyenne européenne. Pour beaucoup d'auteurs, les conséquences d'une perte d'emploi ou du chômage dépendent fortement du degré de vulnérabilité du sujet et de l'importance qu'il accorde à son travail.

Par ailleurs, certaines catégories professionnelles comme les vétérinaires, les pharmaciens, les dentistes, les médecins et les fermiers, sont reconnues comme ayant un risque élevé de suicide (138). Il n'existe pas d'explication précise à cette constatation mais certaines causes comme l'accès aux moyens létaux, la pression professionnelle, l'isolement social ou les difficultés financières sont invoquées.

- Certaines pathologies somatiques chroniques

Les études d'autopsies psychologiques retrouvent l'existence de maladies somatiques chez 25% des personnes décédées par suicide.

Certaines pathologies, et plus particulièrement les troubles neurologiques (sclérose en plaque, chorée de Huntington) et les cancers, sont entachées d'un risque suicidaire plus élevé (134). Ces affections chroniques favorisent les conduites suicidaires d'autant plus qu'elles sont hyperalgiques, handicapantes ou réputées incurables. De plus, il existe un nombre plus élevé de troubles psychiques et principalement de dépression, chez les patients atteints de troubles somatiques. Or, la dépression est un facteur de risque majeur du suicide...

- Les évènements de vie « négatifs »

Il existe un lien temporel entre certains évènements de vie et les tentatives de suicide. Cette liaison n'est pas considérée comme l'expression d'une causalité directe mais comme l'effet de facteurs prédisposants et précipitants.

Des évènements de vie particuliers sont retrouvés chez 65% des patients dans les trois mois précédant le suicide, et chez 42% des patients, dans la dernière semaine (124). Parmi ces incidents, les conflits interpersonnels jouent un rôle prépondérant. On retrouve souvent une notion de rupture, comme la perte d'une relation affective. Les conflits au sein du couple, ou de la famille, constituent des facteurs de risque extrêmement fréquents. Chez les personnes âgées, le décès du conjoint est l'évènement le plus fréquent.

Les évènements de vie prédisposants les plus étudiés sont les pertes précoces, la maltraitance dans l'enfance, les abus sexuels et les abus physiques. Les traumatismes vécus dans l'enfance et l'adolescence, comme les disputes parentales répétées, les pertes de relations très investies sur le

plan affectif jouent un rôle loin d'être négligeable. En fait, les relations entre ces chocs et les conduites suicidaires peuvent s'expliquer par une perturbation du processus de structuration de la personnalité. Ces traumatismes peuvent être à l'origine de problèmes d'intolérance à la rupture, à la frustration ou d'une incapacité à entretenir des relations stables avec les autres.

b) Les facteurs psychopathologiques

Comme nous l'avons vu précédemment, suicide et troubles mentaux sont fortement liés. Au cœur même des troubles psychiatriques en cause, certaines caractéristiques prédisposent plus ou moins à un acte suicidaire.

- L'épisode dépressif caractérisé

Dans le syndrome dépressif, le risque de suicide est permanent. Mais certaines caractéristiques de l'EDC sont associées à un risque suicidaire plus grand.

Unaniment, l'intensité de la dépression apparaît comme un paramètre important (124).

Le risque suicidaire est d'autant plus important

– dans les formes avec caractéristiques psychotiques, surtout si les idées délirantes sont à thème de persécution, de culpabilité, d'indignité et si le discours du patient révèle des autoaccusations.

– que la sémiologie dépressive comporte des caractéristiques mélancoliques. La mélancolie, que nous développerons plus loin, est une forme de dépression à risque suicidaire majeur et une urgence thérapeutique nécessitant une hospitalisation.

Le risque suicidaire n'est pas limité à un moment donné de l'évolution dépressive. Néanmoins, 40 à 70% des suicides surviennent dans la première année de la maladie, le trimestre suivant une sortie de l'hôpital étant le plus à risque. Ces constatations démontrent l'importance d'un suivi attentif et de la vigilance qui doit entourer un patient déprimé après son hospitalisation.

- Les addictions

L'alcoolisme accroît incontestablement le risque de comportement suicidaire. En effet, le risque suicidaire est huit fois plus élevé chez les alcoolodépendants qu'en population générale (139).

La consommation abusive d'alcool a plusieurs implications en matière de conduites suicidaires (140). Son rôle est prédisposant quand cet abus est chronique. L'alcool entraîne progressivement le patient vers une aggravation d'un état dépressif ou agressif et provoque une rupture de ses liens sociaux et affectifs. Son rôle est précipitant lors d'une alcoolisation aiguë. Cette dernière facilite le passage à l'acte en atténuant les mécanismes naturels de protection contre les gestes autodestructeurs (effet désinhibiteur). L'alcool entraîne une action biphasique sur l'humeur : euphorisante en phase d'ingestion; puis, dépressogène en phase d'élimination. Les symptômes dépressifs peuvent également survenir en phase de sevrage. L'abstinence peut amener le patient à se confronter à ses limites et à ses difficultés d'adaptation à la réalité.

La prévalence des tentatives de suicide est significativement plus importante dans le groupe de patients abuseurs de cannabis qu'en population générale (25,8% vs 6,5%), surtout lorsqu'il existe un trouble psychopathologique associé. Ce risque est encore augmenté lorsque l'abus concerne plusieurs substances plutôt que le cannabis seul : plusieurs études suggèrent ainsi que les jeunes poly-consommateurs de tabac, d'alcool et de cannabis présentent davantage de pensées suicidaires (141).

- L'anxiété

Le risque suicidaire est plus élevé dans certains troubles anxieux comme les attaques de panique, surtout en cas de comorbidité dépressive ou alcoolique. La coexistence de plusieurs troubles psychiques accroît ce risque de suicide.

Fawcett et son équipe ont mené une étude longitudinale sur 954 patients déprimés pendant quatre ans (142). A partir des vingt-cinq suicides relevés, ils ont identifié des facteurs de risque à court terme du suicide, sur lesquels une action thérapeutique immédiate peut être effectuée. Parmi ceux-ci on retrouve : l'anxiété sévère, notamment l'existence de crise d'angoisse, et les excès de boisson.

Ces facteurs de risque peuvent également être classés dans une perspective pragmatique et préventive, en facteurs primaires, secondaires et tertiaires. Cette classification permet d'établir un degré d'alerte pour chacune de ces trois classes.

FACTEURS DE RISQUE PRIMAIRES	<i>Ils ont une valeur importante au niveau individuel, une forte valeur prédictive du risque suicidaire et sont accessibles à une prise en charge préventive.</i>
	Troubles psychiatriques Antécédents personnels de TS Antécédents familiaux de TS et de suicide Intention suicidaire clairement exprimée Impulsivité
FACTEURS DE RISQUES SECONDAIRES	<i>Ils sont observables dans l'ensemble de la population, sont peu modifiables et ont une faible valeur prédictive en l'absence de facteur de risque primaire.</i>
	Pertes parentales précoces Isolement social (célibat, veuvage, chômage...) Difficultés financières Evènements de vie « négatifs »
FACTEURS DE RISQUE TERTIAIRES	<i>Ils ne peuvent être modifiés et n'ont aucune valeur prédictive en l'absence de facteurs primaires ou secondaires.</i>
	Sexe masculin Sujets âgés et 15-30 ans Périodes de vulnérabilité (phase prémenstruelle, périodes de fêtes...)

Les facteurs de risque que nous venons de décrire permettent d'identifier des populations à haut risque suicidaire. Toutefois, le haut risque est loin de la certitude et, à eux seuls, ces facteurs ne suffisent pas à justifier la mise en place de mesures de protection immédiate comme une hospitalisation. De plus ces éléments ne sont, dans la majorité, ni spécifiques ni exceptionnels pris isolément. C'est leur regroupement, leur association ou leur mode de survenue qui doit alerter le médecin, lui faire suspecter l'existence d'une crise suicidaire et le conduire à une investigation complémentaire.

4. Facteurs de protection

La définition des facteurs de protection est une étape essentielle de l'évaluation du risque de suicide afin de cerner les forces possibles et la résilience pouvant servir à réduire le risque de suicide. La résilience est une sorte de résistance psychique face aux aléas de la vie et désigne la capacité à s'adapter à un environnement changeant et à surmonter des situations traumatiques.

La reconnaissance de ces facteurs peut même servir à donner espoir aux personnes à risque. La responsabilité et l'amour de la personne envers sa famille ou ses enfants, les liens serrés qui l'unit à ses amis et à sa communauté, ou encore ses goûts et intérêts personnels peuvent nourrir chez elle un sentiment d'estime et doivent être pris en considération lors de l'évaluation du risque de suicide. Cela dit, la nature protectrice de certains facteurs peut être temporaire (la personne n'attend pas à ses jours tant que ses enfants vivent sous son toit).

Ces facteurs de protection doivent servir à soutenir le procédé de soins fournis à la personne afin de tenter de réduire le risque de suicide.

L'OMS cite les facteurs suivants en tant que protecteurs :

- Appui des membres de famille, des amis et d'autres relations importantes ;
- Croyances religieuses, culturelles et ethniques ;
- Vie sociale satisfaisante ;
- Intégration sociale, à travers le travail, l'emploi constructif du temps libre ;
- Accès au traitement et aux services de santé mentale ;
- Soins cliniques efficaces pour les troubles mentaux, physiques et d'abus de substances.

Selon la conférence de consensus, les facteurs de protection les plus pertinents (grade A) sont le support social et la prise en charge thérapeutique.

L'identification de ces facteurs de risque et de protection du suicide permet de situer le patient dans le processus suicidaire. La probabilité et l'imminence d'un passage à l'acte doivent ensuite être évaluées.

D. Évaluation de la dangerosité

1. Aborder la question du suicide

Le médecin doit aborder ouvertement le thème du suicide avec tout patient déprimé.

Il n'est cependant pas toujours facile d'interroger un patient sur son idéation suicidaire. Le praticien peut y parvenir plus aisément en abordant cette question graduellement.

L'OMS propose une série de questions allant dans ce sens:

- Vous sentez-vous malheureux et sans soutien ?
- Vous sentez-vous désespéré (dans une situation sans issue) ?
- Vous sentez-vous incapable de faire face au quotidien ?
- Ressentez-vous le fardeau de l'existence ?
- Pensez-vous que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue ?
- Souhaitez-vous vous suicider ?

L'approche ne doit pas se terminer lors de la confirmation de l'intentionnalité suicidaire. Elle doit être poursuivie par d'autres questions permettant d'évaluer la fréquence, la sévérité de cette intentionnalité et la possibilité d'un passage à l'acte.

Il est important de préciser tout cela sans trop d'insistance ou de coercition mais chaleureusement, le médecin démontrant une compréhension, une empathie envers son patient.

L'ANAES rappelle la nécessité d'explorer six éléments :

1. Le niveau de souffrance : désarroi ou désespoir, repli sur soi, isolement relationnel, sentiment de dévalorisation ou d'impuissance, sentiment de culpabilité.
2. Le degré d'intentionnalité : idées envahissantes, ruminations, recherche ou non d'aide, attitude par rapport à des propositions de soins, dispositions envisagées ou réalisées dans le but d'un passage à l'acte (plan, scénario).
3. Les éléments d'impulsivité : tension psychique, instabilité comportementale, agitation motrice, état de panique, antécédents de passage à l'acte, de fugue ou d'actes violents.
4. Un éventuel élément précipitant : conflit, échec, rupture, perte, ...
5. La présence de moyens létaux à disposition : armes, médicaments, ...
6. La qualité du soutien de l'entourage proche : capacité de soutien ou inversement renforcement du risque dans le cas de familles « à transaction suicidaire ou mortifère ».

Le degré d'urgence est classé en trois stades, tels qu'ils sont décrits dans le tableau suivant.

<u>URGENCE FAIBLE</u>	Une personne qui : - désire parler et est à la recherche de communication ; - cherche des solutions à ses problèmes ; - pense au suicide mais n'a pas de scénario suicidaire précis ; - pense encore à des moyens et à des stratégies pour faire face à la crise ; - n'est pas anormalement troublée mais psychologiquement souffrante ; - a établi un lien de confiance avec un praticien.
<u>URGENCE MOYENNE</u>	Une personne qui : - a un équilibre émotionnel fragile ; - envisage le suicide et son intention est claire ; - a envisagé un scénario suicidaire mais dont l'exécution est reportée ; - ne voit de recours autre que le suicide pour cesser de souffrir ; - a besoin d'aide et exprime directement ou indirectement son désarroi.
<u>URGENCE ÉLEVÉE</u>	Une personne qui : - est décidée : sa planification est claire et le passage à l'acte est prévu pour les jours qui viennent ; - est coupée de ses émotions: elle rationalise sa décision ou, au contraire, elle est très émotive, agitée ou troublée ; - se sent complètement immobilisée par la dépression ou, au contraire, se trouve dans un état de grande agitation ; - dont la douleur et l'expression de la souffrance sont omniprésentes ou complètement tues ; - a un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider ; - a le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé ; - est très isolée.

2. Urgence élevée : que faire ?

L'hospitalisation est recommandée si la crise suicidaire est d'urgence élevée (125). Toute autre situation devra être évaluée au cas par cas.

Sur le terrain, cette hospitalisation est souvent difficile à obtenir :

- Il existe une forte réticence de la population à l'hospitalisation en milieu psychiatrique, parmi " les fous".
- L'indication de l'hospitalisation paraît excessive au patient et à l'entourage.
- La sectorisation en matière d'hospitalisation psychiatrique peut imposer une hospitalisation dans un service éloigné géographiquement, alors que l'hôpital général est plus proche du domicile.

En cas de refus d'hospitalisation et si la dangerosité de la situation l'impose, il pourra être nécessaire de recourir aux dispositions de la loi de 1999, révisée en Juillet 2011 et septembre 2013 (Soins à la demande d'un tiers et Soins à la demande d'un représentant de l'état qui remplacent l'hospitalisation à la demande d'un tiers et l'hospitalisation d'office)(143).

Quel que soit le contexte, et notamment en urgence, il convient d'expliquer systématiquement au patient les raisons de cette démarche de soins et l'impossibilité d'y déroger afin de garantir sa protection, les conditions de la prise en charge (lieu d'hospitalisation, délai, équipe), et l'aspect transitoire de cette hospitalisation. En d'autres termes, il faut travailler une alliance thérapeutique même lorsqu'elle paraît rompue.

3. Conduite à tenir en cas d'urgence faible ou modérée

Plusieurs solutions se présentent

- L'hospitalisation aussi peut être discutée avec le patient et son entourage.
- En cas de non-hospitalisation, le médecin doit proposer et organiser un suivi en ambulatoire avec un psychiatre référent. Il est recommandé d'avoir recours à la psychiatrie dans tous les cas où l'existence d'une pathologie psychiatrique s'associe à la crise (grade A) : ce qui est le cas dans notre démarche de recherche de crise suicidaire chez un patient dépressif.
- Le médecin devra s'enquérir de tous les supports et ressources possibles, chercher un parent, un ami, une connaissance ou toute autre personne qui pourrait aider le patient. Il doit solliciter l'assistance de celle-ci.
- Le contrat de "non-suicide", bien que n'ayant aucune preuve actuelle de son efficacité, est couramment utilisé dans la pratique clinique. Il consiste en une entente verbale ou écrite, dans lequel la personne suicidaire s'engage envers l'intervenant (médecin, psychiatre) à ne pas attenter à ses jours. Ce contrat comporte trois éléments de base : une promesse de non-passage à l'acte de la part de la personne suicidaire ; une durée de validité de l'entente et l'identification claire d'un répondant ou une ressource précise dans l'éventualité d'un fort désir de passage à l'acte et que l'intervenant ne soit pas disponible.

Cependant ce contrat ne doit pas être considéré comme un substitut à une évaluation clinique approfondie et le médecin doit garder une vigilance clinique accrue puisqu'une telle entente peut lui donner un faux sentiment de sécurité (144). Cette stratégie nécessite pour le moment des informations supplémentaires pour se prononcer sur son efficacité.

E. Outils d'évaluation du risque suicidaire

Différentes échelles ont été conçues pour faciliter le processus d'évaluation du risque suicidaire.

Pour en citer quelques unes :

-L'échelle de désespoir de Beck, comprenant vingt items, avec une bonne sensibilité, est la plus répandue (Annexe 7) ;

-L'Echelle d'évaluation du Risque Suicidaire de Ducher (RSD) comprenant seulement dix items, est valide tant en population générale que chez les suicidants (Annexe 8) (145,146).

L'utilisation de ces tests au cours d'une consultation de médecine générale paraît peu adaptée, compte tenu du temps nécessaire pour les remplir. Ces échelles sont surtout destinées à la recherche et il est conseillé d'avoir suivi une formation sur leur utilisation (147).

Les scores globaux générés par les instruments d'évaluation du risque de suicide sont parfois moins utiles que les sujets abordés sur les questions mêmes de l'outil. Par exemple, il est plus important de savoir que la personne a élaboré un plan de suicide que de savoir qu'elle a obtenu un score de 11 sur 20. Le danger est de se fier entièrement à un seul score de risque : il n'existe pas d'outil permettant à ce jour de prédire le comportement suicidaire futur d'un individu donné.

Ces échelles visent à établir une prédiction du phénomène en termes d'analyse de facteurs de risque. Ces différents facteurs ne reposent pas sur un modèle additif, à savoir la somme de chacun d'entre eux, mais sur une dynamique intégrative où chacun d'eux dépend de la présence ou de l'absence d'autres éléments. Or les outils ne peuvent tenir comptes des interactions entre différents facteurs donnés à l'échelle individuelle.

Ces instruments ne peuvent que faciliter le processus d'évaluation du risque en fournissant de l'information utile, et doivent servir à éclairer le jugement clinique en vue de cerner le risque et de prendre les décisions qui s'imposent. En ce sens, ils offrent l'occasion d'uniformiser et d'améliorer le processus d'évaluation des risques (148).

Dans la recommandation de 2000, le groupe de travail insiste sur la nécessité d'établir des instruments d'aide à la décision spécifiquement destinés aux médecins généralistes.

Actuellement, un des modèles les plus facilement utilisables en pratique de médecin générale pour l'évaluation du potentiel suicidaire, s'analyse selon trois principaux axes: c'est la méthode RUD, Risque Urgence Dangerosité (149).

- Le risque englobe la recherche des facteurs de risque.
- L'urgence situe le patient dans le processus suicidaire en recherchant les idées suicidaires, un scénario suicidaire, son éventuelle planification dans le temps et un événement déclencheur potentiel ;
- La dangerosité renvoie à l'accessibilité immédiate et la létalité du moyen envisagé.

Grace à ces trois composantes, le risque suicidaire est évalué comme faible, moyen ou élevé.

Les recommandations pour la pratique clinique : « Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire » et la conférence de consensus « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge » ne répondent pas à la question du rythme de l'évaluation suicidaire chez le patient déprimé et du rythme des consultations.

Le compromis suivant semble acceptable : estimation du potentiel suicidaire à chaque consultation aussi longtemps que l'état clinique du patient le justifie (150).

Cette évaluation du risque suicidaire est donc primordiale chez tout patient dépressif. Il appartient à chaque médecin d'aborder ouvertement le thème du suicide et d'apprécier le risque, l'urgence et la dangerosité de la menace suicidaire pour tout patient présentant une symptomatologie dépressive. Cependant, le suicide reste rare: sa prévalence en population générale est de 0,016%, contribuant à la difficulté de la prévention suicidaire. Un des enjeux de cette prévention, outre la protection du patient, est l'impact sur le médecin : le fait d'avoir un patient s'étant suicidé a un effet significatif sur le mental du médecin, avec perte de l'estime de soi, perte de confiance en ses capacités professionnelles et augmentation du stress.

In fine, il est très difficile d'être prédictif parmi :

- Ceux qui ne parlent jamais de suicide et qui se suicident
- Ceux qui en parlent souvent et qui se suicident
- Ceux qui en parlent souvent et qui ne se suicident jamais...

VII. GRANDS CADRES ÉTIOLOGIQUES

Dans le DSM-V, l'épisode dépressif caractérisé ne peut être diagnostiqué comme une entité autonome. C'est une phase thymique, comme l'épisode maniaque et l'épisode hypomaniaque, utilisée pour construire un diagnostic de « Troubles de l'humeur » (6).

Un épisode maniaque est défini par une exaltation de l'humeur avec euphorie et labilité émotionnelle. S'y associent une surestimation de soi, un sentiment de toute puissance, un optimisme débordant, une hyperactivité motrice avec désinhibition comportementale et pulsionnelle.

Un épisode hypomaniaque est défini par une élévation anormale et persistante de l'humeur. Les symptômes caractéristiques sont les mêmes que ceux de l'épisode maniaque, mais l'épisode hypomaniaque n'est pas suffisamment important pour entraîner une altération marquée du fonctionnement social ou professionnel.

Les troubles de l'humeur sont divisés en :

- Troubles dépressifs, aussi dénommés « dépression unipolaire ». En effet ils se distinguent des troubles bipolaires par l'absence d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

Parmi ces troubles dépressifs, nous détaillerons :

- Trouble dépressif majeur
- Trouble dépressif persistant
- Autres troubles dépressifs
- Troubles bipolaires avec principalement :
 - Trouble bipolaire de type I
 - Trouble bipolaire de type II
 - Trouble cyclothymique
- Et deux troubles fondés sur une étiologie :
 - dû à une affection médicale générale
 - induit par une substance

Quand le diagnostic d'EDC est posé, le médecin doit l'intégrer dans l'une de ces catégories, car la prise en charge thérapeutique est différente selon le trouble de l'humeur.

Bien que dans cette thèse, ce soit le trouble dépressif majeur qui nous intéresse, une brève revue des autres troubles de l'humeur paraît nécessaire, afin de mettre en évidence les spécificités qui les caractérisent.

A. Trouble unipolaire

1. Trouble dépressif majeur

Le trouble dépressif majeur se caractérise par une évolution clinique consistant en un ou plusieurs épisodes dépressifs caractérisés sans antécédent d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

L'EDC peut avoir certaines particularités cliniques, détaillés dans le DSM-V, que le médecin doit savoir chercher. Il peut être :

- Avec caractéristiques mixtes

La coexistence, dans un EDC, d'au moins trois symptômes de manie (insuffisants pour satisfaire les critères d'un épisode maniaque) est maintenant reconnue par ce spécificateur.

- Avec détresse anxieuse

Cette particularité est définie par au moins deux des symptômes suivants : un sentiment d'être surexcité ou tendu ; être inhabituellement inquiet ; des difficultés de concentration à cause de l'inquiétude ; la peur que quelque chose d'horrible arrive et le sentiment que l'on peut perdre le contrôle de soi.

- Avec caractéristiques catatoniques

Le tableau clinique est caractérisé par un trouble psychomoteur marqué.

On retrouve au moins deux des éléments suivants :

- Immobilité motrice se traduisant par une catalepsie (flexibilité cireuse) ou un état de stupeur ;
- Activité motrice excessive, apparemment sans but et non influencée par les stimuli externes ;
- Négativisme extrême se manifestant par le maintien des attitudes contre toute tentative de mobilisation ou par une opposition à toutes les consignes ;
- Mouvements volontaires bizarres se manifestant par l'adoption de postures inappropriées ou surprenantes, de mouvements stéréotypés ou de mimiques grimaçantes prononcées ;
- Echolalie (répétition pathologique, comme un perroquet, de mots ou phrases qui viennent d'être prononcées par une autre personne) ou échopraxie (imitation répétitive des mouvements d'une autre personne).

- Avec caractéristiques mélancoliques

La particularité essentielle de l'aspect mélancolique est la perte d'intérêt pour toutes (ou presque) les activités ou une absence de réactivité, même temporaire, aux stimuli habituellement considérés comme agréables.

De plus, au moins trois symptômes parmi les suivants sont présents : une qualité particulière de l'humeur dépressive (humeur ressentie qualitativement différente du sentiment éprouvé après la mort d'un être cher), une aggravation matinale habituelle de la dépression, un réveil matinal précoce, un ralentissement psychomoteur ou une agitation marqués, une anorexie ou une perte de poids significatives, une culpabilité excessive ou inappropriée.

La mélancolie est une des formes de la dépression auquel le praticien doit être très vigilant car les dépressifs mélancoliques présentent un risque suicidaire très élevé.

- Avec caractéristiques atypiques

Le terme de dépression atypique possède un sens historique et ne connote pas une présentation clinique rare ou inhabituelle. La particularité de ce tableau clinique est la réactivité de l'humeur, c'est-à-dire la capacité à se sentir mieux lorsque quelque chose d'agréable se produit. Le patient peut rester euthymique pendant des périodes prolongées si les circonstances extérieures demeurent favorables.

Il existe également au moins deux des symptômes suivants : une augmentation de l'appétit ou prise de poids, une hypersomnie, une impression de membres « en plomb » (sensation de lourdeur), une sensibilité extrême au rejet dans les relations interpersonnelles.

Cette spécification ne peut pas s'appliquer si l'EDC remplit les caractéristiques mélancoliques ou catatoniques.

- Avec caractéristiques psychotiques

Dans ce cas, s'ajoutent aux symptômes de l'EDC des idées délirantes ou des hallucinations, qui peuvent être :

- congruentes à l'humeur : le contenu du délire est cohérent avec l'humeur basse du patient à travers des thèmes de persécution, culpabilité, punition méritée, maladie, mort.
- non congruentes à l'humeur : le contenu des idées délirantes ou hallucination ne s'accorde pas avec les thèmes habituels de la dépression, cités ci-dessus.

- Avec modèle saisonnier

La singularité de ce tableau clinique est la concordance entre le début et la rémission de chaque EDC et des périodes caractéristiques de l'année (dans la plupart des cas, l'EDC débute en hiver et prend fin vers le printemps).

2. Le trouble dépressif persistant

Cette classe diagnostique regroupe le trouble dépressif chronique et la dysthymie du DSM-IV.

Cette pathologie se caractérise par une humeur dépressive persistante qui survient plus d'un jour sur deux pendant au moins deux ans. Au moins deux des symptômes additionnels suivants y sont associés : perte d'appétit ou hyperphagie, insomnie ou hypersomnie, baisse d'énergie ou fatigue, faible estime de soi, difficultés de concentration ou difficultés à prendre des décisions, et sentiment de perte d'espoir.

Le trouble dépressif persistant comprend également les cas où les critères complets de l'EDC ont été remplis continuellement pendant deux ans.

Au cours de cette période de deux ans, les intervalles libres de tout symptôme ne durent pas plus de deux mois.

3. Autres troubles dépressifs

Le DSM-V définit deux autres catégories de troubles dépressifs : les *autres troubles dépressifs spécifiés* et le *trouble dépressif non spécifié*.

Ils regroupent les troubles ayant des caractéristiques dépressives qui ne remplissent pas tous les critères pour appartenir à une des sous-classes des troubles dépressifs.

S'y retrouvent également les tableaux cliniques pour lesquels les informations sont insuffisantes pour porter un diagnostic spécifique.

B. Troubles bipolaires

Le diagnostic d'EDC étant établi, il est important de pouvoir rattacher l'épisode à un trouble unipolaire ou bipolaire, afin d'adapter des mesures thérapeutiques spécifiques.

En effet, beaucoup de patients bipolaires ont un mode d'entrée dans la maladie par un EDC. Les conséquences d'une mauvaise évaluation diagnostique peuvent être graves et mettre en jeu le pronostic vital. La prescription d'antidépresseurs risque de provoquer une instabilité thymique, d'induire des épisodes maniaques et hypomaniaques ou d'entraîner une accélération des cycles.

Les sous-diagnostic du trouble bipolaire et les délais importants entre l'apparition des premiers symptômes et le diagnostic sont connus : 30 à 40% des patients bipolaires recevraient un diagnostic de trouble unipolaire ; 49% ne sont pas diagnostiqués comme ayant un trouble uni- ou bipolaire ; 20% seulement reçoivent un diagnostic correct. Le délai entre le premier contact avec le système de santé et le diagnostic de bipolarité est en moyenne de huit ans (151).

Les troubles bipolaires sont répartis classiquement en plusieurs catégories selon l'intensité et la durée des épisodes maniaques et dépressifs.

Le trouble bipolaire de type I est le plus typique. Il est caractérisé par un ou plusieurs épisodes maniaques accompagnés ou non d'épisodes dépressifs majeurs (le trouble sera qualifié de bipolaire même en l'absence d'épisode dépressif).

Le diagnostic de trouble bipolaire de type II sera posé lors de l'association d'au moins un épisode dépressif majeur et d'un épisode d'hypomanie.

Le trouble cyclothymique est défini par l'existence, pendant au moins deux ans, de fluctuations de l'humeur, caractérisées par la présence de symptômes dépressifs alternant avec des symptômes hypomaniaques sans que ces oscillations thymiques puissent répondre aux critères d'un épisode caractérisé.

Citons également le trouble bipolaire de type III pour lequel il n'existe pas de consensus de définition. Pour certains auteurs, il s'agit de troubles associant des dépressions récurrentes et des antécédents familiaux de troubles bipolaires ; pour d'autres, de patients qui ont présenté au moins un virage de l'humeur induit par antidépresseur.

Plus récemment, d'autres sous-groupes sont venus compléter cette classification (152). Le trouble bipolaire de type IV se caractérise par la survenue d'un épisode dépressif majeur sur un tempérament de base hyperthymique (hyperactivité, multiplicité des projets, grande sociabilité, faible besoin de sommeil, optimisme). Ce trouble est d'apparition souvent tardive et survient dans un contexte de surmenage, de situations répétées de stress ou d'une succession d'événements pénibles de vie.

La recherche de signes de bipolarité devrait être systématique devant tout épisode dépressif.

Peu d'éléments sémiologiques permettent de différencier une dépression unipolaire d'une dépression bipolaire.

Certains « indices de bipolarité » permettent d'orienter le diagnostic et doivent être systématiquement recherchés (153):

- antécédents familiaux de trouble de l'humeur, d'addiction et de conduites suicidaires : en effet, le trouble bipolaire connaît une agrégation familiale importante ;
- antécédents personnels d'épisode maniaque ou hypomaniaque ;
- épisode psychiatrique du postpartum, dont une majorité évolue vers un trouble bipolaire ;
- tempérament prémorbide hyperthymique ou cyclothymique ;
- épisode thymique, addictions paroxystiques et troubles des conduites à l'adolescence.

Il existe néanmoins quelques particularités cliniques de l'état dépressif bipolaire par rapport aux autres états dépressifs (154):

- Les épisodes dépressifs se manifestent dans la vie du patient de façon plus précoce ;
- Les patients avec dépressions bipolaires sont plus à risque suicidaire ;
- Il existe plus souvent des éléments psychotiques ;
- Les patients, lors de cet épisode dépressif, se montrent plus hypersomniaques et plus hyperphagiques ;
- Les patients présentent un ralentissement moteur plus important, avec ralentissement des processus idéiques ; un état plus sévère le matin avec difficultés importantes pour se mettre en route ;
- Entre les épisodes dépressifs persisterait une instabilité émotionnelle donnant un aspect caractériel à la personnalité des patients.

C. Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale ou à une substance

Dans ces cas, la perturbation thymique persistante est considérée comme la conséquence physiologique directe de la pathologie générale ou de l'effet de la substance consommée.

Il s'agit là des tableaux dont nous avons parlé lors de l'identification de l'EDC, avec recherche des diagnostics différentiels à l'interrogatoire et l'examen clinique.

D. Autres diagnostics psychiatriques

D'autres troubles psychiatriques, codées dans le DSM-V, peuvent avoir des symptômes similaires à ceux de l'EDC mais différer dans la gravité des symptômes (6).

a) Les troubles de l'adaptation

La caractéristique essentielle d'un trouble de l'adaptation est l'apparition de symptômes émotionnels et comportementaux, cliniquement significatifs, en réaction à un ou plusieurs facteurs de stress psychosocial identifiables. Les symptômes doivent survenir dans les trois mois suivant l'apparition du ou des facteurs de stress et par définition, ne doivent pas durer plus de six mois après la disparition du facteur de stress. C'est soit une souffrance marquée, plus importante que celle qui était attendue compte tenu de la nature de l'élément de stress, soit une altération significative du fonctionnement social ou professionnel, qui indique que la réaction est cliniquement significative.

Lorsque prédominent des symptômes tels qu'une humeur dépressive ou des sentiments de désespoir, le trouble adaptatif est à versant dépressif. Lorsque la nervosité, l'inquiétude ou l'agitation priment, le trouble adaptatif est à versant anxieux.

Le trouble de l'adaptation est une catégorie résiduelle utilisée pour décrire des états cliniques qui sont une réaction à un facteur de stress identifiable et qui ne répondent pas aux critères d'un trouble spécifique. Par exemple, si un individu présente des symptômes qui répondent aux critères d'un EDC en réaction à un facteur de stress, le diagnostic de trouble de l'adaptation n'est pas applicable.

Toute mauvaise évaluation diagnostique ayant des conséquences néfastes dans l'évolution de la pathologie, le médecin se doit de rechercher et éliminer ces différents diagnostics psychiatriques.

Un diagnostic de trouble bipolaire étant à priori écarté grâce à ces « indices de bipolarité », la suite de la prise en charge s'intéresse à la thérapeutique de la dépression.

VIII. LES TRAITEMENTS DE LA DÉPRESSION

A. Moyens thérapeutiques

La prise en charge d'une pathologie aussi complexe comprend plusieurs dimensions.

Différents moyens thérapeutiques sont actuellement disponibles en France :

- dans une perspective biochimique de perturbation des neurotransmetteurs, l'utilisation de médicaments antidépresseurs agissant sur les taux de ces neurotransmetteurs paraît logique ;
- dans une perspective psychologique, les théories freudiennes, cognitivo-comportementales, ou de vulnérabilité au stress proposent autant d'approches différentes.

1. Les antidépresseurs

Les antidépresseurs sont répartis en cinq classes :

- Antidépresseurs tricycliques, découverts dans les années cinquante ;
- Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), commercialisés en France depuis la fin des années quatre-vingt. Ils ont une efficacité comparable à celle des produits les plus anciens, et un meilleur profil de tolérance avec une moindre survenue d'effets secondaires ;
- Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA), avec un nombre plus restreint de produits ;
- Inhibiteurs de la Mono-Amine Oxydase (IMAO), historiquement les premiers antidépresseurs découverts. Les IMAO classiques, non sélectifs, ont de nombreuses contre-indications rendant leur utilisation en première intention difficile. Les IMAO sélectifs, plus récents sont de maniement plus aisé ;
- Et les « autres antidépresseurs » (de mécanisme pharmacologique différent).

Tableau 8 : Les antidépresseurs disponibles en France

<u>CLASSE</u>	<u>NOM</u>	<u>DCI</u>	<u>EFFETS INDESIRABLES</u>	<u>PRECAUTIONS D'EMPLOI</u>
<u>ISRS</u>	Deroxat Divarius	Paroxétine	Troubles digestifs, vertiges troubles sexuels, céphalées, tremblements, asthénie	Ne pas associer aux IMAO Risque d'hyponatrémie chez le sujet âgé
	Floxyfral	Fluvoxacine		
	Prozac	Fluoxétine		
	Seroplex	Escitalopram		
	Seropram	Citalopram		
	Zoloft	Sertraline		
<u>IRSNA</u>	Cymbalta	Duloxétine	Troubles digestifs, hypersu- dation, hypertension arté- rielle, dysurie	
	Effexor	Venlafaxine		
	Ixel	Milnacipan		
<u>Tricycliques</u>	Anafranil	Clomipramine	Syndrome anticholinergique (constipation, sécheresse buccale, dysurie, tachycar- die), hypotension orthosta- tique, sédation, troubles sexuels, prise de poids	Contre indiqué en cas de risque de glaucome aigu, de rétention urinaire ou d'infarctus du myocarde ECG systématique
	Defanyl	Amoxapine		
	Elavil Laroxyl	Amitriptyline		
	Ludiomil	Maprotiline		
	Prothiaden	Dosulépine		
	Quitaxon	Doxépine		
	Surmontil	Timipramine		
	Tofranil	Imipramine		
<u>IMAO</u>	Marsilid	Moclobémide	Hypotension orthostatique, crise hypertensive, syndrome quinidine-like, insomnie nocturne avec sommolence diurne	Contre indiqué en cas d'antécédents cardio- vasculaires Limiter fromage fermenté et vin rouge, surveiller la pression artérielle
	Moclamine	Moclobémide	Céphalées, vertiges	
<u>Autres</u>	Athymil	Miansérine	Sédation, somnolence, augmentation de l'appétit	CI avec IMAO
	Norset	Mirtazapine		
	Stablon	Tianeptine		CI avec IMAO
	Valdoxan	Agomélatine	Insuffisance hépatique	Contrôle de la fonction hépatique

2. Les psychothérapies

Les psychothérapies sont des traitements fondés sur des connaissances et des recherches scientifiques, qui utilisent des procédés psychiques ou psycho-physiologiques dans le but de soulager la souffrance, de traiter et si possible, de guérir la maladie. Une psychothérapie est un acte technique qui implique une formation spécifique du thérapeute (psychiatre, médecin généraliste, psychologue) en référence à un modèle théorique. Elles peuvent être une alternative ou être associées à un traitement pharmacologique.

Les psychothérapies ont l'avantage d'utiliser les forces naturelles intactes de l'individu pour restaurer son propre équilibre. Dans ce sens, elles produisent peu d'effets iatrogènes et sont le plus souvent à la fois curatives et préventives.

Une psychothérapie ne peut être imposée. Elle ne se conçoit qu'en réponse à une demande exprimée par le patient, avec un contrat thérapeutique proposé par le médecin mais librement accepté (155). Le patient reste maître à chaque instant de la poursuite de sa démarche.

Plusieurs types de psychothérapies ont fait l'objet d'études contrôlées et ont prouvé leur efficacité dans la prise en charge de la dépression (26).

a) Les thérapies cognitivo-comportementales

Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sont des thérapies fondées sur les théories de l'apprentissage social et sur la modification des schémas cognitifs et du traitement de l'information. Elles sont centrées sur les croyances et processus erronés qui, dans des conditions psychologiques spécifiques, déclenchent des détresses émotionnelles et des comportements inadéquats. Ces biais interprétatifs sont rapportés à des apprentissages émotionnels ou comportementaux inadaptés ou pathologiques. Certains événements traumatiques peuvent être à l'origine d'une attention sélective, de généralisations cognitives, voire de véritables réflexes conditionnés, qui court-circuitent les processus de pensée. Ces altérations peuvent être modifiées par un déconditionnement et une réorganisation des schémas cognitifs par apprentissage (156).

Deux grands principes pratiques sont le plus souvent utilisés :

- le principe de segmentation de la difficulté : il consiste par exemple à classer de 0 à 100 les étapes d'affrontement d'une situation en fonction de l'anxiété ressentie à chaque étape ;
- le façonnement progressif avec renforcement positif des comportements qui, s'approchant progressivement du but recherché, évite le découragement aussi bien des patients que des thérapeutes.

b) Les psychothérapies interpersonnelles

Les psychothérapies interpersonnelles (PI) utilisent les relations entre l'humeur et les expériences interpersonnelles pour aborder les problèmes des patients. Elles ont pour objectif d'améliorer l'estime de soi, les compétences personnelles et la qualité des relations sociales, par des méthodes comprenant l'exploration, l'encouragement à l'affect et l'analyse des communications.

La PI est centrée sur le présent et non sur le passé des relations. Elle est interpersonnelle mais non intrapsychique : le thérapeute ne cherche pas à aider le patient à voir la situation actuelle comme la manifestation d'un conflit interne et ne se centre pas sur les rêves. Les comportements comme l'absence d'affirmation de soi, la culpabilité et le manque de compétences sociales sont étudiés, mais en relation avec les personnages clés de la vie du patient (157).

c) Les psychothérapies psychodynamiques

L'approche psychodynamique regroupe plusieurs pratiques fondées sur les principes de la psychanalyse, dont la plus répandue et utilisée est la psychothérapie psychodynamique brève.

Ces psychothérapies se définissent par un certain nombre de critères :

- l'objectif établi du traitement est l'acquisition d'une prise de conscience et/ou l'obtention d'un changement de personnalité ;
- les techniques spécifiques appliquées mettent l'accent sur le travail d'interprétation et d'analyse du transfert.

C'est ainsi que les conflits, les défenses, l'anxiété et les impulsions sont activement abordés, clarifiés et interprétés. La psychothérapie se concentre sur la confrontation du comportement défensif et de l'affect qui se manifeste dans un contexte interpersonnel particulier. De cette façon, les souvenirs réprimés et les idées qui s'y associent peuvent être pleinement vécus dans un cadre de travail inté-

gré, affectif et cognitif (158). Les symptômes et la problématique actuelle du sujet sont mis en relation avec les représentations psychiques issues de son histoire. Cette méthode est spécifiée par l'interprétation des mécanismes de défense, de la résistance, du transfert et du désir ainsi que par une dynamique des processus identificatoires (156).

d) La thérapie de résolution de problème

La thérapie de résolution de problème vise à aider la personne à mieux faire face aux expériences stressantes de la vie et à les prévenir. Cette approche, issue de la tradition cognitivo-comportementale, est basée sur l'hypothèse qu'une part importante de ce qui est considéré comme des psychopathologies résulte de l'inefficacité ou de l'inadaptation des comportements adoptés pour faire face au stress et aux difficultés.

Les résultats de la résolution de problème sont déterminés par deux processus: l'orientation par rapport aux problèmes et le style de résolution de problèmes. La thérapie intervient à ces deux niveaux. L'orientation réfère aux pensées et aux sentiments d'une personne concernant les problèmes de la vie et concernant sa capacité de réussir à les résoudre. Elle peut être positive (ex.: voir des occasions de bénéfices dans la résolution du problème, se percevoir comme capable de résoudre efficacement des problèmes) ou négative (ex.: voir les problèmes comme une menace majeure pour son bien-être, sur-réagir émotionnellement en cas de problème).

Le style de résolution de problèmes réfère aux activités spécifiques visant à faire face aux problèmes. Un style adaptatif vise à trouver une solution efficace et implique l'application de certaines stratégies. Un style dysfonctionnel inclut l'impulsivité, la négligence et l'évitement.

e) La thérapie de soutien

La psychothérapie de soutien a pour objectif d'amener le patient dépressif à expliciter ses difficultés actuelles, de l'aider à cerner les conditions de survenue de l'état dépressif, de le soutenir dans les décisions appropriées qu'il aura lui-même mises au jour dans son travail psychothérapeutique.

L'objectif est de faire prendre conscience aux patients qu'ils possèdent les ressources nécessaires pour trouver des solutions efficaces à leurs problèmes. L'attitude est ici de mettre en place des outils pour la résolution des problèmes et de les utiliser à bon escient, plutôt que d'explorer les facteurs psychologiques sous-tendant ces problèmes.

Proposer un soutien au patient permet à ce dernier de se décharger émotionnellement et d'améliorer la relation médecin-patient.

Mais le rapport habituel médecin-malade, fait appel, pour toute pathologie, à une « démarche psychothérapeutique médicalisée » qui accompagne tout diagnostic et toute prescription.

D'où la question suivante : La « psychothérapie de soutien » est-elle partie intégrante des soins habituels du généraliste ou n'est-elle utilisable que pour les pathologies psychiatriques?

Le groupe de travail chargé de l'élaboration de la recommandation sur la prise en charge de l'EDC, a fait le constat de divergences d'interprétation sur ce point : pour les uns, le terme même de « psychothérapie » sous-entend une formation spécifique, un cadre spécifique, et une technique particulière, exercée par un psychothérapeute habilité à cet effet (7). Pour les autres, la relation médecin-malade en médecine générale inclut la pratique d'une réelle psychothérapie de soutien dont le médecin acquiert progressivement la compétence au fil de son expérience et de sa formation continue... Plusieurs études soulignaient d'ailleurs la difficulté de définir ce que sont les « soins usuels » en médecine générale, tant ils sont variables d'un médecin à l'autre, et d'un malade à l'autre. La mise en œuvre en pratique courante de médecine générale d'un tel soutien psychologique paraît essentielle pour les patients dépressifs qui ne voudront pas — et de toute façon, dans le système de santé français actuel, ne pourront pas — consulter un psychologue ou un psychiatre.

f) La psychanalyse

La psychanalyse est le procédé par lequel les processus psychiques inconscients, à peu près inaccessibles autrement, peuvent faire l'objet d'une investigation rigoureuse. La technique est liée à l'association libre des idées, « règle fondamentale » qui, utilisée dans le cadre bien défini de la situation analytique, enjoint à l'analysant de dire tout ce qui lui vient à l'esprit. Ainsi apparaissent et s'organisent les phénomènes, centrés sur la relation dite transférentielle à l'analyste, qui constituent le processus analytique.

La psychanalyse désigne également la dimension thérapeutique de ce processus analytique, avec les transformations psychiques et les prises de conscience qu'il implique. La modification de la relation du Moi et de l'Inconscient se traduit alors par le soulagement de la souffrance psychique.

g) Comparaison de l'efficacité des différentes psychothérapies

Plusieurs méta-analyses ont confirmé l'efficacité de différentes psychothérapies, bien que cette évaluation soit compliquée par de nombreux problèmes : petit nombre d'essais cliniques pour certaines formes, protocoles peu explicites, constitution complexe de groupes contrôles (listes d'attente, autres formes de psychothérapies, médicaments, placebos...) rendant difficile la comparaison des essais entre eux (26).

Pour des troubles dépressifs d'intensité légère ou moyenne, les TCC, tout comme les thérapies interpersonnelles ont fait la preuve de leur efficacité (158). Dans la dépression majeure, l'association d'une psychothérapie psychodynamique à un traitement antidépresseur chez des patients traités en ambulatoire (après hospitalisation) montre un effet bénéfique significatif avec amélioration du fonctionnement global.

Récemment, la PI a montré une amélioration significative des symptômes chez des patients pour lesquels l'utilisation de médicaments antidépresseurs en première intention n'était pas faisable (grossesse, post partum, pays en voie de développement) (159).

Une récente recommandation synthétise les données concernant les traitements non médicamenteux de la dépression chez l'adulte (160). La TCC et la PI sont recommandées (grade A) ainsi que la thérapie de résolution de problème et les psychothérapies psychodynamiques brèves (grade B). L'APA confirme l'efficacité de ces différentes techniques dans les dépressions légères à modérées (161).

La psychanalyse et son efficacité dans le traitement de la dépression n'a pas fait l'objet d'études randomisées.

3. L'électroconvulsivothérapie

L'électroconvulsivothérapie ou sismothérapie, méthode consistant à provoquer une crise comitiale généralisée au moyen d'un courant électrique à administration transcrânienne, a fait la preuve de son efficacité dans le traitement de la dépression (7). Cependant ce type de traitement n'entre pas dans le champ de la prise en charge en ambulatoire. Ses indications répondent aux recommandations publiées par l'ANAES en avril 1997.

B. État actuel de l'utilisation des traitements en France

1. Consommation des psychotropes en France

La littérature montre que les Français ont tendance à avoir une consommation annuelle de médicaments psychotropes supérieure à celle d'autres pays. Cette dernière est deux fois plus importante que la moyenne des pays européens limitrophes à la France.

Une synthèse d'enquêtes épidémiologiques sur la consommation de médicaments psychotropes en France montre que les résultats obtenus sont relativement convergents quelle que soit la source des données (162). On peut ainsi estimer que :

- une personne sur quatre résidant en France fait usage au moins une fois par an de médicaments psychotropes ;
- environ une personne sur dix en a un usage régulier (plus de trois mois) ;
- plus d'une personne sur trois fait usage de médicaments psychotropes au moins une fois au cours de sa vie.

Selon les données 2010 du Baromètre Santé, 18% des 18-75ans déclarent avoir pris au moins un médicament psychotrope au cours des douze derniers mois (10% ont consommé un anxiolytique au cours de l'année, 6% un hypnotique, 6% un antidépresseur, 0,7% un régulateur de l'humeur et 0,9% un neuroleptique), en hausse de 3 points par rapport à 2005. L'usage est nettement plus important chez les femmes (23% contre 13% chez les hommes au cours de l'année écoulée).

La prévalence de sujets consommateurs augmente régulièrement avec l'âge : jusqu'à 55-64 ans chez les femmes (prévalence supérieure à 30%) et jusqu'à 45-54 ans chez les hommes (prévalence d'environ 1%) au cours de l'année écoulée (163).

Le montant remboursé par la sécurité sociale en 2003 et 2004 pour les médicaments psychotropes peut être estimé à un milliard d'euros (en 1980, ce montant équivalait à 317 millions d'euros). Cette croissance est spectaculaire en valeur, en raison de l'augmentation du coût unitaire des médicaments qui se sont imposés sur le marché, mais elle est aussi observée en volume.

Les ventes en valeur concernant les antidépresseurs ont progressé annuellement de 9% en moyenne entre 1993 et 2003. En 2000, les antidépresseurs représentaient 3,5% du chiffre d'affaire des médicaments remboursables, faisant ainsi partie des quatre classes médicamenteuses les plus vendues. En 2002, deux antidépresseurs ISRS faisaient partie des vingt premiers produits présentés au remboursement : le Deroxat® (paroxétine) au 8^{ème} rang des montants remboursés (103,1 millions d'euros) et le Prozac® (fluoxétine) au 13^{ème} rang (79,4 millions d'euros).

En France, les remboursements d'antidépresseurs rapportés à la population de plus de vingt ans, diminuent légèrement depuis 2005, après avoir doublé entre 1990 et 2003 (164).

2. Mésusage des psychotropes

La synthèse sur la consommation des psychotropes citée précédemment révèle que la moitié des sujets français présentant un trouble psychiatrique n'a reçu aucun traitement psychotrope au cours de l'année écoulée (162). L'absence de traitement en cas de troubles psychiatriques avérés indique tout autant un mauvais usage des médicaments psychotropes qu'une prescription hors indication.

Une autre donnée importante mise en évidence par cette synthèse est la prépondérance de la médecine générale dans la prescription de médicaments psychotropes : plus de 80% des prescriptions

sont rédigées par des médecins généralistes. Ce chiffre prouve l'importance de la participation de la médecine générale dans la prise en charge des pathologies psychiatriques.

Cette situation témoigne d'une ouverture manifeste des médecins généralistes aux questions de santé mentale, mais comporte un certain nombre de risques :

- risques liés au défaut de diagnostic spécialisé, face à des pathologies dont l'identification est parfois difficile à faire.
- risques liés aux modalités d'emploi de médicaments. 43% des assurés sociaux ayant bénéficié d'un remboursement pour un médicament psychotrope en 2000, ont reçu une ordonnance prescrivant plusieurs types de psychotropes. Cette proportion est manifestement trop élevée au regard des recommandations actuelles qui visent à éviter la superposition des effets de différentes molécules.

Dans la pratique, les critiques portent surtout sur le non-respect par les médecins des indications thérapeutiques présentes dans les autorisations de mise sur le marché (AMM) ou des recommandations professionnelles : inadéquation du traitement aux troubles psychiques constatés, mais surtout dépassement fréquent des limites de durée de traitement préconisées, par le jeu du renouvellement des prescriptions.

Pour résumer, il apparaît que beaucoup de patients en France consomment des anxiolytiques sur de longues durées, alors que les durées de traitement recommandées sont courtes, tandis que d'autres consomment peu de temps des antidépresseurs, alors que ce traitement doit être poursuivi au moins six mois.

Par ailleurs, quand une prescription a été faite, il arrive fréquemment qu'elle ne soit pas respectée. Les études citées dans le rapport scientifique font ainsi apparaître que de nombreux patients interrompent précocement le traitement antidépresseur, de leur propre initiative. Conscients des effets secondaires et craignant une forme de dépendance, les usagers privilégient les traitements à court terme, interrompant la prise dès la survenue d'une amélioration, au risque de devoir les reprendre ultérieurement. D'où l'importance de l'information du patient et de son adhésion au traitement.

3. Déséquilibre de la balance médicament versus psychothérapie

Les études issues du Baromètre Santé 2005 montrent que chez les personnes qui ont souffert d'un EDC et qui ont eu recours aux soins au cours de l'année passée, 59% ont consommé des antidépresseurs, 47% des anxiolytiques et 28% ont suivi une psychothérapie (37).

Dans l'enquête Anadep (36), ce sont encore les médicaments (antidépresseurs, somnifères, anxiolytiques...) qui l'emportent (52% des cas) face à la psychothérapie (26%).

Lors d'une enquête réalisée en 2011 dans le cadre du panel de médecins généralistes de ville, ces derniers ont été confrontés à un cas fictif de dépression (165). Une proportion non négligeable de médecins prescrit un anxiolytique ou un hypnotique seul, alors même que la prescription de ces médicaments n'est pas indiquée dans le traitement de la dépression.

La psychothérapie seule est très rarement proposée par les médecins généralistes, même dans les cas de dépression peu sévère. Seuls 4% choisissent de la recommander en cas de dépression légère, sans association à un médicament.

Par contre, parmi les médecins qui prescrivent un traitement médicamenteux, 47% proposent une psychothérapie en complément. Un quart des participants recommande une TCC et plus d'un sur dix une thérapie d'orientation psychanalytique. Mais la grande majorité des médecins (58%) laisse au patient le libre choix du type de psychothérapie. Ce résultat reflète probablement un manque de connaissances des médecins au sujet des différents types de psychothérapies et de leurs spécificités, mais aussi une opinion selon laquelle suivre une psychothérapie relève d'une démarche personnelle à l'initiative du patient.

4. Frein à l'utilisation des psychothérapies

Plusieurs freins à l'accès aux psychothérapies sont soulignés par les médecins (165), les plus fréquemment cités étant le non remboursement des consultations avec un psychologue ou un psychothérapeute non médecin (91%), les délais d'obtention des rendez-vous avec un psychiatre (79%) et la réticence des patients à suivre une psychothérapie (76%).

Plus globalement, si 83% des médecins interrogés déclarent qu'un des critères de choix du spécialiste auquel ils adressent leur patient (quelle que soit la prise en charge) est le remboursement de la consultation, ils sont peu nombreux (6%) à les adresser à un Centre médico-psychologique (CMP), où les consultations sont pourtant prises en charge par la Sécurité sociale. Ce résultat suggère l'existence de freins spécifiques au recours au CMP, parmi lesquels on retrouve les délais d'obtention d'un rendez-vous (66%), l'absence de retour d'informations quand le patient est pris en charge par un CMP (59%), le manque de collaboration avec le CMP (57%) ou encore la réticence des patients à s'y rendre (47%).

La perception des difficultés d'accès aux professionnels spécialisés en santé mentale s'avère fortement corrélée aux densités de psychiatres libéraux et salariés sur le territoire (165).

Le Docteur Dezetter étudie dans sa thèse « Analyses épidémiologiques et socioéconomiques de la situation des psychothérapies en France, en vue de propositions sur les politiques de remboursement des psychothérapies », la balance fortement déséquilibrée entre consommation d'antidépresseurs et recours à une psychothérapie et propose une évaluation financière de la prise en charge des psychothérapies par la sécurité sociale (166). Dans sa conclusion, l'estimation des coûts directs et indirects induits par les troubles courants de santé mentale courants fait apparaître que pour 1€ investi dans le traitement psychothérapeutique, le ratio coût-bénéfice s'élèverait, selon la symptomatologie, entre 1,14€ et 1,95€ épargnés à la collectivité.

Cette thèse conclue également que la France dispose des 14 300 psychothérapeutes habilités à effectuer les psychothérapies nécessaires pour traiter ces patients.

IX. STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE EN AMBULATOIRE

A. Intégrer le patient au projet de soins

Pour être efficient, le traitement de la dépression, quel qu'il soit, engage le médecin généraliste, le psychiatre si il y a lieu, mais surtout il doit impliquer le patient pour élaborer un protocole de soins et de suivi codifié. L'efficacité du traitement s'appuie sur une alliance thérapeutique reposant sur l'information du patient et la qualité de la relation médecin-patient.

1. Information du patient

D'après toutes les données que nous avons vues, l'information du patient paraît un élément essentiel dans la prise en charge du patient dépressif. Par peur des effets secondaires et par crainte de la dépendance, les patients ne suivent pas de façon optimale le traitement qui leur a été prescrit. De même la mise en place d'une psychothérapie peut être chronophage et implique une certaine durée de suivi qui peut décourager certains patients.

L'ANAES recommande d'informer le patient, et s'il est d'accord, son entourage, sur la nature des troubles dépressifs mais aussi sur les effets bénéfiques et indésirables du traitement (grade A) (7).

Le médecin doit définir avec son patient un projet thérapeutique qui doit obtenir l'adhésion de ce dernier afin d'éviter les abandons de traitement et les risques de rechute. La décision de prescrire un traitement antidépresseur ou de débiter une psychothérapie ne peut se faire en dehors d'une alliance thérapeutique matérialisée par le consentement éclairé du patient à la prise en charge proposée.

Les symptômes caractéristiques de la dépression, pessimisme, baisse de motivation n'incitent pas le patient à être acteur de sa prise en charge et peuvent nuire à la bonne conduite du traitement mis en place. L'acceptation du diagnostic et l'adhésion au traitement est un facteur déterminant de l'observance.

L'information donnée au patient doit porter sur (167) :

- la nature des troubles dépressifs, leur évolution et leurs complications ;
- les effets secondaires les plus fréquents du traitement ;
- le délai avant l'apparition des effets bénéfiques du traitement ;
- la nécessité de poursuivre le traitement même après l'amélioration clinique, en avertissant le patient du mode d'action progressif des antidépresseurs ;
- les possibilités de contact avec le médecin en cas de question ou de problème, voire d'aggravation des troubles ;
- la nécessité d'un avis médical pour l'arrêt du traitement ou l'introduction d'un autre médicament pendant le traitement.

De même, il faut expliquer que – contrairement à une idée extrêmement répandue – les antidépresseurs n'induisent pas de dépendance mais que le traitement ne doit cependant jamais être arrêté brusquement et sans avis médical, du fait de la possibilité de survenue de symptômes transitoires dans les jours suivant l'arrêt.

Il faut insister sur le fait que l'effet thérapeutique n'est pas immédiat et qu'une amélioration ne doit pas entraîner l'arrêt du traitement sans avis médical (168). Le médecin doit préciser au patient que le

risque de récurrence important nécessite une poursuite du traitement même après la disparition des symptômes. Le risque de rechute à six mois est en moyenne de 40% et la prolongation du traitement antidépresseur diminue ce risque de 70%.

Ces éléments sont une des clés de l'observance du traitement et d'une bonne efficacité thérapeutique. Il existe de nombreux guides, catalogues ou sites destinés aux patients dépressifs pour les accompagner et les informer sur leur pathologie (61,169,170).

2. La relation médecin-patient

L'écoute, la disponibilité et l'empathie sont des composantes essentielles de l'attitude du médecin vis-à-vis de son patient.

Le rôle de l'écoute du médecin est primordial : le patient sait qu'il est dans un cadre de respect du secret médical. Il pourra parler à quelqu'un qui lui est à la fois proche (car son médecin traitant depuis quelques années) et en même temps, quelqu'un qui est en dehors du cercle familial, professionnel ou relationnel et qui ne jugera pas ses affects.

Le soutien psychologique réalisé par le médecin généraliste représente une forme de thérapie médicale relationnelle fondée sur l'empathie. Il consiste à laisser le patient s'exprimer librement et en confiance, tout en incluant une dimension directive de conseil, d'information et d'explication.

Cette relation médecin-patient favorise l'acceptation du diagnostic et l'adhésion au traitement (168).

L'alliance thérapeutique ne peut se faire sans la confiance du patient envers son médecin.

Cette démarche est indispensable à la prise en charge de la dépression en soins primaires.

B. Mesures générales

Inciter le patient à un comportement actif dans la lutte contre la dépression est une attitude efficace.

La plupart des référentiels recommande de proposer au patient certains conseils d'hygiène de vie, notamment pour permettre une régularisation du sommeil. L'arrêt de l'alcool, la diminution de la consommation de caféine (chez les patients anxieux) peuvent aussi être conseillés.

La pratique d'une activité physique adaptée au patient est un outil pour soulager les symptômes dépressifs (68,78,133).

La planification d'activité est une intervention comportementale simple dans laquelle les patients apprennent à augmenter leur implication quotidienne dans des activités agréables et à accroître leurs interactions positives avec l'environnement. Cette technique est surtout bénéfique chez la personne âgée (78).

L'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) indique également de proposer la pratique d'une méthode de relaxation ou de méditation (167).

C. Quel traitement utiliser ?

La stratégie thérapeutique est bien détaillée dans la recommandation de l'ANAES de 2002 et remise à jour dans la recommandation de l'AFSSAPS sur le bon usage des médicaments antidépresseurs dans

le traitement des troubles dépressifs de l'adulte (167). Elle se fait en fonction du degré de sévérité de l'épisode dépressif selon un modèle par palier (47,171).

Cependant, dans les référentiels internationaux, les recommandations diffèrent sur le traitement des formes d'intensité légère. L'ANAES soulignait déjà en 2002 la difficulté à différencier les formes légères de modérées. Les recommandations étrangères étant plus récentes (de 2009 pour le NICE à 2013 pour la *World Federation of Societies of Biological Psychiatry* (WFSBP)), nous incluons dans ce travail leurs conclusions.

1. En fonction de la sévérité de l'épisode

a) En cas d'épisode dépressif léger

Dans ces cas d'intensité légère, la plupart des référentiels privilégient en première intention une psychothérapie.

Cependant, l'accessibilité au traitement et la préférence du patient restent d'importants facteurs décisionnels (7). La WFSBP rappelle que dans certaines situations, un traitement antidépresseur peut être indiqué, mais que dans de nombreux cas à ce faible niveau d'intensité, l'approche psychothérapeutique seule peut être suffisante (171).

Un traitement médicamenteux peut être utilisé dans les circonstances suivantes (168) :

- Souhait ou caractéristiques du patient
- Réponse positive à un traitement médicamenteux dans le passé
- Persistance des symptômes après une psychothérapie
- Antécédents d'épisode(s) modéré(s) ou sévère(s).

La recommandation américaine du département de la défense ainsi que l'ICSI suggèrent au choix pharmacothérapie ou psychothérapie, de même que l'APA qui ne tranche pas entre les deux.

Certains référentiels évoquent également le principe du « *watchful waiting* » correspondant à une surveillance vigilante sans utiliser initialement de traitement spécifique. Pendant environ deux semaines, le patient bénéficie d'un suivi rapproché par son médecin avec réévaluation des symptômes dépressifs (168).

b) En cas d'épisode dépressif modéré

Les antidépresseurs sont proposés en première intention d'après l'ANAES (grade A) ; l'association antidépresseurs-psychothérapie peut être proposée en cas de difficultés psycho-sociales ayant un retentissement marqué sur la vie du patient (accord professionnel)(7).

Selon les autres recommandations, les épisodes modérés nécessitent la combinaison des antidépresseurs et d'une psychothérapie, hormis l'ICSI et le *New Zealand Guidelines Group* qui préconisent antidépresseurs et/ou psychothérapie.

c) En cas d'épisode dépressif sévère

Pour l'ANAES, les antidépresseurs sont indispensables (grade A). L'association antidépresseurs-psychothérapie peut être proposée (grade C) : elle est utile en cas de réponse seulement partielle à un traitement médicamenteux à dose efficace, d'observance insuffisante, de problèmes psychosociaux ou interpersonnels, ou de comorbidités associées.

Toutes les recommandations internationales précédemment citées préconisent l'association antidépresseurs-psychothérapie.

d) Remise en question actuelle de l'efficacité des antidépresseurs

L'efficacité des antidépresseurs est depuis quelques années remise en cause. La méta-analyse de Kirsch en 2008 montre que la supériorité des antidépresseurs sur le placebo n'est explicite que dans les dépressions moyennes à sévères (172), résultat corroboré par une autre méta analyse en 2010 (173).

Boussageon et Gilbert publient en 2012 une revue de la littérature sur l'efficacité des antidépresseurs (174). L'efficacité de ces molécules est faible et n'est cliniquement significative que pour les dépressions les plus sévères.

En évaluant l'efficacité des antidépresseurs, incluant les données non publiées dans la littérature l'équipe de Turner révèle que parmi les 74 études enregistrées par la *Food and Drug Administration* (FDA), 31% n'ont pas été publiées, le critère commun de ces études non publiées étant leurs résultats négatifs (175). Dans leur méta analyse, pour chacune des douze molécules étudiées, l'efficacité basée sur les études publiées était plus importante que celle calculée à partir des données de la FDA, avec une augmentation moyenne de 32%. Face à ce biais de publication majeur, Turner conclut : « *La publication sélective de résultats d'essais cliniques pourrait avoir des conséquences néfastes pour les chercheurs, les participants aux études, les professionnels de santé, et les patients* ».

Boussageon et Gilbert soulèvent en outre plusieurs problèmes intervenant dans l'évaluation de l'efficacité de ces traitements (174). Indépendamment du biais de publication, le choix du critère d'efficacité et la durée de ces études est discutable. En effet, l'efficacité pourrait être jugée par des mesures brutes comme l'impact sur la mortalité, le taux de suicide, ou les arrêts de travail. En pratique, c'est très rarement le cas dans les études. La dépression est une donnée subjective d'intensité variable et les seuils d'efficacité retenus sont critiquables.

La durée moyenne de suivi des études sur les antidépresseurs est de 8 semaines. Elles étudient la phase aiguë d'obtention de la rémission symptomatique. Des études de longue durée et dépourvues de conflits d'intérêt devraient être menées et systématiquement publiées quels que soient leurs résultats.

2. En fonction de l'efficacité

Le délai nécessaire à l'obtention d'une réponse thérapeutique complète est de six à huit semaines. Par conséquent, à l'exception des cas où les patients s'aggravent, il est recommandé de ne pas interrompre un traitement antidépresseur en l'absence d'amélioration avant quatre semaines de traitement à posologie efficace (Grade A) (167).

De manière générale, après huit semaines de traitement bien conduit :

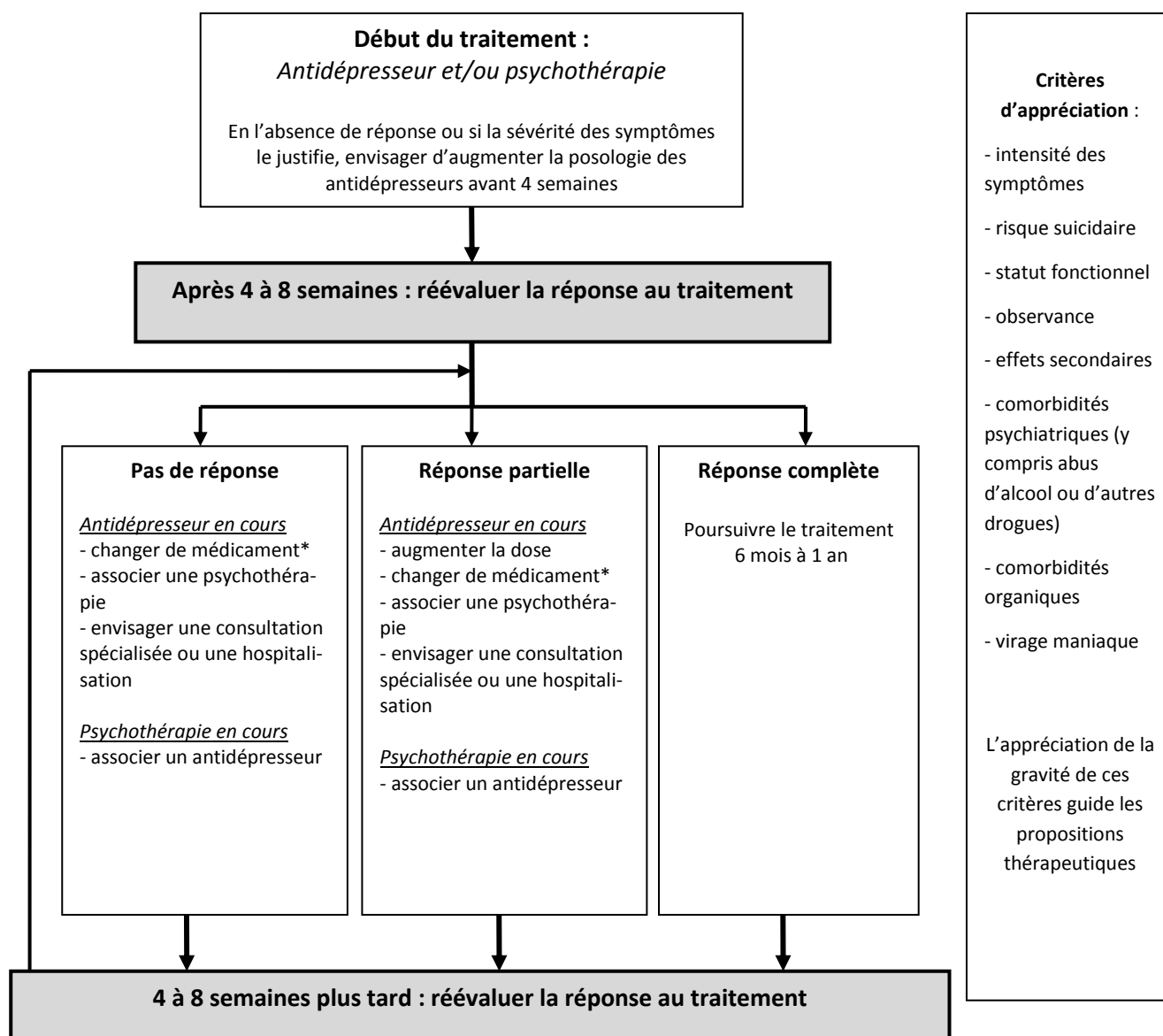
- un tiers des patients déprimés traités par antidépresseurs ont une réponse complète au traitement avec rémission des symptômes,
- un tiers ont une réponse partielle ou insuffisante au traitement (persistance de quelques symptômes mais insuffisant pour répondre aux critères d'un EDC),
- et un tiers ne répondent pas au traitement.

En cas de réponse partielle ou de non-réponse au traitement initial, il est recommandé de (7):

- rechercher systématiquement un manque d'observance et en rechercher la cause (environnement défavorable, mauvaise tolérance du traitement) ;
- réévaluer le diagnostic et rechercher une cause organique ou psychologique (environnement défavorable, troubles de la personnalité, prise d'alcool), ou iatrogénique, qui peut expliquer une non-réponse ou une réponse partielle au traitement malgré une bonne observance ;
- modifier et ajuster la thérapeutique. Une des premières causes de non-réponse au traitement est l'utilisation de posologie journalière insuffisante.

La figure suivante résume la conduite à tenir en fonction de la réponse au traitement de première intention.

Figure 11 : Prise en charge d'un épisode dépressif isolé selon la réponse au traitement de première intention (ANAES)



*choisir soit un antidépresseur d'une autre classe, ou, en cas d'impossibilité, un autre antidépresseur de la même classe

3. Les associations médicamenteuses

La coprescription d'antidépresseurs et d'anxiolytiques est une stratégie très utilisée mais peu validée par des études cliniques, études qui ne prennent d'ailleurs pas en compte les interactions pharmacocinétiques.

Une prescription concomitante de benzodiazépine (ou apparenté) ne doit pas être systématique du fait des effets indésirables des benzodiazépines (dépendance et, dans de rares cas, réactions paradoxales) (Grade A)(167). Cette association médicamenteuse doit être justifiée par l'existence d'une anxiété importante ou de troubles du sommeil retentissant sur les activités diurnes. L'adjonction de benzodiazépines a pour avantage de restaurer le sommeil et de calmer l'anxiété dès la première prise de traitement. Leurs inconvénients sont limités à court terme, et ces molécules peuvent donc être utilisées dans les premières semaines de traitement, de façon à attendre l'action de l'antidépresseur sur l'humeur. Ces coprescriptions doivent faire l'objet d'une réévaluation à chaque consultation, d'une diminution posologique progressive dès les premiers signes d'amélioration de l'état dépressif et être rapidement abandonnées par la suite afin d'éviter tout risque de dépendance (176).

L'association antidépresseur-antipsychotique est justifiée dans deux cas (167):

- les épisodes dépressifs majeurs avec caractéristiques psychotiques (Grade A) ;
- les formes sévères de dépression, même en l'absence de caractéristiques psychotiques, lorsque l'anxiété est invalidante et le risque suicidaire élevé. Il est alors recommandé de prescrire des doses modérées d'antipsychotiques sédatifs (Grade C).

Cette coprescription doit être interrompue dès que les symptômes dépressifs se sont suffisamment améliorés.

4. En cas d'addictions associées

La consommation d'alcool chez un sujet traité par antidépresseur potentialise les effets indésirables des antidépresseurs et les effets des toxiques concernés.

Chez le sujet alcoolo-dépendant déprimé, le sevrage doit être entrepris en première intention (167). Dans une majorité de cas, il permet une amélioration de l'humeur dans un délai de trois à six semaines. Si des symptômes dépressifs persistent et satisfont aux critères de l'épisode dépressif majeur, alors un traitement antidépresseur est indiqué (Grade A).

Si le patient ne parvient pas à maintenir sevrage et abstinence, les données sont peu probantes car les études existantes concernent de petits effectifs de patients et sont difficilement interprétables. Les antidépresseurs sont efficaces sur l'addiction et la dépression mais en association avec des thérapies (177,178). Les recherches se concentrent actuellement sur une prise en charge axée simultanément sur les deux troubles (179), les thérapies cognitivo comportementales et entretiens motivationnels ayant démontré une efficacité à la fois pour la dépression et l'addiction (180).

D. Modalités du traitement

1. Durée

Dans le cas d'un épisode dépressif isolé, l'arrêt du traitement médicamenteux peut être envisagé seulement 6 mois à 1 an après obtention de la rémission clinique afin de réduire les risques de rechute ou de récurrence (Grade A)(7). Au terme d'un traitement bien conduit, il est recommandé d'une part de diminuer les posologies progressivement de façon à prévenir la survenue d'un syndrome de sevrage et d'autre part d'augmenter la fréquence des consultations du fait du risque de réapparition des symptômes qui ont nécessité la mise en place du traitement (Grade A) (167).

Toute réapparition des symptômes nécessite une reprise du traitement à pleine dose. Il ne faut cependant pas confondre les symptômes de sevrage à l'arrêt du traitement avec ceux d'une rechute, qu'ils peuvent masquer. Le syndrome de sevrage apparaît dans les jours suivant l'arrêt, rarement au-delà d'une semaine, et dure moins d'une semaine en moyenne.

Les symptômes les plus habituels sont :

- anxiété, irritabilité, tension nerveuse,
- cauchemars et autres troubles du sommeil,
- sensations vertigineuses, troubles de l'équilibre et autres troubles neuro-sensoriels,
- syndrome pseudo-grippal (rhinorrhée, myalgies, malaise, nausées, vomissements, diarrhée, frissons).

Le médecin doit alors rassurer le patient sur le caractère transitoire de ses symptômes, réinstaurer temporairement, si nécessaire, la posologie antérieure d'antidépresseur, puis assurer un sevrage du traitement encore plus progressif.

Dans le cadre de la prévention des récurrences, la période de traitement est d'autant plus prolongée que les épisodes antérieurs ont été nombreux et/ou sévères, et qu'il existe des pathologies associées et des antécédents familiaux de troubles dépressifs.

Le traitement antidépresseur ne doit pas être interrompu lorsqu'il existe des symptômes résiduels. La persistance d'au moins deux symptômes dépressifs représente un facteur de risque de rechute qui justifie la poursuite du traitement tant que la rémission complète n'a pas été obtenue.

2. Suivi

La fréquence optimale des consultations n'a pas fait l'objet d'études spécifiques et dépend de la sévérité des symptômes : chaque patient représente un cas trop particulier pour permettre d'énoncer une recommandation générale (7,181).

La fréquence du suivi se base alors sur les principes suivants :

- en début de traitement, il est recommandé d'informer le patient qu'il peut disposer d'un recours médical vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Une consultation doit être prévue dans les jours suivants, notamment pour évaluer le risque suicidaire et accompagner le malade durant cette période où le traitement n'est pas encore efficace, mais peut déjà poser des problèmes de tolérance ;
- pour les quatre à huit premières semaines : s'il y a amélioration, consultations toutes les une à deux semaines selon la sévérité des symptômes ou le risque de suicide ; si la réponse au traitement est insuffisante : consultations hebdomadaires, voire plus fréquentes s'il y a changement de traitement ou aggravation des symptômes ;
- dans les quatre à six mois qui suivent la rémission des symptômes : consultations mensuelles ou bimestrielles, le traitement efficace étant poursuivi à pleine dose.

Il ne faut pas négliger l'effet "prise en charge". En effet, une étude suggère que l'amélioration clinique provient en grande partie de l'attention et des soins de suivi reçus par le patient, chaque consultation supplémentaire de suivi entraînant une diminution du score de l'échelle utilisée (182).

A chaque consultation, le médecin devra réévaluer le risque suicidaire, l'observance et les effets indésirables du traitement (7).

3. Avis spécialisé

Une consultation psychiatrique est recommandée (7):

- quand la situation nécessite un avis psychiatrique, notamment s'il existe une possible incidence médico-légale, en cas de contexte familial difficile, de comorbidité psychiatrique, ou si la dépression est sévère ou avec des caractéristiques psychotiques (47);
- quand il n'est pas possible d'instaurer une véritable alliance thérapeutique ;
- en cas de réponse insuffisante au traitement dans les huit à douze semaines, ou plus tôt selon la sévérité des symptômes ;
- à n'importe quel moment de la prise en charge si le patient le souhaite.

Cet accès au spécialiste n'est pas si simple en pratique.

Il faut souligner la réticence des patients à consulter un psychiatre et leur confort à être suivi par un médecin généraliste (183). D'autre part, les relations entre généralistes et psychiatres s'avèrent très souvent vécues comme difficiles. Seulement 40 % des MG se déclarent satisfaits de la qualité de leur coopération avec les secteurs de psychiatrie.

Les obstacles à cette collaboration sont multiples (184). Certains sont liés à des facteurs « organisationnels » : par exemple, les problèmes de démographie médicale (insuffisance de psychiatres dans certains secteurs), le changement fréquent des consultants dans les hôpitaux, les délais de rendez-vous ou le manque d'informations claires sur les missions et services proposés par les secteurs. D'autres sont plus spécifiques au champ de la psychiatrie comme la difficulté de contacter ces professionnels en cas de besoin ou l'absence habituelle (de l'ordre de 80% dans certaines études) de retour de la part du spécialiste au médecin généraliste, ressentie par ce dernier et son patient comme un abandon (185). On retrouve également un problème de définition des rôles avec pour conséquences : une discontinuité des soins, un manque de respect des psychiatres à l'égard des opinions exprimées par les médecins généralistes, une communication pauvre, le sentiment des médecins généralistes de ne pas être reconnus comme faisant partie de la prise en charge, l'absence fréquente d'information au médecin généraliste des changements de traitement, la pauvreté des courriers d'adressage, les attentes irréalistes des médecins généralistes vis-à-vis des psychiatres, l'absence de transmission des données utiles à chacun dans la prise en charge du patient.

De plus, les patients expriment une plus grande satisfaction quand leur médecin traitant continue à assurer une partie de la prise en charge, ce qui est important pour favoriser une meilleure adhésion au traitement. Quand le suivi ambulatoire est structuré en partenariat avec le médecin, on constate moins de réhospitalisations dans le cours évolutif des patients (183). Ces données plaident en faveur du développement du partenariat entre médecin généraliste et psychiatre, qui est au cœur des efforts en France où l'adressage du médecin généraliste au psychiatre est le plus faible selon l'enquête ESEMeD.

4. Hospitalisation

L'hospitalisation en milieu psychiatrique est recommandée dans les cas suivants (7):

- en cas de risque suicidaire correspondant à la crise suicidaire « d'urgence élevée » selon les propositions de la conférence de consensus sur la crise suicidaire, toute autre situation devant être évaluée au cas par cas ;
- dans certaines formes sévères, en cas de symptômes psychotiques ou somatiques graves associés ;
- à 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 en sont des exemples.

E. Critères de choix de l'antidépresseur

Le plus souvent, la prescription d'un antidépresseur ne répond pas à l'urgence : il est utile de préparer le malade à cette prescription avec un nouveau rendez-vous quelques jours plus tard (165).

Toutes les classes thérapeutiques ont montré leur efficacité dans l'épisode dépressif ; il n'existe pas de différence d'efficacité clinique démontrée entre les différents types d'antidépresseurs (7,47,161). Ainsi, le choix d'un antidépresseur repose préférentiellement sur quelques critères spécifiques (171) :

- **La tolérance**

Le risque d'abandon de traitement toutes causes confondues ou suite à un effet indésirable est significativement plus faible sous ISRS et IRSNA que sous tricycliques (la réduction du taux d'abandons sous ISRS et IRSNA est d'environ 4 %). Les ISRS et IRSNA sont donc considérés comme mieux tolérés, notamment à long terme (7).

Les ISRS et IRSNA sont donc recommandés en première intention par tous les référentiels. La prescription d'un tricyclique ou d'un IMAO se fera en deuxième ou troisième intention (Grade B) (167).

Ce critère de tolérance est particulièrement important pour la personne âgée chez qui la possible altération des fonctions hépatiques et rénales, l'association à des maladies organiques et les traitements augmentent le risque d'effets indésirables et d'interactions médicamenteuses(161).

- **Les propriétés thérapeutiques collatérales**

Outre leur effet régulateur de l'humeur, les antidépresseurs peuvent présenter des propriétés sédatives ou stimulantes. Elles se manifestent dès les premiers jours de traitement, avec une grande variabilité interindividuelle. L'effet sédatif est bénéfique chez les déprimés les plus anxieux et/ou insomniaques (miansérine ou amytriptiline), l'effet stimulant chez les déprimés les plus ralentis (fluoxétine ou imipramine) (grade C pour l'ANAES).

- **Comorbidités somatiques**

Les maladies somatiques associées peuvent justifier certaines précautions d'emploi, dues notamment aux interactions médicamenteuses. Le respect des contre-indications et des risques d'interactions médicamenteuses selon le Vidal est un critère primordial dans le choix de l'antidépresseur.

- Traitements des épisodes dépressifs antérieurs

Il est nécessaire de rechercher l'existence d'épisodes dépressifs anciens, ainsi que l'efficacité et la tolérance des traitements antidépresseurs antérieurement administrés, voire l'existence de syndrome de sevrage lors de l'arrêt de ces traitements.

Même si cette stratégie thérapeutique a été insuffisamment évaluée, il est recommandé de choisir préférentiellement un antidépresseur qui s'est avéré efficace et bien toléré lors d'un épisode antérieur (Grade C).

Devant cette multitude de molécules à disposition, plusieurs revues de la littérature tentent de faire émerger certains médicaments du lot. Dans une méta analyse de 2009 comparant douze antidépresseurs, ce sont l'Escitalopram et la Sertraline qui semblent avoir la meilleure balance favorable en termes de bénéfice, acceptabilité et coût (186). Mais peu de ces résultats sont concluants (187–191).

Plusieurs principes de base permettent d'éclairer la décision du praticien sur le choix de la molécule. En l'absence d'indications particulières, il est recommandé de choisir l'antidépresseur le mieux toléré, le moins dangereux en cas d'absorption massive, et le plus simple à prescrire à dose efficace (grade C de l'ANAES).

A une époque où la crise financière et le déficit de la sécurité sociale sont omniprésents, une sélection en fonction du prix des antidépresseurs peut s'avérer, en plus des critères sus cités, utile dans le choix de la molécule. L'Assurance Maladie a publié fin 2010, un document comparant le coût mensuel des antidépresseurs en France : les ISRS, souvent génériques, sont les antidépresseurs les moins coûteux (192).

X. DISCUSSION

A. Savoir évoquer un épisode dépressif caractérisé

La première difficulté pour le médecin généraliste est de reconnaître un épisode dépressif devant le tableau clinique que lui présente son patient.

Quand ce dernier se rend en consultation pour un des symptômes principaux de l'EDC, à savoir perte d'intérêt ou tristesse, l'orientation diagnostique paraît simple. Mais comme nous l'avons vu, le patient ne dévoile pas forcément spontanément ce type de symptômes et le tableau clinique n'est pas souvent typique. Les plaintes somatiques peuvent être au premier plan et c'est au praticien de les relier à une cause psychologique.

1. Les éléments suggérant une dépression

Pour évoquer une dépression, le médecin généraliste utilise plusieurs composants :

- Le motif de consultation ;
- Les facteurs de risques de la dépression ;
- Les présentations cliniques suspectes.

A la lumière de ces données, le praticien peut discuter l'origine psychologique des troubles présentés par son patient.

Le motif de consultation est essentiel et ce, quelle que soit la pathologie retrouvée.

-Soit il met en exergue des symptômes qui se rattachent à l'EDC, à savoir anhédonie ou tristesse, et l'hypothèse d'une dépression est plus facile à évoquer.

-Soit la plainte est d'une autre origine, somatique le plus souvent. A ce niveau, trois grandes lignes directrices se dessinent :

- Le motif de consultation est clair et bien défini. L'examen clinique et/ou les examens complémentaires indiquent une étiologie somatique ;
- La plainte est précise mais les examens cliniques et complémentaires restent négatifs et n'apportent pas de conclusion diagnostique ;
- La plainte présente des caractéristiques « suspectes », le patient a une trajectoire de vie particulière. Les bilans cliniques et complémentaires sont normaux.

Dans ces deux dernières situations, le médecin généraliste, avant de s'épuiser dans des explorations qui restent négatives, devrait se poser la question d'une origine psychiatrique des symptômes.

La recherche des facteurs de risque de la dépression, facilement réalisable par un interrogatoire précis, pourrait également être un atout pour orienter le diagnostic. La présence de ces critères permet de définir une population plus susceptible de présenter une dépression ; population que le médecin généraliste se doit de « surveiller » pour dépister les premiers signes de l'apparition d'un EDC.

Ci-dessous un tableau récapitulatif des facteurs de risque et comorbidités de l'EDC.

Facteurs de risque socio-démographiques	Sexe féminin
	Statut matrimonial : séparation, divorce, veuvage
	Situation socio-professionnelle basse
Antécédents médicaux	Antécédents personnels et familiaux d'EDC
	Pathologie chronique
	Douleur chronique
	Abus sexuels et violence
Comorbidités	Troubles anxieux
	Addictions
Evènements de vie stressants	Décès récent
	Difficultés financières
	Accident
	Changement majeur du cadre de vie

Certaines caractéristiques suspectes dans la plainte du patient peuvent aider à démasquer une origine dépressive.

- Disproportion entre la plainte et son retentissement dans la vie quotidienne.
- Rupture brutale dans la trajectoire de vie du patient.
- Les plaintes sont vagues, multiples, d'apparition brutale et variables d'un jour à l'autre avec une prédominance matinale. Elles sont présentées de façon répétitive et insistante auprès du médecin.
- Consultations médicales multiples (cinq par an).

2. Quid du dépistage ?

A la lumière des débats sur l'intérêt et la faisabilité du dépistage en médecine générale, il est difficile de concevoir un dépistage systématique en soins primaires sans l'appui d'études de grande envergure validées.

Néanmoins, il semble intéressant d'utiliser un test de dépistage dans certaines situations déterminées que le médecin généraliste rencontre régulièrement dans sa pratique. En ciblant une population donnée, avec des caractéristiques précises, la réalisation d'un dépistage serait d'autant plus facile et applicable. Dans ces cas particuliers, cela permettrait au médecin d'éliminer ou d'argumenter une suspicion de dépression.

Les éléments que nous venons de voir ci-dessus mettent en évidence deux situations où l'utilisation d'un test de dépistage, tel que le PHQ-2, serait utile dans la démarche diagnostique.

- La plainte n'évoque pas en premier lieu un EDC, mais l'examen clinique et le bilan paraclinique restent négatifs. Le médecin commence à s'épuiser dans son recours aux examens complémentaires.
- La plainte du patient est suspecte avec des examens complémentaires normaux.

Dans ces deux situations, le médecin doit s'interroger sur l'existence d'une dépression. C'est là que l'utilisation du PHQ-2 prend tout son sens. En cas de doute sur une origine psychologique des troubles allégués par le patient, il permettra rapidement d'écarter ou de conforter cette hypothèse.

B. Éliminer les étiologies organiques

Certains symptômes de la dépression, notamment l'asthénie et les troubles de l'appétit, font également partie du tableau clinique de nombreuses pathologies organiques. Ces dernières peuvent donc mimer un épisode dépressif. Le caractère à priori évident d'un EDC ne doit pas faire oublier au praticien la recherche de ces étiologies organiques ou médicamenteuses.

C'est avant tout l'anamnèse et l'examen clinique, associés ensuite aux examens complémentaires qui guident le diagnostic.

L'interrogatoire se concentre essentiellement sur les affections médicales du patient, les traitements médicamenteux pris et la consommation d'alcool ou de substances psychoactives.

L'examen clinique permet de rechercher des signes cliniques orientant vers une pathologie organique.

Les examens complémentaires éliminent ou confirment une étiologie organique. Il n'y a pas de consensus sur le bilan biologique minimal à réaliser devant une suspicion d'EDC. Cependant les différentes recommandations et articles cités au cours de ce travail permettent d'établir une liste de quelques examens simples qu'il semble intéressant de réaliser dans le cadre d'une démarche diagnostique éclairée.

Nous retiendrons :

- NFS
- VS, CRP
- Ionogramme sanguin, urée, créatinine
- Glycémie
- TSH, T4
- EPP si altération de l'état général (AEG) marquée.

L'imagerie cérébrale n'a pas sa place dans le bilan systématique initial. Cependant, il faudra savoir la discuter en cas d'évolution péjorative ou de modification de la symptomatologie.

Le diagnostic de dépression ne doit pas rester figé et une évolution atypique doit entraîner une remise en question avec si besoin de nouveaux examens cliniques et complémentaires. Le médecin doit savoir refaire un examen clinique soigneux et discuter l'intérêt de nouvelles explorations (scanner cérébral par exemple).

Le tableau ci-après récapitule les principales pathologies organiques responsables d'une symptomatologie dépressive, ainsi que les signes cliniques et les examens complémentaires orientant vers ces diagnostics.

.

	<u>Pathologies</u>	<u>Signes orientant à la clinique</u>	<u>Examens complémentaires</u>
NEUROLOGIQUE	Démence	Troubles cognitifs	MMSE
	Tumeurs cérébrales	Examen neurologique	Scanner ou IRM cérébrale
	AVC		Scanner ou IRM cérébrale
	Maladie de Parkinson	Syndrome parkinsonien	
ENDOCRINIEN	Hyperthyroïdie	Goitre, tachycardie, HTA, tremblement des extrémités	TSH, T4
	Hypothyroïdie	Syndrome myogène, infiltration cutanéo-muqueuse, bradycardie, hypotension	
	Insuffisance surrénale	Mélanodermie, hypotension	Kaliémie, natrémie, glycémie Cortisol à 8h
	Hypercorticisme	Obésité facio-tronculaire, vergetures pourpres, amyotrophie des membres inférieurs	Kaliémie, natrémie, glycémie Cortisol libre urinaire des 24h
AUTO-IMMUN	Lupus	Eruption malaire, photosensibilité, atteinte ostéo-articulaire	NFS, auto anticorps spécifiques
	Polyarthrite rhumatoïde	Synovite, polyarthrite bilatérale symétrique	VS, CRP, Facteur rhumatoïde
INFECTIEUX	VIH	Adénopathie	Sérologies
	Tuberculose	Sueurs nocturnes, toux	Radiographie pulmonaire BK crachats
CANCEREUX	Pancréas...	AEG, ictère...	Scanner abdomino-pelvien, marqueurs tumoraux...
MEDICAMENTEUX	Corticoïdes, interféron, antirétroviraux, chimiothérapie, anti-hypertenseur bêta-bloquants	Interrogatoire ++	

C. Savoir éliminer les autres diagnostics psychiatriques

1. Addictions et troubles de l'humeur liées à une substance

Toutes les enquêtes de prévalence sur la dépression mettent en évidence une comorbidité importante entre épisode dépressif et addictions notamment à l'alcool.

L'association entre addictions et EDC ne facilite pas la prise en charge du patient : la tonalité dépressive peut masquer une consommation excessive et a contrario, l'addiction modifie la présentation clinique de la dépression.

La question qui se pose est celle de l'origine primaire ou secondaire de la dépression dans ces cas de comorbidités. En pratique, faut-il initier ou non, un traitement antidépresseur dans ces situations?

Il existe peu d'arguments cliniques permettant de distinguer dépressions primaires et dépressions induites par les substances.

C'est d'abord l'interrogatoire qui va orienter le diagnostic en étudiant la séquence d'apparition des deux pathologies. Il est nécessaire d'évaluer rétrospectivement les différents troubles et leur intrication, de repérer dans l'histoire de consommation les périodes d'abstinence s'il en existe et le devenir de la dépression à ces périodes.

Le diagnostic pourra également se faire de façon rétrospective, la persistance du syndrome dépressif à J15 du sevrage étant considérée comme un argument rétrospectif pour le caractère primaire de la dépression.

Tableau 7 : Différences entre un trouble psychiatrique primaire et un trouble induit par l'alcoolodépendance

Trouble psychiatrique primaire	Trouble psychiatrique induit par la conduite alcoolique
*Symptômes apparus avant le début de la prise d'alcool *Symptômes persistants à distance du sevrage *Antécédents de dépression majeure ayant nécessité un traitement antidépresseur *Les symptômes ne sont pas seulement la conséquence du sevrage ou du delirium	*Dépression ou anxiété apparue pendant le mois ayant suivi une intoxication alcoolique ou un sevrage. *Le trouble psychiatrique est «étiologiquement» lié à la dépendance ou au sevrage.

Devant tout symptôme dépressif, le praticien doit s'attacher à rechercher et évaluer une consommation d'alcool ou de substance psychoactive. Grâce aux outils que nous avons étudiés, les questionnaires DETA-CAGE ou FACE, le mésusage ou l'alcoolodépendance peuvent être rapidement mis en évidence.

Dans les cas de patients présentant une dépression et une consommation excessive d'alcool, l'idéal serait d'obtenir d'abord le sevrage. Le seul sevrage permet en effet, dans bien des cas, une levée du syndrome dépressif en sept à quinze jours. Le patient devra alors être réévalué par le médecin généraliste à distance pour rechercher la persistance ou non des symptômes dépressifs. Sachant que

l'amélioration thymique entraînée par le seul sevrage, et constatée par le patient, peut renforcer sa motivation au maintien de l'abstinence.

Malheureusement, le sevrage est habituellement difficile à obtenir notamment chez ces patients dépressifs, et une prise en charge intégrant les deux troubles est souvent nécessaire. Les antidépresseurs ont alors un effet modeste, et l'association avec des psychothérapies est indispensable. D'où l'intérêt d'une prise en charge pluridisciplinaire (en addictologie et en psychiatrie).

Les risques engendrés par l'alcoolisation rendent également primordiale la recherche d'une addiction à l'alcool chez un patient dépressif, notamment par rapport au risque suicidaire. L'alcoolisme accroît incontestablement le risque de comportement suicidaire, que ce soit via son effet prédisposant quand l'abus est chronique ou par son caractère précipitant en cas d'alcoolisation aiguë.

2. Autres diagnostics psychiatriques

Les symptômes à l'origine d'un épisode dépressif caractérisé se rencontrent également dans d'autres pathologies psychiatriques. Il est important, dans la réflexion diagnostique, de rechercher les éléments orientant vers l'une ou l'autre de ces pathologies, car les prises en charge thérapeutiques sont différentes.

Le respect scrupuleux des « filtres » de la classification du DSM, permet d'éliminer certains diagnostics différentiels.

La distinction entre trouble dépressif persistant et trouble dépressif majeur est fondée sur la sévérité (moins de symptômes dans le trouble dysthymique : 3 versus 5 sur un total de 9), la chronicité et la persistance (durée de deux ans).

On différencie un EDC survenant en réponse à un traumatisme psychosocial d'un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive car les troubles de l'adaptation ne répondent pas aux critères de l'EDC.

Nous avons vu précédemment les moyens permettant de distinguer les troubles dépressifs liés à un abus de substances.

Le véritable piège diagnostique est la distinction entre trouble dépressif et trouble bipolaire.

Les épisodes dépressifs font ponctuellement partie intégrante du trouble bipolaire, même s'ils n'en résument pas toute la clinique. Mais une dépression chez un patient non bipolaire ne relève pas du même traitement qu'un EDC chez un patient bipolaire. Or, la clinique est peu contributive au sens où, à la phase d'état, rien ne permet de distinguer l'un de l'autre.

Une mauvaise évaluation diagnostique peut conduire à une utilisation inadaptée des antidépresseurs, avec des conséquences sur le cours évolutif du trouble (accélération des cycles, virage maniaque..).

Tout l'enjeu va être la reconnaissance, souvent difficile dans une première prise en charge d'un trouble dépressif, de son caractère bipolaire.

Le médecin devra rechercher des indices de bipolarité chez tout patient présentant un épisode dépressif.

Une anamnèse méticuleuse et active auprès du patient et de sa famille permet de mettre en évidence des arguments évoquant le diagnostic de trouble bipolaire. Le praticien doit pour cela s'enquérir :

- Des antécédents personnels maniaques ou hypomaniaques, ces derniers passant souvent inaperçus. Le diagnostic de trouble bipolaire de type II est plus difficile à mettre en évidence, car les

états hypomaniaques sont méconnus, minimisés, voire même niés par le patient. Ils sont souvent considérés comme une adaptation et un vécu de guérison par rapport à leur état antérieur.

- De réponses « anormales » à des antidépresseurs : inefficacité malgré plusieurs traitements, virage anxieux, virage maniaque.
- D'antécédents familiaux de trouble de l'humeur, d'addiction et de conduites suicidaires.
- D'épisode thymique, addictions paroxystiques et troubles des conduites à l'adolescence ou d'épisode psychiatrique du postpartum.

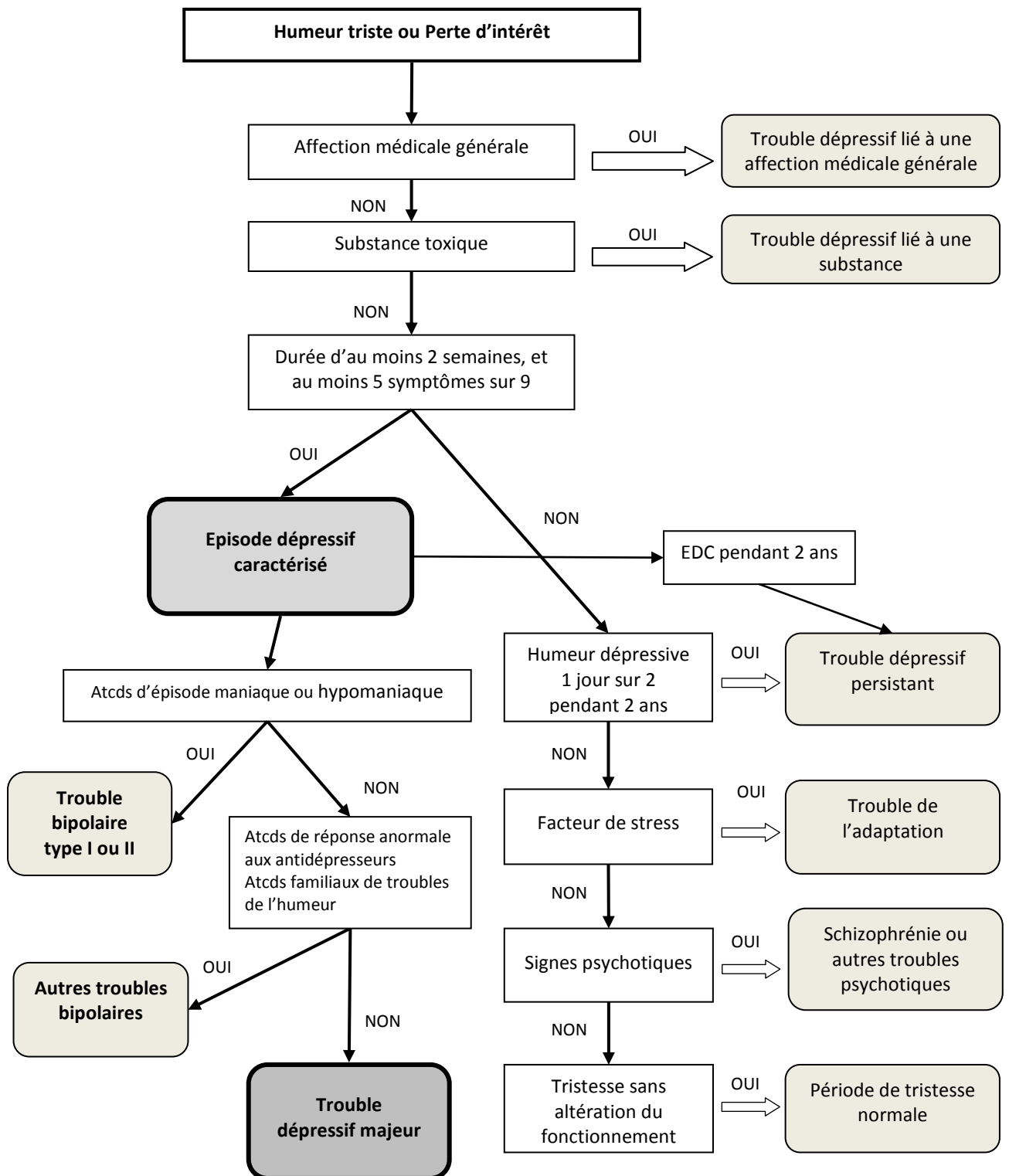
Ces données ont permis la réalisation de la figure suivante qui schématise le déroulement de la démarche diagnostique devant une humeur triste ou perte d'intérêt.

Abréviations :

Atcds : Antécédents

EDC : Episode dépressif caractérisé

Figure 12 : Humeur triste ou perte d'intérêt : démarche diagnostique



D. Affirmer le diagnostic de dépression

Après avoir éliminé les pathologies organiques et médicaments responsables de tableau dépressif, puis écarté les diagnostics psychiatriques proches, le médecin se trouve désormais en mesure d'affirmer le diagnostic d'épisode dépressif caractérisé.

Pour cela, il peut s'aider d'outils diagnostiques qui, outre le fait de confirmer l'EDC, peuvent l'aider à faire accepter ce diagnostic au patient. Ces tests sont nombreux, fiables et nécessitent des temps de passation plus ou moins longs. Le choix reste à l'initiative du médecin qui les utilise.

Le recours à une échelle diagnostique permet également d'estimer la sévérité, caractéristique majeure de l'évaluation de l'EDC car elle conditionne la prise en charge thérapeutique. L'appréciation de la sévérité peut s'avérer difficile car les définitions données par la CIM-10 et le DSM-V sont subjectives.

En effet, ces deux classifications qualifient l'épisode dépressif de :

- « léger » lorsqu'il y a peu ou pas de symptômes supplémentaires par rapport au nombre minimum nécessaire pour répondre au diagnostic (au plus 5 ou 6 symptômes). L'altération des activités professionnelles, des activités sociales courantes, ou des relations avec les autres est seulement mineure ou normale mais au prix d'efforts importants ou inhabituels.
- « sévère » lorsque plusieurs symptômes supplémentaires par rapport au nombre nécessaire pour répondre au diagnostic sont présents, et que les symptômes perturbent nettement les activités professionnelles, les activités sociales courantes ou les relations avec les autres.
- « modéré » lorsque les symptômes et altérations des activités professionnelles, des activités sociales courantes, ou des relations avec les autres sont comprises entre ces deux extrêmes.

D'après nos recherches, l'échelle la plus facilement utilisable en médecine générale, en termes de temps de passation et interprétation, est le PHQ-9.

E. Évaluer le risque suicidaire

La réduction du nombre de suicides est un objectif majeur de santé publique. La plupart des études réalisées à ce sujet, mettent en évidence le rôle primordial du médecin généraliste dans la prévention du suicide.

En France métropolitaine, plus de 10 000 décès par suicide sont enregistrés chaque année. Lors de l'autopsie psychologique, 60% des suicidés présentaient une symptomatologie dépressive.

Il paraît donc indispensable d'évaluer le risque suicidaire chez tout patient déprimé. Pour cela, le médecin ne doit pas hésiter à questionner le patient sur ses idées de suicide afin d'aborder ouvertement ce thème.

Les échelles d'évaluation du risque suicidaire sont des outils permettant une estimation du potentiel suicidaire mais sont difficilement utilisables en pratique de médecine générale.

Une estimation du potentiel suicidaire par le médecin doit comprendre dans un premier temps l'évaluation de trois composantes essentielles :

- le risque suicidaire (R) ;
- l'urgence de la menace (U) ;
- la dangerosité du scénario suicidaire (D).

Cette méthode R.U.D. est un instrument simple et rapide d'aide à la décision.

1. Le risque suicidaire

Ce sont les facteurs de risque suicidaire que nous avons vus précédemment et qui sont représentés dans le tableau suivant.

FACTEURS DE RISQUE		
PRIMAIRES	SECONDAIRES	TERTIAIRES
Troubles psychiatriques Antécédents personnels de TS Antécédents familiaux de TS et de suicide Intention suicidaire clairement exprimée Impulsivité	Pertes parentales précoces Isolement social (célibat, veuvage, chômage...) Difficultés financières Evènements de vie « négatifs »	Sexe masculin Sujets âgés et 15-30 ans Périodes de vulnérabilité (phase prémenstruelle, périodes de fêtes...)

Rappelons que la forme mélancolique est à haut risque suicidaire et nécessite une hospitalisation en urgence.

2. L'urgence de la menace

L'appréciation de l'urgence suicidaire se fonde sur plusieurs éléments :

- la persistance des idées suicidaires (fréquence, intensité)
- le degré d'intentionnalité
- l'absence d'alternative autre que le suicide (niveau de désespoir et de souffrance)
- le scénario suicidaire et l'imminence du passage à l'acte
- un éventuel élément précipitant
- la qualité de soutien et la mobilisation de l'entourage proche.

L'urgence suicidaire est considérée comme faible lorsque la personne pense au suicide, mais qu'elle n'a pas de scénario précis, et peut trouver une alternative pour faire face à sa souffrance. L'urgence est moyenne quand un scénario est envisagé, mais qu'il est décalé dans l'avenir ou imprécis, tandis que l'urgence est élevée lorsque la planification suicidaire est claire, avec un passage à l'acte programmé pour les jours ou même les heures à venir.

3. La dangerosité du scénario suicidaire

L'estimation du danger suicidaire se réfère au potentiel de létalité des moyens à disposition (médicaments, toxiques, armes), ainsi qu'à la facilité ou la difficulté d'accès à ces moyens (disponibilité à domicile ou sur le lieu de travail). Sur cette base, le danger suicidaire peut être considéré comme faible, moyen ou élevé.

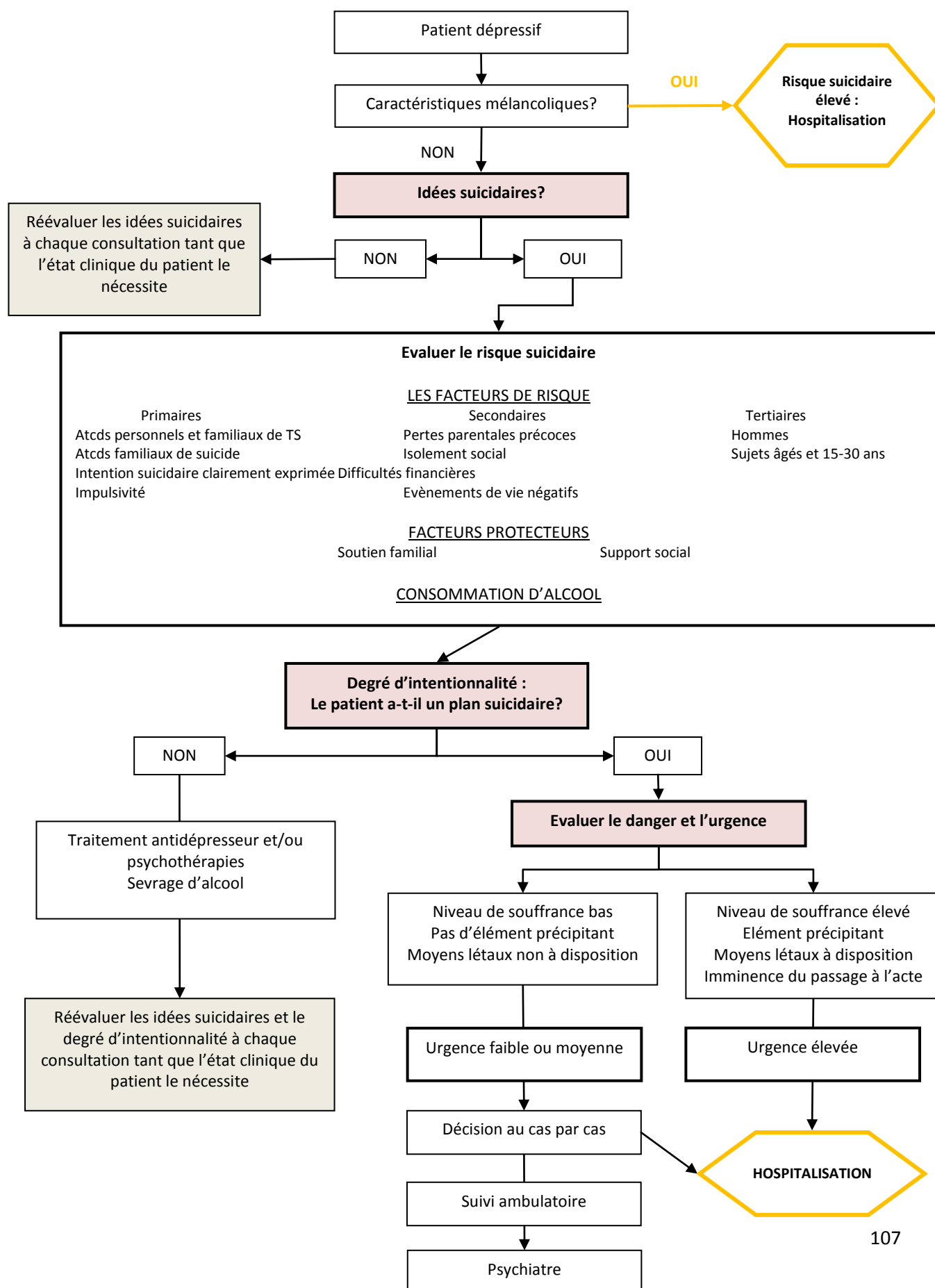
Le degré total d'urgence est alors classé en trois stades : faible, moyenne ou élevée, le risque élevé nécessitant une hospitalisation, les autres situations étant à évaluer au cas par cas.

En cas de crise suicidaire et d'épisode dépressif avéré, le recours à un psychiatre est recommandé.

Cette évaluation du risque suicidaire doit être répétée à chaque consultation tant que l'état du patient le nécessite.

La figure suivante propose une démarche à suivre pour l'évaluation du risque suicidaire chez un patient dépressif en consultation de médecine générale.

Figure 13: Évaluation du risque suicidaire chez un patient dépressif



F. Prise en charge thérapeutique de l'épisode dépressif

La majorité des enquêtes sur la dépression révèlent une mauvaise prise en charge thérapeutique des patients dépressifs. Les mésusages se retrouvent tant au niveau de la proportion de patients qui devraient être traités par antidépresseurs mais ne le sont pas, que par le nombre de patients traités alors qu'ils ne le devraient pas ; sans oublier l'utilisation de traitements médicamenteux inappropriés dans le cas d'un épisode dépressif.

1. Mesures générales

Avant d'instaurer une psychothérapie ou un traitement médicamenteux, la prise en charge thérapeutique de la dépression débute par une alliance thérapeutique entre le patient et son médecin.

Cette dernière nécessite une relation médecin-patient de bonne qualité et d'une information précise du patient.

Pour y parvenir, l'attitude du médecin doit comprendre, écoute, empathie, soutien et explications. La thérapie de soutien réalisée par le praticien au cours de la consultation reprend ces points essentiels pour améliorer la relation médecin-patient, et par ce biais, l'acceptation du traitement.

L'information claire, précise donnée au patient, et s'il est d'accord à son entourage, doit porter sur la nature des troubles dépressifs, les effets bénéfiques et indésirables du traitement. Ces données permettent d'améliorer l'adhésion du patient au traitement et son observance.

Les conseils d'hygiène de vie, comprenant une activité physique régulière, une diminution de la consommation d'alcool, une régularisation du sommeil et la participation à des activités agréables pour le patient, sont des moyens utiles pour améliorer la symptomatologie dépressive.

2. Traitement spécifique

La stratégie thérapeutique se décide en fonction de la sévérité de l'épisode.

Léger	Moyen	Sévère
Score PHQ-9 entre 10 et 14	Score PHQ-9 entre 15 et 19	Score PHQ-9 ≥ 20
Psychothérapie	Antidépresseur	Antidépresseurs
TCC	+/- psychothérapie	et psychothérapie
PI		
Thérapies psychodynamiques		
Thérapie de résolution de problème		

Choix de l'antidépresseur

Dans la sélection de l'antidépresseur rendu complexe par le nombre de molécules à disposition, la décision du médecin est motivée par les critères suivants :

- Tolérance
- Propriétés thérapeutiques collatérales
- Traitements des épisodes dépressifs antérieurs
- Comorbidités somatiques

Bien que ces éléments dépendent de chaque patient et que le choix se fasse au cas par cas, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (ISRSNA) répondent le mieux à ces exigences.

ISRS	ISRNA
Paroxétine (Deroxat® ...) Fluvoxacine (Floxyfral®) Fluoxétine (Prozac®) Escitalopram (Seroplex®) Citalopram (Seropram®) Sertraline (Zoloft®)	Duloxétine (Cymbalta®) Venlafaxine (Effexor®) Milnacipan (Ixel®)

Coprescription

L'ajout d'une benzodiazépine (type alprazolam, bromazépam ou lorazépam) peut être utile pour restaurer le sommeil et calmer une anxiété associée, mais la prescription doit être de courte durée. L'association des antidépresseurs avec des antipsychotiques (type halopéridol ou rispéridone) est justifiée en présence de caractéristiques psychotiques ou de dépression sévère avec retentissement marqué.

Avis spécialisé

Un avis psychiatrique pour une prise en charge pluridisciplinaire est nécessaire :

- A chaque fois que le patient le demande.
- En cas d'épisode dépressif sévère ou avec caractéristiques psychotiques.
- En cas de réponse insuffisante au traitement dans les huit à douze semaines, ou plus tôt selon la sévérité des symptômes.

Durée

Le traitement doit être poursuivi de 6 à 12 mois après la rémission des symptômes afin de diminuer le risque de rechute.

G. Organiser le suivi

La planification du suivi du patient dépressif est un élément clé de la prise en charge.

A chaque consultation de suivi, le médecin devra contrôler et évaluer des points essentiels, à savoir :

- La réévaluation risque suicidaire
- L'observance
- La tolérance
- L'efficacité

Planification des consultations

Il n'y a pas de fréquence de suivi déterminée car chaque patient représente un cas trop spécifique. Des consultations hebdomadaires, voire plus rapprochées, durant le premier mois semblent utiles. L'accompagnement du malade est capital durant cette période où le traitement n'est pas encore efficace, mais peut déjà poser des problèmes de tolérance. Dès la rémission des symptômes, les consultations peuvent devenir mensuelles, sans rester trop espacées pour que le médecin puisse régulièrement apprécier l'observance, difficile à maintenir quand le patient se sent mieux.

Réévaluation du risque suicidaire

Le risque suicidaire doit être évalué à chaque consultation tant que l'état clinique du patient le justifie. La sévérité du risque suicidaire conditionne la fréquence des consultations : plus l'urgence est élevée chez un patient, plus les consultations doivent être rapprochées pour pouvoir décider rapidement de la nécessité d'une hospitalisation en cas de mise en danger importante.

Observance

L'adhésion au traitement et le respect de la prescription médicamenteuse ou du déroulement de la psychothérapie doivent faire l'objet d'une attention particulière.

Les symptômes dépressifs, à travers l'auto dépréciation, l'absence de motivation, le ralentissement psychomoteur et les idées négatives, ne favorisent pas l'observance du traitement pendant la phase d'état. De même, le médecin doit être vigilant quant à la poursuite du traitement lorsque les symptômes ont régressé. Le patient se voit guéri et ne comprend plus l'intérêt de poursuivre un traitement. Il est important de lui rappeler que cette durée de traitement prolongée permet de diminuer le risque de rechute.

Tolérance

Les effets indésirables du traitement peuvent amener le patient dépressif à arrêter son traitement. En dehors des conséquences de l'arrêt brutal d'un antidépresseur, le patient doit être prévenu des effets indésirables potentiels de son traitement afin qu'il puisse prévenir son médecin dès leur apparition. Le médecin doit également expliquer qu'il existe différentes classes thérapeutiques et que des alternatives thérapeutiques existent.

Efficacité

Le délai nécessaire à l'obtention d'une réponse thérapeutique complète est de l'ordre de quatre à huit semaines. Par conséquent, à l'exception des cas où l'état du patient s'aggrave, il est recommandé de ne pas interrompre un traitement antidépresseur en l'absence d'amélioration avant quatre semaines de traitement à posologie efficace.

En cas de réponse partielle ou de non-réponse au traitement initial, le médecin doit :

- rechercher systématiquement un manque d'observance et en rechercher la cause ;

- réévaluer le diagnostic et rechercher une cause organique ou iatrogénique, qui peut expliquer une non-réponse ou une réponse partielle au traitement malgré une bonne observance ;
- modifier et ajuster la thérapeutique. Une des premières causes de non-réponse au traitement est l'utilisation de posologie journalière insuffisante.

XI. ARBRES DÉCISIONNELS

Ce travail a permis la réalisation de trois arbres décisionnels permettant de définir une conduite à tenir devant un épisode dépressif en médecine générale.

Chaque organigramme représente le déroulement possible d'une consultation de médecine générale.

Le premier arbre retrace principalement le déroulement de la démarche diagnostique.

Le second permet la confirmation du diagnostic et la mise en place d'une stratégie médicamenteuse.

Le troisième présente la mise en place du suivi et correspond à une consultation de suivi quatre à huit semaines après initiation du traitement pour évaluer l'efficacité de celui-ci. Les consultations ayant eu lieu avant ce délai évalueront seulement la tolérance et le risque suicidaire.

Abréviation :

Atcds : Antécédents

DSM

EDC : Episode dépressif caractérisé

FdR : Facteurs de risque

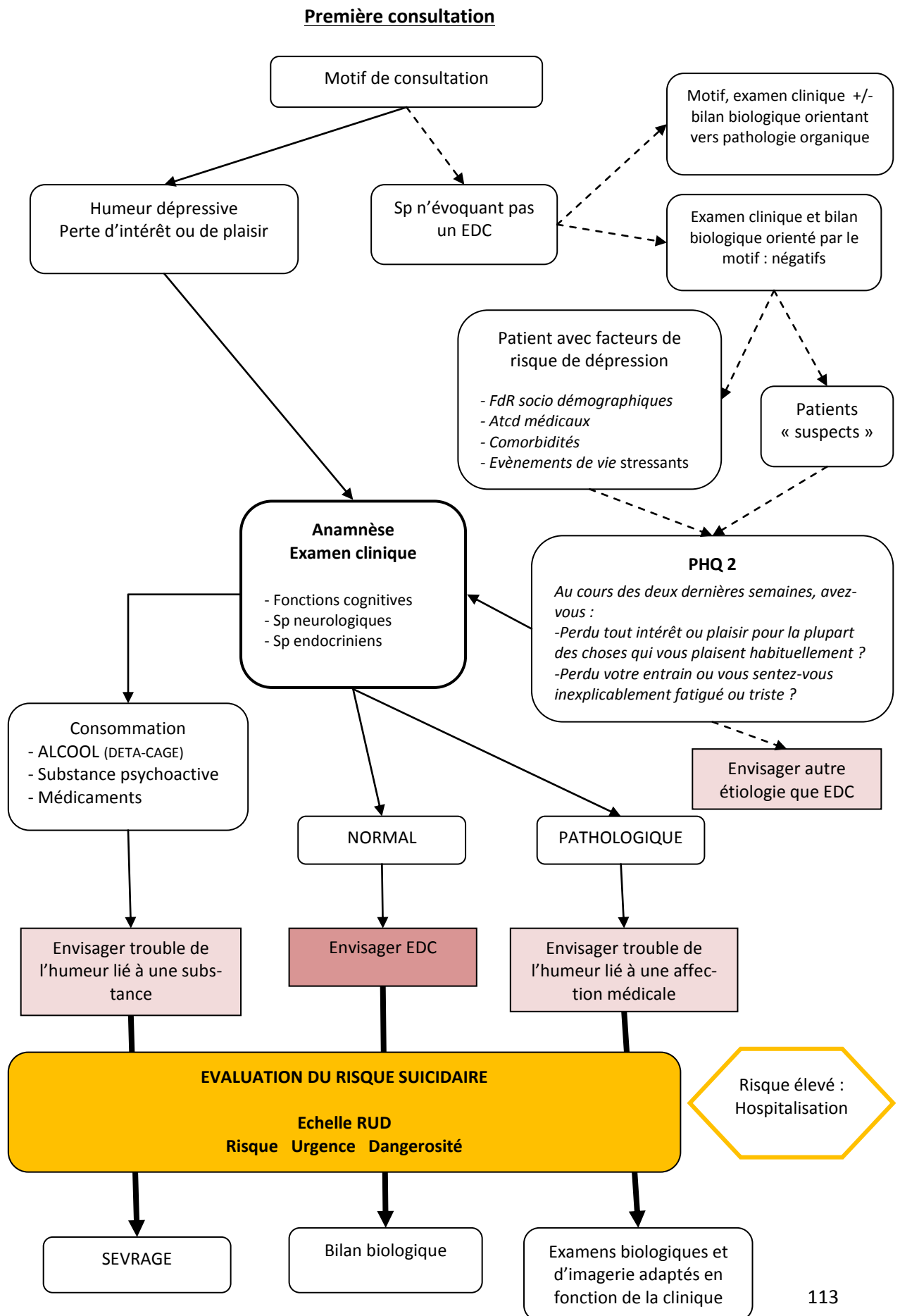
ISRS

ISRNA

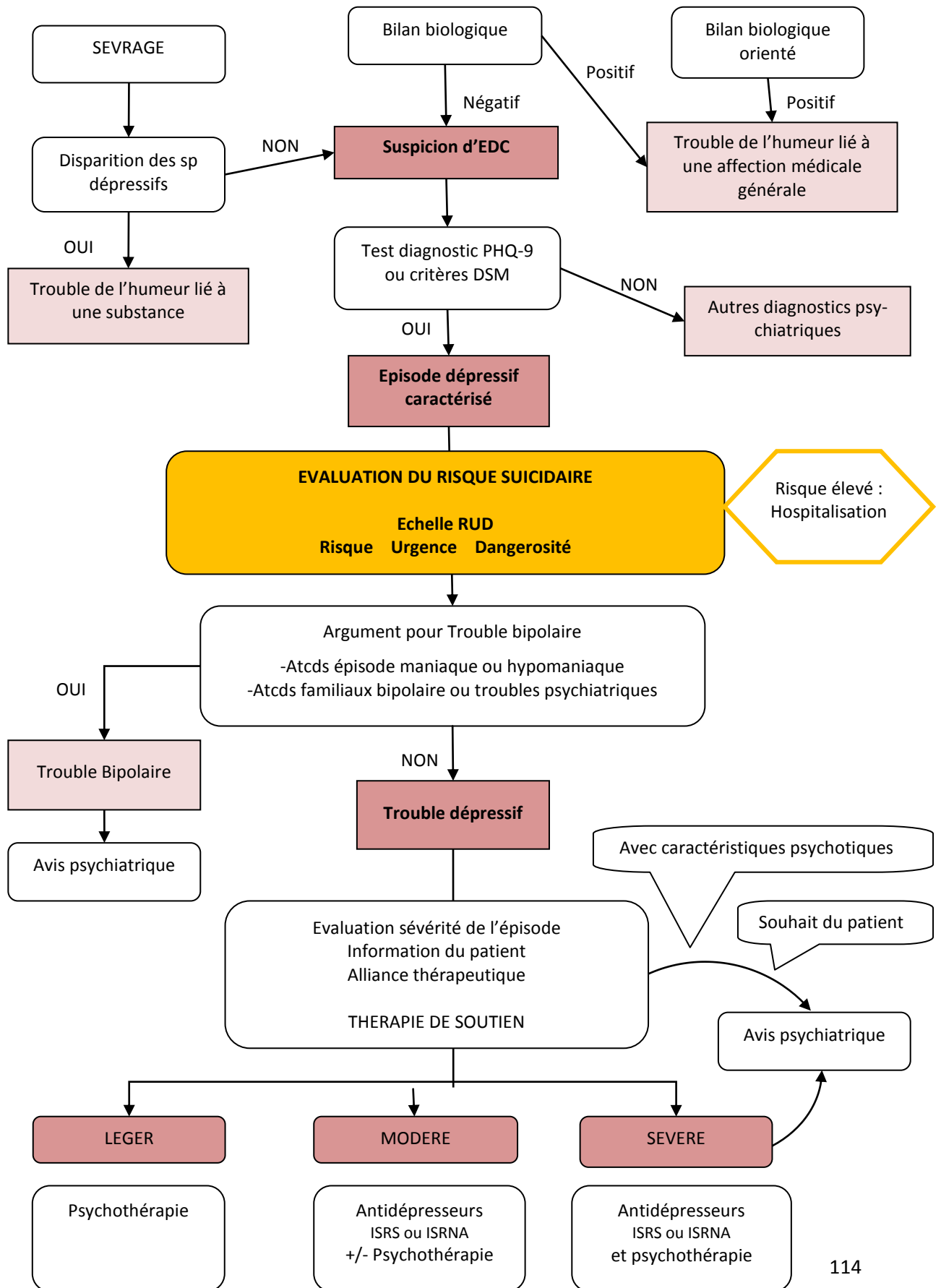
PHQ-2

PHQ-9

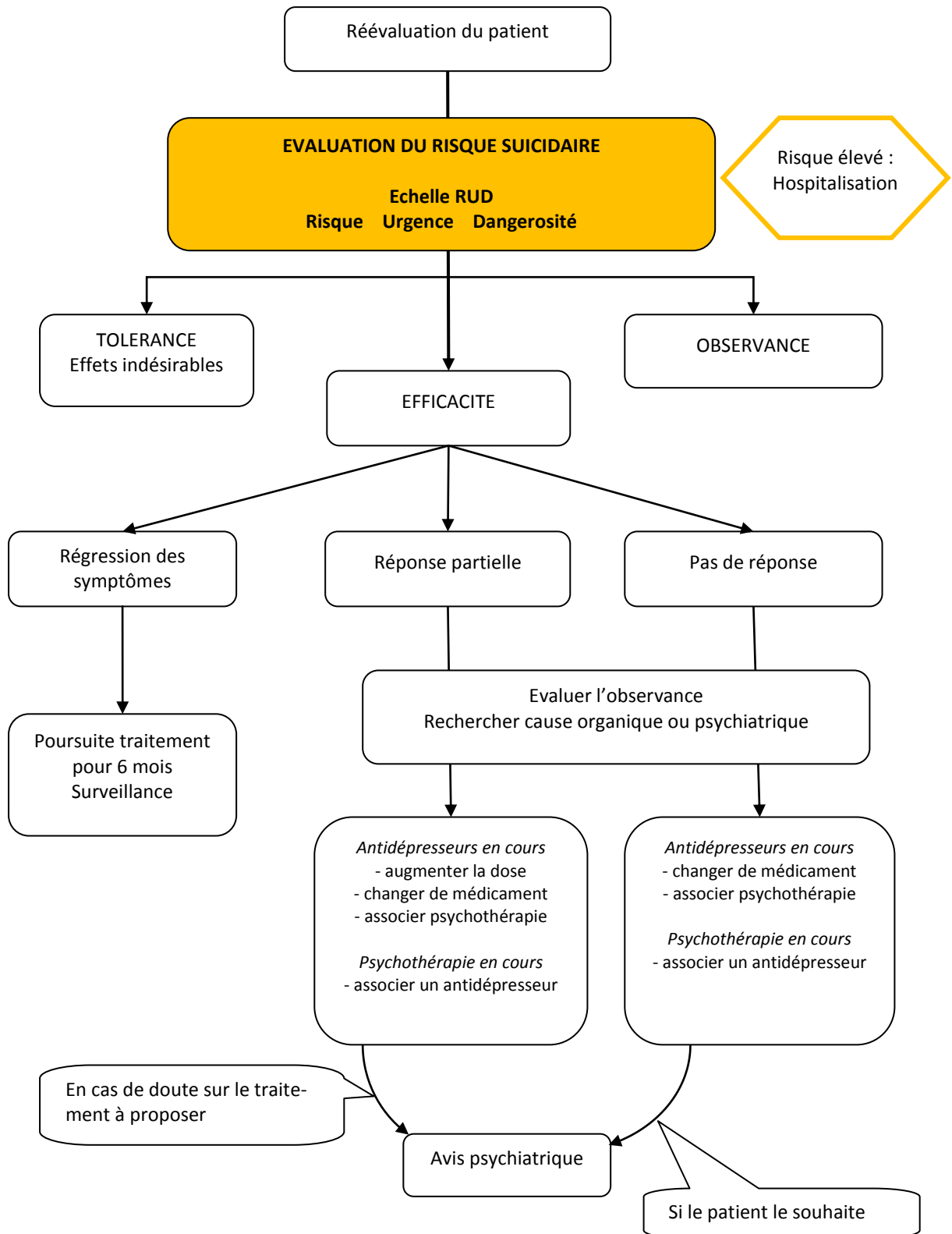
Sp : symptômes



Deuxième consultation



Troisième consultation



XII. LIMITES DU TRAVAIL

La dépression, bien qu'elle soit fréquemment prise en charge par le médecin généraliste, est une pathologie psychiatrique. Nous avons détaillé seulement brièvement les sous spécifications de l'épisode dépressif telles qu'elles sont décrites dans le DSM-V, car il est important pour le médecin de savoir les reconnaître mais ces caractéristiques nosologiques sont plutôt de l'ordre du spécialiste.

Le chapitre concernant la physiopathologie de la dépression permet seulement d'ébaucher les grandes lignes des processus neuropathologiques impliqués. Les régions anatomiques, les neurotransmetteurs et les approches psychologique et sociologique ne sont commentés que pour comprendre le mode d'action des antidépresseurs et les théories sous tendant les différentes psychothérapies. Nous n'avons pas voulu nous attarder sur ces points et risquer de surcharger ce travail, sachant par ailleurs que tous ces mécanismes physiopathologiques ne sont pas encore totalement compris et que de nombreuses recherches restent à faire.

La littérature médicale offre de nombreuses études et méta analyses concernant la dépression et particulièrement ses traitements. Mais dans ce marché fructueux que représentent les antidépresseurs pour les firmes pharmaceutiques, de nombreux biais sont retrouvés, notamment de publication. La pertinence des critères de jugement est également remise en cause, l'efficacité des antidépresseurs étant jugée à partir de seuil d'amélioration d'échelles d'évaluation qui ne font pas l'unanimité.

Ajouté à cela, l'efficacité des psychothérapies est difficile à mettre en évidence dans des essais de grande envergure et de bonne qualité.

Il existe un écart considérable entre les recommandations théoriques et l'exercice de la médecine. En témoignent les difficultés à adresser à un psychiatre et à mettre en place une psychothérapie (devant la disponibilité réduite des psychiatres et psychologues, le coût) alors qu'il est recommandé d'y avoir facilement recours. Il en est de même pour l'hospitalisation en psychiatrie qui n'est souvent pas facile à organiser en pratique.

Ces recommandations ne peuvent que décrire des situations générales et les prises en charge qui en découlent. Or, on sait, en médecine, la complexité de l'individu et parfois l'inadéquation entre des soins qui seraient bons pour la population générale et ceux qui finalement, conviennent à un patient précis, avec toute sa complexité. Le médecin généraliste doit garder son aptitude à l'adaptation devant chaque individu qui ne rentrerait pas dans les « cases » établies. Mais cet ajustement des conduites est parfois difficile quand le praticien fait face à des contraintes d'ordre temporel (de nombreux éléments à évaluer en seulement 15 minutes de consultation) ou à l'exercice périlleux d'une évaluation juste quand l'issue peut être dramatique.

Les organigrammes décisionnels n'ont pas pu faire l'objet d'une pratique en médecine générale. Si leur validité théorique est issue de la littérature, leur applicabilité en médecine générale reste à confirmer. Il n'y a pas eu de mise à l'épreuve des ces arbres décisionnels à partir d'un panel de patients et de médecins généralistes : il n'existe donc pas de données documentées sur les avantages et limites des ces propositions dans la pratique réelle des médecins généralistes.

Les recherches et réflexions permettant l'élaboration de ces organigrammes ont constitué un travail à part entière, afin d'adapter ces données aux impératifs de l'exercice en médecine générale (notamment temporelles, économiques, relationnelles). Les résultats de cette thèse devraient être confrontés à cette réalité pratique pour montrer tout leur intérêt et convaincre de leur utilité. Peut-être faudra-t-il envisager qu'un autre travail s'y attache...

XIII. CONCLUSION

La dépression est de nos jours, encore auréolée d'un sentiment de honte, de faiblesse, mal vue par la société et souvent stigmatisée. On la croit à tort l'apanage des pays développés, mais elle touche tous les continents et risque d'occuper en 2020 la deuxième place au sein des maladies responsables d'invalidité. Les répercussions économiques et sociales engendrées par cette pathologie sont considérables, les coûts indirects l'emportant de loin sur les dépenses des services de santé. Avec une prévalence estimée à 7,5% en France en population générale, la dépression est un problème majeur de santé publique.

Chaque médecin généraliste est amené à rencontrer dans sa pratique des patients dépressifs. Tout l'enjeu de cette maladie va être sa reconnaissance devant la multitude de ses expressions. L'utilisation du PHQ-2, test de dépistage court et pratique, sur une population présentant des facteurs de risque de dépression ou des caractéristiques suspectes, est une aide utile pour le médecin afin de dépister un épisode dépressif caractérisé.

La démarche diagnostique peut s'effectuer en l'espace de deux consultations. La première nécessite une anamnèse soigneuse et un examen clinique rigoureux dans le but d'éliminer des étiologies secondaires, certains symptômes de la dépression pouvant être l'expression d'une atteinte organique ou de la consommation d'une substance psychoactive (médicaments ou toxiques). La recherche méticuleuse de signes cliniques oriente la prescription d'examens complémentaires. La deuxième consultation permet, à la lumière des résultats obtenus, de confirmer l'existence d'un épisode dépressif, d'évaluer sa sévérité grâce à un outil diagnostique tel que le PHQ-9 et de débiter un traitement. A ce stade, le médecin s'attache à rechercher tout argument évoquant un trouble bipolaire, cette pathologie chronique exigeant une prise en charge adaptée sous peine de complications évolutives.

Une troisième consultation permettra de juger l'efficacité de la prise en charge et de s'assurer de l'observance du traitement.

Le suicide est l'issue la plus tragique de la dépression et toute consultation avec un patient dépressif requiert une évaluation du risque suicidaire. Le médecin ne doit pas hésiter à aborder le thème des idées suicidaires, puis doit évaluer le danger et l'urgence d'une éventuelle crise suicidaire. Le niveau d'urgence globale peut ainsi être estimé, permettant d'appliquer une conduite adaptée, en passant si besoin par une hospitalisation.

Le traitement, antidépresseur et/ou psychothérapie dépend de l'état de sévérité de l'épisode dépressif. L'information du patient et l'alliance thérapeutique sont les clés d'une bonne observance, souvent mise en échec par la nature même des symptômes dépressifs et la durée prolongée du traitement afin d'éviter les rechutes. Le suivi et la thérapie de soutien exercée par le médecin généraliste participent à la démarche thérapeutique.

Le recours au psychiatre est recommandé pour la prise en charge de certains tableaux cliniques, mais doit aussi être utilisé dès que le patient le souhaite. En pratique, l'accès au spécialiste est peu aisé. Les problèmes de disponibilité et de coûts sont également un frein à l'utilisation des psychothérapies.

L'amélioration de la prise en charge des patients dépressifs nécessiterait une meilleure coordination médecin généraliste / psychiatre et une optimisation de l'accès aux psychothérapies. S'inscrire dans cet objectif implique une « démystification » de la psychiatrie et un travail sur la crainte engendrée par le repérage délicat du risque suicidaire. Cela peut s'opérer via des propositions de formation médicale continue sur des thèmes de psychiatrie ou à travers l'amélioration de l'image perçue par chacun de ces professionnels de la santé.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Critères diagnostiques d'un épisode dépressif selon la CIM-10 (d'après Boyer, 1999).

Tableau 2 : Critères diagnostiques d'un épisode dépressif majeur selon le DSM-V.

Tableau 3 : Tableau comparatif des prévalences de l'EDC selon les enquêtes

Tableau 4 : Prévalence au cours des douze derniers mois de l'épisode dépressif caractérisé selon l'âge et le sexe en population générale en France à partir des Baromètre Santé 2005 et 2010

Tableau 5 : Comorbidités de l'épisode dépressif - Enquête SMPG

Tableau 6 : Les échelles d'évaluation de la dépression et leurs caractéristiques

Tableau 7 : Critères cliniques distinguant dépression et démence, classification de Wells modifiée par P. Hottin et al., 1997

Tableau 8 : Les antidépresseurs disponibles en France

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Le système limbique

Figure 2 : Régulation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien par l'hippocampe et l'amygdale

Figure 3 : La prévalence de la dépression selon la combinaison de la déclaration et du MINI dans l'enquête ESPS (16)

Figure 4 : Prévalence sur la vie de l'EDC, de l'anxiété généralisée et de la consommation problématique d'alcool selon l'enquête ANADEP

Figure 5 : Prévalence de l'épisode dépressif au cours des 12 derniers mois selon l'âge et le sexe – Enquête ANADEP

Figure 6 : Questionnaires d'évaluation de la consommation d'alcool

Figure 7 : Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9)

Figure 8 : Pourcentage de suicides par rapport au nombre total de décès par tranches d'âge en 2010 (Données CépiDc)

Figure 9 : La crise suicidaire

Figure 10 : Nombre de décès par suicide par an en France en fonction du sexe pour les années 2008, 2009 et 2010 (D'après les données du CépiDc)

Figure 11 : Prise en charge d'un épisode dépressif isolé selon la réponse au traitement de première intention

Figure 12 : Humeur triste ou perte d'intérêt : démarche diagnostique

Figure 13 : Evaluation du risque suicidaire chez un patient dépressif

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale: Nouvelle conception, nouveaux espoirs. 2001.
2. Organisation Mondiale de la Santé. Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions. Rapport de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS. 2006.
3. Institut National de la Santé et de la recherche médicale. Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès [Internet]. [cité 18 avril 2013]. Disponible sur: <http://www.cepidc.inserm.fr/site4/>
4. Haute Autorité de Santé. Note de cadrage. Episode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours [Internet]. 2014. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-05/note_cadrage_episode_depressif_premier_recours_-version_validee_par_le_college_-_mai_2014.pdf
5. Organisation Mondiale de la Santé. Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, Dixième révision. CIM-10,. Masson. Genève; 1994. 226 p.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition. Washington DC; 2013. 930 p.
7. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire: recommandation. 2002.
8. Mark B, Barry C, Michael P. Neurosciences. A la découverte du cerveau. 3ème édition. Pradel. 2007. 881 p.
9. Lorenzetti V, Allen NB, Fornito A, et al. Structural brain abnormalities in major depressive disorder: a selective review of recent MRI studies. J Affect Disord. sept 2009;117(1-2):1-17.
10. Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies, Institut de recherche en santé du Canada. Le cerveau à tous les niveaux [Internet]. 2013 [cité 10 mars 2013]. Disponible sur: http://lecerveau.mcgill.ca/flash/a/a_08/a_08_cr/a_08_cr_dep/a_08_cr_dep.html
11. Ollat H, Pirot S. Physiopathologie de la dépression - Un trouble de la neuroplasticité? Neuropsychiatrie. 2003;(200):15-26.
12. Cotter D, Mackay D, Chana G, et al. Reduced neuronal size and glial cell density in area 9 of the dorsolateral prefrontal cortex in subjects with major depressive disorder. Cereb Cortex. avr 2002;12(4):386-94.
13. Stephen N, Tanya F, Edward V, et al. Neurosciences médicales. Elsevier. 2006. 569 p.
14. David B, Mark D. Psychopathologie. Une perspective multidimensionnelle. De boeck. 2007. 1178 p.
15. McEwen B. Stress and hippocampal plasticity. Annual Review of Neuroscience. 1999;(22):105-22.

16. Rouillon F. Epidémiologie des troubles dépressifs. *La Revue du praticien*. 29 févr 2008;(4):361-3.
17. Kiyohara C, Yoshimasu K. Molecular epidemiology of major depressive disorder. *Environ Health Prev Med*. mars 2009;14(2):71-87.
18. Lee PH, Perlis RH, Jung J-Y, et al. Multi-locus genome-wide association analysis supports the role of glutamatergic synaptic transmission in the etiology of major depressive disorder. *Transl Psychiatry*. 2012;2:184.
19. Pałucha-Poniewiera A, Wierońska JM, Brański P, et al. Is the mGlu5 receptor a possible target for new antidepressant drugs? *Pharmacol Rep*. 2013;65(6):1506-1511.
20. Marrocco J, Reynaert M-L, Gatta E, et al. The effects of antidepressant treatment in prenatally stressed rats support the glutamatergic hypothesis of stress-related disorders. *J Neurosci*. 5 févr 2014;34(6):2015-2024.
21. Duman RS. Pathophysiology of depression and innovative treatments: remodeling glutamatergic synaptic connections. *Dialogues Clin Neurosci*. mars 2014;16(1):11-27.
22. Mossner R, Mikova O, Koutsilieri E, et al. Recommandations sur les marqueurs biologiques: marqueurs biologiques dans la dépression. *The World Journal of Biological Psychiatry*. 2007;8(3):141-74.
23. Sartorius A, Hellweg R, Litzke J, et al. Correlations and discrepancies between serum and brain tissue levels of neurotrophins after electroconvulsive treatment in rats. *Pharmacopsychiatry*. nov 2009;42(6):270-6.
24. Blugeot A, Rivat C, Bouvier E, et al. Vulnerability to depression: from brain neuroplasticity to identification of biomarkers. *J Neurosci*. 7 sept 2011;31(36):12889-99.
25. Molinié M. *La Psychanalyse ; Points de vue pluriels*. Sciences Humaines. Belgique; 2007. 329 p.
26. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM). *Psychothérapie: trois approches évaluées. Une expertise collective de l'Inserm*; 2004.
27. Demailly L. *Sociologie des troubles mentaux*. La Découverte. 2011. 128 p.
28. Pouchain D. *Médecine générale: concepts & pratiques*. Masson. 1996. 1025 p.
29. Catu Pinault A, Velluet L. A propos de l'anxiété et de la dépression en médecine générale. *Exercer*. oct 2004;(70):69-74.
30. Lamboy B. La santé mentale : état des lieux et problématique. *Santé Publique*. 2005;17(4):583-96.
31. Lépine JP, Gastpar M, Mendlewicz J, et al. Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *Int Clin Psychopharmacol*. janv 1997;12(1):19-29.
32. Le Pape A, Lecomte T. Prévalence et prise en charge médicale de la dépression, France 1996-1997. CREDES; 1999.

33. Lépine J-P, Gasquet I, Kovess V, et al. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESE-MeD/MHEDEA 2000. *L'Encéphale*. 31(2):182-94.
34. Bellamy V. Troubles mentaux et représentation de la santé mentale. *Etudes et résultats*. oct 2004;(347).
35. Morin T. Episodes dépressifs : des situations multiples. *Etudes et résultats*. oct 2008;(661).
36. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. La dépression en France: Enquête Anadep 2005. 2009.
37. Briffault X, Morvan Y, Guilbert P-J, et al. Evaluation de la dépression dans une enquête en population générale. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. 2008;(35-36):318-21.
38. Beck F, Guignard R. La dépression en France (2005-2010) : prévalence, recours au soin et sentiment d'information de la population. *La Santé de l'Homme*. oct 2012;(421):43-5.
39. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Les Baromètres santé, un observatoire des comportements des Français pour orienter les politiques de santé publique [Internet]. INPES. 2012 [cité 19 mars 2013]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/index.asp>
40. Lamboy B, Léon C, Guilbert P. Troubles dépressifs et recours aux soins dans la population française à partir des données du Baromètre Santé 2005. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. mars 2007;55(3):222-7.
41. Wittchen H-U, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*. août 2005;15(4):357-76.
42. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*. sept 2011;21(9):655-79.
43. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 24 mai 1997;349(9064):1498-504.
44. Organisation Mondiale de la Santé. Charge mondiale de morbidité [Internet]. WHO. [cité 21 avr 2013]. Disponible sur: http://www.who.int/topics/global_burden_of_disease/fr/
45. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, et al. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *The Lancet*. 27 mai 2006;367(9524):1747-57.
46. Maurer DM. Screening for depression. *Am Fam Physician*. 15 déc 2012;85(2):139-44.
47. National Institute for Health and Clinical Excellence. The treatment and management of depression in adults. NICE clinical guideline 90 [Internet]. 2009. Disponible sur: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG90NICEguideline.pdf>

48. Sobocki P, Jönsson B, Angst J, et al. Cost of depression in Europe. *J Ment Health Policy Econ.* juin 2006;9(2):87-98.
49. Raffaitin F, Spadone C. Dépression et arrêts de travail. Une enquête en médecine générale. *La Revue du praticien - Médecine générale.* 6 sept 2010;(845):562-4.
50. Parquet P-J, Chevallier L, Cuche H. « Itinéraires des déprimés » Réflexions sur leurs trajectoires en France. Rapport d'expert. 2001.
51. Andrade LH, Alonso J, Mneimneh Z, et al. Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychol Med.* 9 août 2013;1-15.
52. Contopoulos-Ioannidis DG, Gilbody SM, Trikalinos TA, et al. Comparison of large versus smaller randomized trials for mental health-related interventions. *Am J Psychiatry.* mars 2005;162(3):578-84.
53. Massol P. Dépister la dépression. *Panorama du Médecin.* 1 oct 2012;(5277):19.
54. Ustun TB, Sartorius N. *Mental Illness in General Health Care: An International Study.* John Wiley & Sons; 1995. 430 p.
55. Méon X. *Etude de la prise en charge des troubles psychiques courants en médecine générale.* [Bordeaux]: Bordeaux 2 - Victor Segalen; 2006.
56. Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M, et al. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med.* 28 oct 1999;341(18):1329-35.
57. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *The Lancet.* août 2009;374(9690):609-19.
58. Chabry C, Phelippeau J-P, Dubron D. *Prise en charge ambulatoire de la dépression chez l'adulte. Expression des besoins par les médecins généralistes.* URCAM Ile de France; 2005.
59. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. *Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015* [Internet]. 2011. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015.pdf
60. Ministère de la justice et des libertés, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, Ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et de la vie associative, Ministère de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche, de la ruralité et de l'aménagement du territoire, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, Ministère de la solidarité et de la cohésion sociale. *Programme national d'actions contre le suicide (2011-2014)* [Internet]. 2011. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Programme_national_d_actions_contre_le_suicide_2011-2014.pdf
61. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. *info-depression.fr - En savoir plus pour s'en sortir* [Internet]. [cité 19 juin 2014]. Disponible sur: <http://www.info-depression.fr/>
62. Gilbody S, Sheldon T, Wessely S. Should we screen for depression? *BMJ.* 29 avr 2006;332(7548):1027-30.

63. Gilbody S, Sheldon T, House A. Screening and case-finding instruments for depression: a meta-analysis. *CMAJ*. 8 avr 2008;178(8):997-1003.
64. O'Connor EA, Whitlock EP, Beil TL, et al. Screening for Depression in Adult Patients in Primary Care Settings: A Systematic Evidence Review. *Ann Intern Med*. 1 déc 2009;151(11):793-803.
65. New Zealand Guidelines Group. Identification of Common Mental Disorders and Management of Depression in Primary Care. An evidence-based best practice guideline. [Internet]. 2008. Disponible sur: http://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/depression_guideline.pdf
66. U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Screening for Depression in Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med*. 1 déc 2009;151(11):784-92.
67. Weissman PD, Neria PD, Gameroff PD, et al. Positive Screens for Psychiatric Disorders in Primary Care: A Long-Term Follow-Up of Patients Who Were Not in Treatment. *Psychiatric Services*. 1 févr 2010;61(2):151-9.
68. Department of Veteran affairs, Department of defense. VA/DoD clinical practice guideline for management of major depressive disorder. 2009.
69. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on screening for depression in adults. *CMAJ*. 11 juin 2013;185(9):775-82.
70. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, et al. Case-Finding Instruments for Depression. *J Gen Intern Med*. juill 1997;12(7):439-45.
71. Li C, Friedman B, Conwell Y, et al. Validity of the Patient Health Questionnaire 2 (PHQ-2) in identifying major depression in older people. *J Am Geriatr Soc*. avr 2007;55(4):596-602.
72. Mulrow CD, Williams JW Jr, Gerety MB, et al. Case-finding instruments for depression in primary care settings. *Ann Intern Med*. 15 juin 1995;122(12):913-21.
73. Thekkumpurath P, Walker J, Butcher I, et al. Screening for major depression in cancer outpatients: the diagnostic accuracy of the 9-item patient health questionnaire. *Cancer*. 1 janv 2011;117(1):218-27.
74. De Meyere M. Un questionnaire ultra court de dépistage de la dépression valide en première ligne de soins? *Minerva*. 2008;7:26-7.
75. Nease DE Jr, Maloin JM. Depression screening: a practical strategy. *J Fam Pract*. févr 2003;52(2):118-24.
76. Agence du Médicament. Etude de la prescription et de la consommation des antidépresseurs en ambulatoire. 1998.
77. Leroux I, Morin T. Facteurs de risque des épisodes dépressifs en population générale. *Etudes et résultats*. déc 2006;(545).

78. Institute for clinical Systems Improvement M. Major Depression in Adults in Primary Care. Health care guideline. Fifteenth edition. [Internet]. Institute for clinical Systems Improvement; 2012. Disponible sur: https://www.icsi.org/_asset/fnhdm3/Depr-Interactive0512b.pdf
79. Consoli S, Hazen C, Soudry Y. Dépression et pathologies somatiques. La Revue du praticien. 29 févr 2008;(4):377-84.
80. Haute Autorité de Santé. Douleur chronique: reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. Recommandations professionnelles, argumentaire [Internet]. 2008. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_argumentaire.pdf
81. Dantchev N. Comment reconnaître une maltraitance ancienne chez l'adulte et la personne âgée? [Internet]. Fédération Française de Psychiatrie; 2003. Disponible sur: <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confvictime/experthtml/dantchev.html>
82. Alciati A. Different types of childhood adverse experiences and mood disorders. Clinical, research and Treatment Approaches to affective disorders. Hard cover. 2012. p. 364.
83. MacMillan HL, Fleming JE, Streiner DL, et al. Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. Am J Psychiatry. nov 2001;158(11):1878-83.
84. Widom CS, DuMont K, Czaja SJ. A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. Arch Gen Psychiatry. janv 2007;64(1):49-56.
85. Albou A, Allilaire J-F. Dépression de l'adulte, manifestations cliniques, nosographie et comorbidités. La Revue du praticien. 29 févr 2008;(4):366-72.
86. Schuckit MA, Irwin M, Brown SA. The history of anxiety symptoms among 171 primary alcoholics. J Stud Alcohol. janv 1990;51(1):34-41.
87. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, et al. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Arch Gen Psychiatry. août 2004;61(8):807-16.
88. Beck F, Guignard R, Richard J-B. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010. Tendances. juin 2011;(76).
89. Laqueille X. Troubles psychiatriques liés, induits ou associés au cannabis. La Revue du praticien. 15 janv 2005;(1):30-4.
90. Dawson DA, Grant BF, Stinson FS, et al. Psychopathology associated with drinking and alcohol use disorders in the college and general adult populations. Drug Alcohol Depend. 14 févr 2005;77(2):139-150.
91. Lejoyeux M, Marinescu M. Alcool et comorbidité psychiatrique. La Revue du praticien. 31 mai 2006;(10):1081-5.
92. Roeloffs CA, Wells KB, Ziedonis D, et al. Problem Substance Use Among Depressed Patients in Managed Primary Care. Psychosomatics. sept 2002;43(5):405-12.

93. Schuckit MA, Smith TL, Kalmijn J. Relationships among independent major depressions, alcohol use, and other substance use and related problems over 30 years in 397 families. *J Stud Alcohol Drugs*. mars 2013;74(2):271-279.
94. Schuckit MA, Tipp JE, Bergman M, et al. Comparison of induced and independent major depressive disorders in 2,945 alcoholics. *Am J Psychiatry*. juill 1997;154(7):948-957.
95. Jaafari N, Fassassi S, Senon J. Dépression de l'adulte. *La Revue du praticien - Médecine générale*. 5 déc 2005;(712):1351-60.
96. Paille F. Nosographie, repérage et diagnostic des troubles de l'alcoolisation. *La Revue du Praticien*. 31 mai 2006;(10):1061-9.
97. Demeaux J-L, Depinoy D. Dépistage des mésusages de l'alcool. *La Revue du Praticien - Médecine générale*. 26 avr 2004;18(650):553-61.
98. Arfaoui S, Demortière G, Michaud P, et al. Repérage précoce du risque alcool en médecine générale et en médecine du travail: savoir faire FACE. *La Revue du Praticien - Médecine générale*. 16 févr 2004;18(641):201-5.
99. Camus V, Schmitt L. Manifestations psychiatriques des tumeurs cérébrales : approche clinique et thérapeutique. *EMC Psychiatrie* [Internet]. 2000 [cité 12 avr 2013]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.ezproxy.u-bordeaux2.fr/article/4209/resultatrecherche/3>
100. Daudin M. C'est dans la tête. *Le Concours Médical*. 7 déc 2005;(38):2184-6.
101. Assurance Maladie. Episode dépressif caractérisé : critères diagnostiques adaptés de la CIM 10 [Internet]. 2010 [cité 22 avr 2013]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/EDC-CIM-sept2010.pdf
102. Assurance Maladie. Episode dépressif caractérisé: critères diagnostiques adaptés du DSM IV [Internet]. 2010 [cité 22 avr 2013]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/EDC-DSM-sept2010.pdf
103. Gilbody S, Richards D, Barkham M. Diagnosing depression in primary care using self-completed instruments: UK validation of PHQ-9 and CORE-OM. *Br J Gen Pract*. août 2007;57(541):650-2.
104. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. sept 2001;16(9):606-13.
105. Kroenke K, Shen J, Oxman TE, et al. Impact of pain on the outcomes of depression treatment: results from the RESPECT trial. *Pain*. janv 2008;134(1-2):209-15.
106. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire*. *JAMA*. 10 nov 1999;282(18):1737-1744.
107. Rozefort W, Bélanger H. Des outils diagnostiques et thérapeutiques: comment les démêler sans trop se mêler? *Le Médecin du Québec*. sept 2012;47(9):29-35.

108. Clement J. Dépressions du sujet âgé. *La Revue du Praticien*. 15 avr 2004;(7):725-33.
109. Dibie-Racoupeau F, Chavane V. Confusion, dépression, démences chez le sujet âgé. *La Revue du Praticien*. 15 mai 2008;(9):1021-7.
110. Haute Autorité de Santé. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées: diagnostic et prise en charge. Recommandation [Internet]. 2011. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prsie_e_n_charge.pdf
111. Jorm AF. History of depression as a risk factor for dementia: an updated review. *Aust N Z J Psychiatry*. déc 2001;35(6):776-781.
112. Diniz BS, Butters MA, Albert SM, et al. Late-life depression and risk of vascular dementia and Alzheimer's disease: systematic review and meta-analysis of community-based cohort studies. *Br J Psychiatry*. mai 2013;202(5):329-335.
113. Fuhrer R, Dufouil C, Dartigues JF, PAQUID Study. Exploring sex differences in the relationship between depressive symptoms and dementia incidence: prospective results from the PAQUID Study. *J Am Geriatr Soc*. août 2003;51(8):1055-1063.
114. Andersen K, Lolk A, Kragh-Sørensen P, et al. Depression and the risk of Alzheimer disease. *Epidemiology*. mars 2005;16(2):233-238.
115. Saczynski JS, Beiser A, Seshadri S, et al. Depressive symptoms and risk of dementia: the Framingham Heart Study. *Neurology*. 6 juill 2010;75(1):35-41.
116. Li YS, Meyer JS, Thornby J. Longitudinal follow-up of depressive symptoms among normal versus cognitively impaired elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*. juill 2001;16(7):718-727.
117. Potter GG, Wagner HR, Burke JR, et al. Neuropsychological predictors of dementia in late-life major depressive disorder. *Am J Geriatr Psychiatry*. mars 2013;21(3):297-306.
118. Ownby RL, Crocco E, Acevedo A, et al. Depression and risk for Alzheimer disease: systematic review, meta-analysis, and meta-regression analysis. *Arch Gen Psychiatry*. mai 2006;63(5):530-8.
119. Li G, Wang LY, Shofer JB, et al. Temporal relationship between depression and dementia: findings from a large community-based 15-year follow-up study. *Arch Gen Psychiatry*. sept 2011;68(9):970-977.
120. Byers AL, Yaffe K. Depression and risk of developing dementia. *Nat Rev Neurol*. juin 2011;7(6):323-31.
121. Organisation Mondiale de la Santé. Suicide prevention (SUPRE) [Internet]. WHO. [cité 7 mars 2013]. Disponible sur: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html
122. Institut national de la statistique et des études économiques. Taux de décès par suicide [Internet]. Insee. [cité 19 juin 2014]. Disponible sur: zotero://attachment/281/

123. Philippe A. Epidémiologie du suicide. La Revue du praticien. 16 févr 2011;61(2):175.
124. Pitchot W, Paquay C, Anseau M. Le comportement suicidaire: facteurs de risque psychosociaux et psychiatriques. Rev Med Liege. juin 2008;63(5-6):396-403.
125. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. La crise suicidaire: reconnaître et prendre en charge. 2000.
126. Walter M. Evaluer le risque suicidaire. La Revue du praticien. 15 juin 2003;(11):1186-90.
127. Mouquet MC, Bellamy V. Suicides et tentatives de suicide en France. Etudes et résultats. mai 2006;(488).
128. Chan-Chee C, Jezewski-Serra D. Hospitalisations pour tentatives de suicide entre 2004 et 2007 en France métropolitaine. analyse du PMSI-MCO. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. déc 2011;(47-48):493-8.
129. Beck F, Guignard R. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. déc 2011;(47-48):489-93.
130. Queinec R. Effet Werther et contagiosité suicidaire. La Revue du praticien. 16 févr 2011;61(2):176-7.
131. Kovess-Masfety V. Suicide: les généralistes premiers acteurs de prévention. Le Concours Médical. 24 mai 2010;(10):416-7.
132. John Mann J, Apter A, Bertolote J. Suicide prevention strategies: A systematic review. JAMA. 26 oct 2005;294(16):2064-74.
133. Rimer J, Dwan K, Lawlor DA, et al. Exercise for depression. In: The Cochrane Collaboration, Mead GE, éditeurs. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2012 [cité 24 janv 2013]. Disponible sur: http://cochrane.fr/index.php?option=com_k2&view=item&id=1078&recherche=&Itemid=537
134. Chastang F, Blot S. Les facteurs de risque du suicide. La Revue du praticien. 16 févr 2011;(2):180.
135. Wohl M, Ades J. Dépression et addictions: quels liens et quelle séquences thérapeutique? La Revue du praticien. 18 avr 2009;(4):484-7.
136. Holma KM, Melartin TK, Haukka J, et al. Incidence and predictors of suicide attempts in DSM-IV major depressive disorder: a five-year prospective study. Am J Psychiatry. juill 2010;167(7):801-8.
137. Gohier B, Richard-Devantoy S, Denès D, et al. Risque suicidaire chez l'adulte. La Revue du Praticien. 16 avr 2010;(4):567-72.
138. Organisation Mondiale de la Santé. La prévention du suicide: indications pour les médecins généralistes [Internet]. Organisation Mondiale de la Santé; 2001. Disponible sur: http://www.who.int/publications/list/prevention_sucide_medecins/fr/index.html

139. Cottencin O. Severe depression : concomitant somatic disease. *Encephale*. déc 2009;35 Suppl 7:S272-8.
140. Sher L. Alcoholism and suicidal behavior: a clinical overview. *Acta Psychiatr Scand*. janv 2006;113(1):13-22.
141. Aquatias S, Arditti J, Bailly I, et al. Cannabis : quels effets sur le comportement et la santé ? [Internet]. 2001. Disponible sur: <http://lara.inist.fr/handle/2332/1324>
142. Fawcett J, Scheftner W, Clark D, et al. Clinical predictors of suicide in patients with major affective disorders: a controlled prospective study. *Am J Psychiatry*. janv 1987;144(1):35-40.
143. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. La réforme de la Loi psychiatrie de 1990 : 8 points-clés pour vous guider [Internet]. [sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr). [cité 7 mai 2014]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/la-reforme-de-la-loi-psychiatrie-de-1990-8-points-cles-pour-vous-guider.html>
144. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors [Internet]. 2003. Disponible sur: <http://psychiatryonline.org.ezproxy.u-bordeaux2.fr/content.aspx?bookID=28§ionID=1673332#56073>
145. Ducher J-L, Kwiatkowski F, Dupuy C, et al. Validation de l'échelle d'évaluation du risque suicidaire RSD après tentative de suicide chez 320 patients hospitalisés dans un service d'urgence. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*. 2009;19(1):47-52.
146. Ducher J-L, Terra. L'échelle d'évaluation du risque suicidaire RSD possède-t-elle une valeur prédictive ? oct 2006;32(5):738-45.
147. Ontario Hospital Association. Guide d'évaluation du risque de suicide.
148. Department of Veterans Affairs, Department of Defense. VA/DoD clinical practice guideline for assessment and management of patients at risk for suicide. [Internet]. 2013. Disponible sur: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=47023>
149. Staikowsky F, Chastang F, Pujalte D. Urgences psychiatriques liées aux actes suicidaires en 2008. Incidence et pronostic. *Réanimation*. 2008;(17):783-9.
150. Haute Autorité de Santé. Rapport d'élaboration de référentiel d'évaluation des pratiques professionnelles. Prise en charge par le psychiatre d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire. 2005.
151. Henry C, Gay C. Maladie maniaco-dépressive ou troubles bipolaires [Internet]. Encyclopédie Orphanet. 2004. Disponible sur: <https://www.orpha.net/data/patho/FR/fr-troublesbipolaires.pdf>
152. Gay C, Cuhe H. Quels signes chez le déprimé peuvent faire craindre un virage maniaque? *La Revue du praticien*. 15 mars 2005;(5):523-6.
153. Bellivier F. Dépistage précoce: rechercher les indices de bipolarité. *Le Concours Médical*. 12 sept 2011;133(7):531-2.

154. BenAbla T. Dépression unipolaire versus dépression bipolaire : facteurs prédictifs d'une évolution bipolaire. *L'Encéphale*. 9 avr 2008;32(6):962-5.
155. Ginger S. Psychiatrie et psychothérapie. *Journal français de psychiatrie*. 1 févr 2004;1(21):10-2.
156. Thurin J-M. Différents types de techniques psychothérapeutiques. *La Revue du praticien*. 17 mai 2009;(5):709-13.
157. Markowitz JC, Weissman MM. Interpersonal psychotherapy: principles and applications. *World Psychiatry*. oct 2004;3(3):136-9.
158. Parikh SV, Segal ZV, Grigoriadis S, , et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. II. Psychotherapy alone or in combination with antidepressant medication. *J Affect Disord*. oct 2009;117 Suppl 1:S15-25.
159. Weissman MM. Recent non-medication trials of interpersonal psychotherapy for depression. *Int J Neuropsychopharmacol*. févr 2007;10(1):117-22.
160. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Non-pharmaceutical management of depression in adults. A national clinical guideline [Internet]. 2010. Disponible sur: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign114.pdf>
161. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder, Third Edition [Internet]. 2010. Disponible sur: <http://psychiatryonline.org.ezproxy.u-bordeaux2.fr/content.aspx?bookid=28§ionid=1667485>
162. Briot M. Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes. Paris, Assemblée nationale, Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé; 2006.
163. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM). Médicaments psychotropes : consommations et pharmacodépendances. Expertise collective; 2012.
164. Cadet-Taiou A, Brisacier A-C. Médicaments psychotropes non opiacés. *Drogues et addictions, données essentielles*. Observatoire français des drogues et des toxicomanies; 2013. p. 258-65.
165. Dumesnil H, Cortaredona sébastien, Cavillon M. La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. *Etudes et résultats*. sept 2012;(810).
166. Dezetter A. Analyses épidémiologiques et socioéconomiques de la situation des psychothérapies en France, en vue de propositions sur les politiques de remboursement des psychothérapies. Paris Descartes; 2012.
167. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte. Recommandations [Internet]. 2006. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/Dossiers/Traitements-par-antidepresseurs/Traitement-par-antidepresseurs/%28offset%29/0>

168. Härter M, Klesse C, Bermejo I, Schneider F, Berger M. Unipolar depression: diagnostic and therapeutic recommendations from the current S3/National Clinical Practice Guideline. *Dtsch Arztebl Int.* oct 2010;107(40):700-8.
169. Briffault X, Caria A, Finkelstein C, et al. La dépression. En savoir plus pour s'en sortir [Internet]. Inpes; 2007. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1057.pdf>
170. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. Coping with depression. australian treatment guide for consumers and carers. [Internet]. 2009. Disponible sur: https://www.ranzcp.org/Files/Resources/Publications/CPG/Australian_Versions/AUS_Depression-pdf.aspx
171. Worl Federation of Societies of Biological Psychiatry, Bauer M, Pfennig A, Severus E, Whybrow PC, Angst J, et al. Worl Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of unipolar depressif disorders, part 1: update 2013 on the acute and continuation treatment of unipolar depressive disorders. *The World Journal of Biological Psychiatrie.* 2013;14(5):334-85.
172. Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, et al. Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med.* févr 2008;5(2):260-7.
173. Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, et al. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *JAMA.* 6 janv 2010;303(1):47-53.
174. Boussageon R, Gilbert D. Traitement de la dépression de l'adulte en médecine générale. Les antidépresseurs sont-ils efficaces ? Une revue de la littérature. *Médecine.* 1 janv 2012;8(1):20-3.
175. Turner EH, Matthews AM, Linardatos E, et al. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *N Engl J Med.* 17 janv 2008;358(3):252-260.
176. Corruble E. Quel bon usage des antidépresseurs? *La Revue du Praticien.* 17 déc 2013;(10):1340-1.
177. Nunes EV, Levin FR. Treatment of depression in patients with alcohol or other drug dependence: a meta-analysis. *JAMA.* 21 avr 2004;291(15):1887-1896.
178. Iovieno N, Tedeschini E, Bentley E. Antidepressants for major depressive disorder and dysthymic disorder in patients with comorbid alcohol use disorders: a meta-analysis of placebo-controlled randomized trials. *Journal of Clinical Psychiatry.* 2011;(72):1144-51.
179. Baker AL, Kavanagh DJ, Kay-Lambkin FJ, et al. Randomized controlled trial of MICBT for co-existing alcohol misuse and depression: outcomes to 36-months. *J Subst Abuse Treat.* mars 2014;46(3):281-290.
180. Riper H, Andersson G, Hunter SB, et al. Treatment of comorbid alcohol use disorders and depression with cognitive-behavioural therapy and motivational interviewing: a meta-analysis. *Addiction.* mars 2014;109(3):394-406.

181. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Le bon usage des antidépresseurs au cours des troubles dépressifs chez l'adulte. 2005.
182. Posternak MA, Zimmerman M. Therapeutic effect of follow-up assessments on antidepressant and placebo response rates in antidepressant efficacy trials: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. avr 2007;190:287-92.
183. Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie. Les courriers échangés entre médecins généralistes et psychiatres lors d'une demande de première consultation par le médecin généraliste pour un patient adulte présentant un trouble mental avéré ou une souffrance psychique. Recommandations [Internet]. 2010. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1050358/fr/les-courriers-echanges-entre-medecins-generalistes-et-psychiatres-lors-dune-demande-de-premiere-consultation-par-le-medecin-generaliste-pour-un-patient-adulte-presentant-un-trouble-mental-avere-ou-une-souffrance-psychique
184. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann-Coblentz L, et al. La consultation du patient à risque suicidaire en médecine générale. Généralistes et psychiatres: une relation compliquée. *Médecine*. juin 2008;279-83.
185. Bournot M-C, Goupil M-C, Tuffreau F. Les médecins généralistes: un réseau professionnel étendu et varié. *Etudes et résultats*. Aout 2008;(649):1-8.
186. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, et al. Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet*. 28 févr 2009;373(9665):746-58.
187. Guaiana G, Gupta S, Chiodo D, et al. Agomelatine versus other antidepressive agents for major depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 1996 [cité 21 juin 2014]. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008851.pub2/abstract>
188. Magni LR, Purgato M, Gastaldon C, et al. Fluoxetine versus other types of pharmacotherapy for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 1996 [cité 21 juin 2014]. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004185.pub3/abstract>
189. Purgato M, Papola D, Gastaldon C, et al. Paroxetine versus other anti-depressive agents for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 1996 [cité 21 juin 2014]. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006531.pub2/abstract>
190. Cipriani A, Koesters M, Furukawa TA, et al. Duloxetine versus other anti-depressive agents for depression. In: The Cochrane Collaboration, Cipriani A, éditeurs. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2012 [cité 27 janv 2013]. Disponible sur: http://cochrane.fr/index.php?option=com_k2&view=item&id=2571&recherche=&Itemid=537
191. Cipriani A, Purgato M, Furukawa TA, et al. Citalopram versus other anti-depressive agents for depression. In: The Cochrane Collaboration, Cipriani A, éditeurs. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2012 [cité 27 janv 2013].

Disponible sur:

http://cochrane.fr/index.php?option=com_k2&view=item&id=1087&recherche=&Itemid=537

192. Assurance Maladie. Coût d'un traitement antidépresseur mensuel chez l'adulte [Internet]. 2010 [cité 22 avr 2013]. Disponible sur:
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/antidepresseur-memo-metropole-sept2010.pdf

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)

Annexe 2 : Composite International Diagnostic Interview Short Form (CIDI-SF)

Annexe 3 : Questionnaire AUDIT : *Alcohol Use Disorders Identification Test*

Annexe 4 : Echelle de Beck

Annexe 5 : Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) ou Echelle de dépression de Hamilton

Annexe 6 : Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS)

Annexe 7 : Mini Mental status Examination (MMSE)

Annexe 8 : Echelle de désespoir de Beck

Annexe 9 : Echelle d'évaluation du risque suicidaire de Ducher

Mini International Neuropsychiatric Interview

Toutes les réponses sont binaires (oui /non) dans la partie du MINI relative à l'épisode dépressif.

Au cours des deux dernières semaines :

1/ Vous êtes-vous senti(e) triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps au cours de la journée, et ce, presque tous les jours ?

2/ Aviez-vous presque tout le temps le sentiment de n'avoir plus goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui vous plaisent habituellement ?

3/ Vous sentiez-vous presque tout le temps fatigué(e), sans énergie ?

⇒ Si au moins deux réponses positives parmi 1, 2 et 3 :

Durant ces deux dernières semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé(e) / sans intérêt pour les choses / fatigué(e) :

4/ Votre appétit a-t-il notablement changé ou avez-vous pris ou perdu du poids sans en avoir l'intention ?

5/ Aviez-vous des problèmes de sommeil (endormissement, réveils nocturnes ou précoces, hypersomnie) presque toutes les nuits ?

6/ Parliez-vous ou vous déplaçiez-vous plus lentement que d'habitude, ou au contraire, vous sentiez-vous agité(e) et aviez-vous du mal à rester en place ?

7/ Manquiez-vous de confiance en vous-même, ou vous sentiez-vous sans valeur, voire inférieur(e) aux autres ?

8/ Vous êtes-vous fait des reproches, ou vous êtes-vous senti(e) coupable ?

9/ Avez-vous eu du mal à réfléchir ou à vous concentrer, ou aviez-vous du mal à prendre des décisions ?

10/ Avez-vous eu à plusieurs reprises des idées noires comme penser qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou avez-vous pensé à vous faire du mal ?

⇒ Si le sujet présente au moins 4 réponses positives en tout : épisode dépressif

Annexe 2 : Composite International Diagnostic Interview Short Form (CIDI-SF)

CIDI-SF

N'est pas présentée ici l'intégralité du CIDI-SF, mais les questions relatives à l'Épisode Dépressif Caractérisé. Les réponses binaires (oui /non) ou strictement quantitatives ne sont pas retranscrites ici.

1/ Au cours des douze derniers mois, vous est-il arrivé de vivre une période d'au moins deux semaines consécutives pendant laquelle vous vous sentiez triste, déprimé(e), sans espoir ?

Si oui à la question précédente,

Pour répondre aux questions qui suivent, pensez à la période de deux semaines pendant les douze derniers mois où ces sentiments étaient les plus intenses.

2/ Pendant ces deux semaines, ce sentiment d'être triste, déprimé, sans espoir durait généralement :

- 1 Toute la journée
- 2 Pratiquement toute la journée
- 3 Environ la moitié de la journée
- 4 Moins de la moitié

3/ Pendant ces deux semaines, ce sentiment arrivait-il ?

- 1 Chaque jour
- 2 Presque chaque jour
- 3 Moins souvent

4/ Toujours pendant ces deux semaines, avez-vous perdu intérêt pour la plupart des choses comme les loisirs, le travail ou les activités qui vous donnent habituellement du plaisir ?

5/ Pendant ces deux semaines, vous sentiez-vous épuisée(e) ou manquez vous d'énergie plus que d'habitude ?

6/ Pendant cette même période, avez-vous pris ou perdu du poids sans le vouloir, ou votre poids est-il resté stable ?

- 1 Vous avez pris du poids
- 2 Vous avez perdu du poids
- 3 Votre poids n'a pas changé

7/ Combien avez-vous pris de kilos ?

8/ Combien avez-vous perdu de kilos ?

9/ Pendant ces deux semaines, avez-vous eu plus de difficultés que d'habitude à dormir ?

10/ Pendant ces deux semaines, cela arrivait-il :

- 1 Chaque nuit
- 2 Presque chaque nuit
- 3 Moins souvent

11/ Toujours pendant ces deux semaines, avez-vous eu beaucoup plus de mal que d'habitude à vous concentrer ?

12/ Parfois les gens perdent confiance en eux, se sentent sans valeur ou bon à rien. Pendant ces deux semaines, avez-vous ressenti cela ?

13/ Pendant ces deux semaines, avez-vous beaucoup pensé à la mort, que ce soit votre mort, celle de quelqu'un d'autre ou la mort en général ?

14/ Au cours des douze derniers mois, vous est-il arrivé de vivre une période d'au moins deux semaines pendant laquelle vous

avez perdu intérêt pour la plupart des choses comme les loisirs, le travail ou les activités qui vous donnent habituellement du plaisir ?

Pour répondre aux questions qui suivent, pensez à la période de deux semaines pendant les douze derniers mois où la perte d'intérêt pour tout était la plus intense.

Si oui à la question précédente

15/ Pendant ces deux semaines, ressentiez-vous cette perte d'intérêt ?

- 1 Toute la journée
- 2 Pratiquement toute la journée
- 3 Environ la moitié de la journée
- 4 Moins de la moitié

16/ Pendant ces deux semaines, ressentiez-vous cette perte d'intérêt ?

- 1 Chaque jour
- 2 Presque chaque jour
- 3 Moins souvent

17/ Toujours pendant ces deux semaines, vous sentiez-vous épuisé(e) ou manquez-vous d'énergie plus que d'habitude ?

18/ Pendant ces deux semaines, avez-vous pris ou perdu du poids sans le vouloir ?

- 1 Vous avez pris du poids
- 2 Vous avez perdu du poids
- 3 Non, votre poids n'a pas changé

19/ Combien avez-vous pris ou perdu de kilos ?

20/ Pendant ces deux semaines, avez-vous eu plus de difficultés que d'habitude à dormir ?

21/ Pendant ces deux semaines, cela arrivait-il :

- 1 Chaque nuit
- 2 Presque chaque nuit
- 3 Moins souvent

22/ Toujours pendant ces deux semaines, avez-vous eu beaucoup plus de mal que d'habitude à vous concentrer ?

23/ Parfois les gens perdent confiance en eux, se sentent sans valeur. Pendant ces deux semaines, avez-vous ressenti cela ?

24/ Pendant ces deux semaines avez-vous beaucoup pensé à la mort, que ce soit la vôtre, celle de quelqu'un d'autre ou la mort en général ?

Questionnaire AUDIT

	0	1	2	3	4
1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?	Jamais	1 fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	Au moins 4 fois par semaine
2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 ou 9	10 ou plus
3. Avec quelle fréquence buvez-vous 6 verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque
4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque
5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque
6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque
7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque
8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque
9. Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?	Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année écoulée
10. Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?	Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année écoulée

Résultat :

Un score supérieur ou égal à 8 chez l'homme et à 7 chez la femme est évocateur d'un mésusage actuel d'alcool. Un score supérieur à 12 chez l'homme et supérieur à 11 chez la femme serait en faveur d'une dépendance à l'alcool.

Echelle de BECK

A

- 0 Je ne me sens pas triste
- 1 Je me sens cafardeux ou triste
- 2 Je me sens tout le temps cafardeux ou triste et je n'arrive pas à en sortir
- 3 Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter

B

- 0 Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir
- 1 J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir
- 2 Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer
- 3 Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir et que la situation ne peut s'améliorer

C

- 0 Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie
- 1 J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens
- 2 Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs
- 3 J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants)

D

- 0 Je ne me sens pas particulièrement insatisfait
- 1 Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances
- 2 Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit
- 3 Je suis mécontent de tout

E

- 0 Je ne me sens pas coupable
- 1 Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps
- 2 Je me sens coupable
- 3 Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien

F

- 0 Je ne suis pas déçu par moi-même
- 1 Je suis déçu par moi-même
- 2 Je me dégoûte moi-même
- 3 Je me hais

G

- 0 Je ne pense pas à me faire du mal
- 1 Je pense que la mort me libérerait
- 2 J'ai des plans précis pour me suicider
- 3 Si je le pouvais, je me tuerais

H

- 0 Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens
- 1 Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois
- 2 J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens et j'ai peu de sentiments pour eux
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour les autres et ils m'indiffèrent totalement

I

- 0 Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume
- 1 J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision
- 2 J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions
- 3 Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision

J

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant
- 1 J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux
- 2 J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux
- 3 J'ai l'impression d'être laid et repoussant

K

- 0 Je travaille aussi facilement qu'auparavant
- 1 Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose
- 2 Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit
- 3 Je suis incapable de faire le moindre travail

L

- 0 Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude
- 1 Je suis fatigué plus facilement que d'habitude
- 2 Faire quoi que ce soit me fatigue
- 3 Je suis incapable de faire le moindre travail

M

- 0 Mon appétit est toujours aussi bon
- 1 Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude
- 2 Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant
- 3 Je n'ai plus du tout d'appétit

Résultats

Le score varie de 0 à 39.

0 à 3 : pas de dépression

4 à 7 : dépression légère

8 à 15 : dépression d'intensité moyenne à modérée

16 et plus : dépression sévère

Echelle HDRS

1) Humeur dépressive (tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, auto-dépréciation)

- 0 Absent
- 1 Ces états affectifs ne sont signalés que si l'on interroge le sujet.
- 2 Ces états affectifs sont signalés verbalement spontanément.
- 3 Le sujet communique ces états affectifs non verbalement (expression facile, attitude, voix, pleurs).
- 4 Le sujet ne communique pratiquement que ses états affectifs dans ses communications spontanées verbales et non verbales.

2) Sentiments de culpabilité

- 0 Absent.
- 1 S'adresse des reproches à lui-même, a l'impression qu'il a causé un préjudice à des gens.
- 2 Idées de culpabilité ou ruminations sur des erreurs passées ou des actions condamnables.
- 3 La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité.
- 4 Entend des voix qui l'accusent ou le dénoncent et/ou a des hallucinations visuelles menaçantes.

3) Suicide

- 0 Absent
- 1 A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue.
- 2 Souhaite être mort ou équivalent : toute pensée de mort possible dirigée contre lui-même.
- 3 Idées ou gestes de suicide.
- 4 Tentatives de suicide.

4) Insomnie du début de nuit

- 0 Absent.
- 1 Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir.
- 2 Se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir.

5) Insomnie du milieu de nuit

- 0 Pas de difficulté.
- 1 Le malade se plaint d'être agité ou troublé pendant la nuit.
- 2 Il se réveille pendant la nuit.

6) Insomnie du matin

- 0 Pas de difficulté.
- 1 Se réveille de très bonne heure le matin mais se rendort.
- 2 Incapable de se rendormir s'il se lève.

7) Travail et activités

- 0 Pas de difficulté.
- 1 Pensées et sentiments d'incapacité, fatigue ou faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente.
- 2 Perte d'intérêt pour les activités professionnelles ou de détente, ou décrite directement par le malade ou indirectement par son apathie, son indécision et ses hésitations.
- 3 Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité.
- 4 A arrêté son travail en raison de sa maladie actuelle.

8) Ralentissement (lenteur de la pensée et du langage, baisse de la faculté de concentration, baisse de l'activité motrice)

- 0 Langage et pensées normaux.
- 1 Léger ralentissement à l'entretien.
- 2 Ralentissement manifeste à l'entretien.
- 3 Entretien difficile.
- 4 Stupeur.

9) Agitation

- 0 Aucune
- 1 Crispations, secousses musculaires.
- 2 Joue avec ses mains, ses cheveux, etc.
- 3 Bouge, ne peut rester assis tranquille.
- 4 Se tord les mains, ronge ses ongles, arrache ses cheveux, se mord les lèvres.

10) Anxiété psychique

- 0 Aucun trouble.
- 1 Tension subjective et irritabilité.
- 2 Se fait du souci à propos de problèmes mineurs.
- 3 Attitude inquiète, apparente dans l'expression faciale et le langage.
- 4 Peurs exprimées sans que l'on pose de questions.

11) Anxiété somatique (bouche sèche, troubles digestifs, palpitations, céphalées, pollakiurie, hyperventilation, transpiration, soupirs)

- 0 Absente.
- 1 Discrète.
- 2 Moyenne.
- 3 Grave.
- 4 Frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle.

12) Symptômes somatiques gastro-intestinaux

- 0 Aucun.
- 1 Perte d'appétit mais mange sans y être poussé. Sentiment de lourdeur abdominale.
- 2 A des difficultés à manger en l'absence d'incitations. Demande ou besoins de laxatifs, de médicaments intestinaux.

13) Symptômes somatiques généraux

- 0 Aucun
- 1 Lourdeur dans les membres, dans le dos ou la tête. Douleurs dans le dos, céphalées, douleurs musculaires, perte d'énergie et fatigabilité.
- 2 Si n'importe quel symptôme est net.

14) Symptômes génitaux (perte de libido, troubles menstruels)

- 0 Absents.
- 1 Légers.
- 2 Graves.

15) Hypochondrie

- 0 Absente
- 1 Attention concentrée sur son propre corps.
- 2 Préoccupations sur sa santé.
- 3 Plaintes fréquentes, demandes d'aide.
- 4 Idées délirantes hypochondriaques.

16) Perte de poids (coter soit A soit B)

A : selon les dires du malade

- 0 Pas de perte de poids.
- 1 Perte de poids probable liée à la maladie actuelle.
- 2 Perte de poids certaine.

B : appréciée par pesées

- 0 Moins de 500 g de perte de poids par semaine.
- 1 Plus de 500 g de perte de poids par semaine.
- 2 Plus de 1 kg de perte de poids par semaine.

17) Prise de conscience

- 0 Reconnaît qu'il est déprimé et malade.
- 1 Reconnaît qu'il est malade mais l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage, à un virus, à un besoin de repos, etc.
- 2 Nie qu'il est malade.

Résultats

Cette échelle doit surtout être utilisée non pas pour faire le diagnostic de dépression mais pour apprécier les composantes de celle-ci.

Elle est significative pour un score > 15 et permet le suivi de l'évolution.

Echelle MADRS (Montgomery and Asberg Depression Rating Scale)

1) Tristesse apparente

Correspond au découragement, à la dépression et au désespoir (plus qu'un simple cafard passager) reflétés par la parole, la mimique et la posture. Coter selon la profondeur et l'incapacité à se déridier.

- 0 Pas de tristesse.
- 2 Semble découragé mais peut se déridier sans difficulté.
- 4 Paraît triste et malheureux la plupart du temps.
- 6 Semble malheureux tout le temps. Extrêmement découragé.

2) Tristesse exprimée

Correspond à l'expression d'une humeur dépressive, que celle-ci soit apparente ou non. Inclut le cafard, le découragement ou le sentiment de détresse sans espoir. Coter selon l'intensité, la durée et le degré auquel l'humeur est dite être influencée par les événements.

- 0 Tristesse occasionnelle en rapport avec les circonstances.
- 2 Triste ou cafardeux, mais se déride sans difficulté.
- 4 Sentiment envahissant de tristesse ou de dépression.
- 6 Tristesse, désespoir ou découragement permanents ou sans fluctuation.

3) Tension intérieure

Correspond aux sentiments de malaise mal défini, d'irritabilité, d'agitation intérieure, de tension nerveuse allant jusqu'à la panique, l'effroi ou l'angoisse. Coter selon l'intensité, la fréquence, la durée, le degré de réassurance nécessaire.

- 0 Calme. Tension intérieure seulement passagère.
- 2 Sentiments occasionnels d'irritabilité et de malaise mal défini.
- 4 Sentiments continus de tension intérieure ou panique intermittente que le malade ne peut maîtriser qu'avec difficulté.
- 6 Effroi ou angoisse sans relâche. Panique envahissante.

4) Réduction du sommeil

Correspond à une réduction de la durée ou de la profondeur du sommeil par comparaison avec le sommeil du patient lorsqu'il n'est pas malade.

- 0 Dort comme d'habitude.
- 2 Légères difficultés à s'endormir ou sommeil légèrement réduit. Léger ou agité.
- 4 Sommeil réduit ou interrompu au moins deux heures.
- 6 Moins de deux ou trois heures de sommeil.

5) Réduction de l'appétit

Correspond au sentiment d'une perte de l'appétit comparé à l'appétit habituel. Coter l'absence de désir de nourriture ou le besoin de se forcer pour manger.

- 0 Appétit normal ou augmenté.
- 2 Appétit légèrement réduit.
- 4 Pas d'appétit. Nourriture sans goût.
- 6 Ne mange que si on le persuade.

6) Difficultés de concentration

Correspond aux difficultés à rassembler ses pensées allant jusqu'à l'incapacité à se concentrer. Coter l'intensité, la fréquence et le degré d'incapacité.

- 0 Pas de difficulté de concentration.
- 2 Difficultés occasionnelles à rassembler ses pensées.
- 4 Difficultés à se concentrer et à maintenir son attention, ce qui réduit la capacité à lire ou à soutenir une conversation.

- 6 Incapacité de lire ou de converser sans grande difficulté.

7) Lassitude

Correspond à une difficulté à se mettre en train ou une lenteur à commencer et à accomplir les activités quotidiennes.

- 0 Guère de difficultés à se mettre en route ; pas de lenteur.
- 2 Difficultés à commencer des activités.
- 4 Difficultés à commencer des activités routinières qui sont poursuivies avec effort.
- 6 Grande lassitude. Incapable de faire quoi que ce soit sans aide.

8) Incapacité à ressentir

Correspond à l'expérience subjective d'une réduction d'intérêt pour le monde environnant, ou les activités qui donnent normalement du plaisir. La capacité à réagir avec une émotion appropriée aux circonstances ou aux gens est réduite.

- 0 Intérêt normal pour le monde environnant et pour les gens.
- 2 Capacité réduite à prendre plaisir à ses intérêts habituels.
- 4 Perte d'intérêt pour le monde environnant. Perte de sentiment pour les amis et les connaissances.
- 6 Sentiment d'être paralysé émotionnellement, incapacité à ressentir de la colère, du chagrin ou du plaisir, et impossibilité complète ou même douloureuse de ressentir quelque chose pour les proches, parents et amis.

9) Pensées pessimistes

Correspond aux idées de culpabilité, d'infériorité, d'auto-accusation, de péché ou de ruine.

- 0 Pas de pensées pessimistes.
- 2 Idées intermittentes d'échec, d'auto-accusation et d'autodépréciation.
- 4 Auto-accusations persistantes ou idées de culpabilité ou péché précises, mais encore rationnelles. Pessimisme croissant à propos du futur.
- 6 Idées délirantes de ruine, de remords ou péché inexpiable. Auto-accusations absurdes et inébranlables.

10) Idées de suicide

Correspond au sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, qu'une mort naturelle serait la bienvenue, idées de suicide et préparatifs au suicide. Les tentatives de suicide ne doivent pas, en elles-mêmes, influencer la cotation.

- 0 Jouit de la vie ou la prend comme elle vient.
- 2 Fatigué de la vie, idées de suicide seulement passagères.
- 4 Il vaudrait mieux être mort. Les idées de suicide sont courantes et le suicide est considéré comme une solution possible, mais sans projet ou intention précis.
- 6 Projets explicites de suicide si l'occasion se présente. Préparatifs de suicide.

Résultats :

Chaque item est coté de 0 à 6, seules les valeurs paires sont définies. Le médecin doit décider si l'évaluation doit reposer sur les points de l'échelle bien définis (0, 2, 4, 6) ou sur des points intermédiaires (1, 3, 5).

Score maximal de 60.

Le seuil de dépression est fixé à 15.

Echelle assez rapide et sensible à l'efficacité thérapeutique.

MMSE

Orientation

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

1. En quelle année sommes-nous ? ☐
2. En quelle saison ? ☐
3. En quel mois ? ☐
4. Quel jour du mois ? ☐
5. Quel jour de la semaine ? ☐

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons :

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ? ☐
- (si l'examen est réalisé en cabinet, demander le nom du cabinet médical ou de la rue où il se trouve)
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ? ☐
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ? ☐
9. Dans quelle région est situé ce département ? ☐
10. À quel étage sommes-nous ici ? ☐

Apprentissage

Je vais vous dire 3 mots. Je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

- | | | | | | |
|------------|----|--------|----|----------|--------------------------|
| 11. Cigare | | Citron | | Fauteuil | ☐ |
| 12. Fleur | ou | Clé | ou | Tulipe | ☐ |
| 13. Porte | | Ballon | | Canard | ☐ |

Répétez les 3 mots.

Attention et calcul

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?

14. 93 ☐
15. 86 ☐
16. 79 ☐
17. 72 ☐
18. 65 ☐

Pour tous les sujets, même ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers : EDNOM.

Rappel

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ?

- | | | | | | |
|------------|----|--------|----|----------|--------------------------|
| 19. Cigare | | Citron | | Fauteuil | ☐ |
| 20. Fleur | ou | Clé | ou | Tulipe | ☐ |
| 21. Porte | | Ballon | | Canard | ☐ |

Langage

22. Montrer un crayon. Quel est le nom de cet objet ? ☐
23. Montrer votre montre. Quel est le nom de cet objet ? ☐
24. Écoutez bien et répétez après moi : "Pas de mais, de si, ni de et" ☐

Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : Écoutez bien et faites ce que je vais vous dire :

25. Prenez cette feuille de papier avec la main droite ☐
26. Pliez-la en deux ☐
27. Et jetez-la par terre ☐

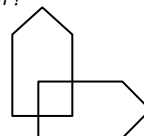
Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères : "Fermez les yeux"

28. Dire au sujet : Faites ce qui est écrit ☐

29. Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant : Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. Cette phrase doit être écrite spontanément. Elle doit contenir un sujet, un verbe, et avoir un sens. ☐

Praxies constructives

30. Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander "Voulez-vous recopier ce dessin ?" ☐



Compter 1 point pour chaque bonne réponse.

Tout âge et tout niveau socio-culturel confondus, le seuil le plus discriminant est 24 (un score inférieur à 24 est considéré comme anormal)

Echelle de désespoir de Beck

Veuillez entourer la réponse que vous choisissez aux questions suivantes : Vrai ou Faux

1	J'attends le futur avec espoir et enthousiasme.	Vrai	Faux
2	Je ferais mieux d'abandonner car je ne puis rendre les choses meilleures pour moi.	Vrai	Faux
3	Quand cela va mal, il m'est utile de savoir que cela ne durera pas toujours.	Vrai	Faux
4	Je ne peux imaginer ce que ma vie sera dans 10 ans.	Vrai	Faux
5	J'ai assez de temps pour réaliser ce que je désire le plus faire.	Vrai	Faux
6	Dans le futur, je m'attends à réussir dans ce qui compte le plus pour moi.	Vrai	Faux
7	Mon avenir me semble sombre.	Vrai	Faux
8	Je m'attends à avoir plus de bonnes choses dans la vie que la moyenne des gens.	Vrai	Faux
9	Je n'ai pas de répit et il n'y a pas de raison de croire que j'en aurai dans le futur.	Vrai	Faux
10	Mon expérience passée m'a préparée parfaitement pour l'avenir.	Vrai	Faux
11	Le déplaisir est devant moi, bien plus que le plaisir.	Vrai	Faux
12	Je n'espère pas avoir ce que je désire le plus.	Vrai	Faux
13	Quand je considère l'avenir, je m'attends à être plus heureux que maintenant.	Vrai	Faux
14	Les choses ne sont pas comme je le veux.	Vrai	Faux
15	J'ai foi en l'avenir.	Vrai	Faux
16	Je n'ai jamais ce que je veux, par conséquent il est ridicule de désirer quoi que se soit.	Vrai	Faux
17	Il est tout à fait improbable que j'obtienne de réelle satisfaction dans le futur.	Vrai	Faux
18	L'avenir me semble vague et incertain.	Vrai	Faux
19	Je m'attends à plus de bons moments que de mauvais moments.	Vrai	Faux
20	Il ne sert à rien de chercher à avoir quelque chose que je désire, parce que probablement je ne l'obtiendrai pas.	Vrai	Faux

Chacune des 20 questions reçoit un score de 0 ou 1.

On attribue la note 1 aux items 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20 s'ils sont cochés vrai.

On attribue la note 1 aux items 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15, 19 s'ils sont cochés faux..

Plus le score est élevé, plus le désespoir est grand. Le score seuil indiqué est 9.

Echelle d'évaluation du risque suicidaire de Ducher

Coter l'item le plus fort

0	PAS D'IDEES DE MORT	Ne pense pas plus à la mort habituellement
1		Pense plus à la mort que d'habitude
2	IDEES DE MORT	Pense souvent à la mort
3		A quelques idées de suicide
4	IDEES DE SUICIDE	A assez souvent des idées de suicide
5		Pense très souvent au suicide et parfois ne voudrait plus exister
6	DESIR PASSIF DE MOURIR	Désire mourir ou plutôt être mort
7	a : lien fort b : lien faible	Désir de mort très fort, mais retenu par quelque chose (être cher,...)
8	VOLONTE ACTIVE DE MOURIR	Veut mettre fin à ses jours
9	a : projet défini à long terme b : projet défini à court terme	Sait comment il veut mettre fin à ses jours
10	DEBUT DE PASSAGE A L'ACTE	A déjà préparé son suicide ou a commencé à passer à l'acte

La valeur seuil est de 7.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.