

# ***ITINERAIRES DES DEPRIMES***

## ***REFLEXION SUR LEURS TRAJECTOIRES EN FRANCE***

***Janvier 2001***

**Rapport du Groupe d'experts, coordonné et présidé par :**

Pr Philippe-Jean PARQUET, psychiatre

**Ont participé, en tant qu'experts et cliniciens :**

Dr Laurent CHEVALLIER, médecin généraliste

Dr Henry CUCHE, psychiatre

Pr Guy DARCOURT, psychiatre

Pr Maurice FERRERI, psychiatre

Pr Paul FRIMAT, médecin du travail

Pr Rebecca FUHRER, épidémiologiste

Dr Patrick de LA SELLE, médecin généraliste

Pr Robert LAUNOIS, économiste de santé

Dr Marie-France MOLES, psychiatre

Pr Jean-Pierre OLIE, psychiatre

Dr Nathalie REGENSBURG, médecin généraliste

- *La coordination de l'ensemble du travail a été assurée par le docteur Christiane Mirabaud.*
- *Le concours de M. Jean-Luc ANDREI, journaliste a été sollicité*
- *La recherche bibliographique et la rédaction du rapport ont été assurées par les docteurs Jacqueline Augendre, Jordi Molto-Santonja et Martin Reca, psychiatres.*
- *L'ensemble du projet a été réalisé sur une période de 18 mois ; son avancement a nécessité, en dehors de la charge individuelle de travail de conception, organisation et rédaction, une ou deux réunions par mois de tout ou partie des acteurs concernés.*
  
- *Les experts n'ont perçu ni rémunération ni contrepartie d'aucune sorte pour leur contribution à ce travail.*
  
- *La réalisation de ce travail a été rendue possible par la contribution financière des laboratoires Lundbeck, SmithKline Beecham et Servier.*

## **AVERTISSEMENT AUX LECTEURS**

*Le présent rapport se compose de différents chapitres qui se suivent selon une logique d'itinéraires des déprimés : depuis la démarche qui amène à consulter jusqu'aux aspects préventifs. Pour une meilleure compréhension de ces trajectoires, il est recommandé, lors de la lecture, de respecter le cheminement proposé. Il est cependant possible de lire chaque chapitre séparément. En effet, certains thèmes sont traités dans plusieurs chapitres différents, ce qui permet une approche transversale du texte. Des renvois facilitent ce repérage.*

## SOMMAIRE

	Page
Introduction	4
La démarche qui amène ou non à consulter	10
Le temps du diagnostic	21
Le retentissement de la symptomatologie dépressive	45
Les trajectoires évolutives	56
Du projet thérapeutique au projet de vie	76
1 – La décision de soins	76
2 – Le suivi du patient	103
3 – Arrêts des prises en charge	112
Peut-on prévenir les états dépressifs ?	133
La dépression : impact économique et atteinte à la qualité de vie	146

## **INTRODUCTION**

Depuis quelques années, la sémiologie psychiatrique connaît une remise en cause des conceptions classiques autour desquelles s'étaient construits les modèles opératoires permettant de délimiter les contours de la discipline. Les progrès des différentes sciences qui nourrissent le corpus psychiatrique (biologie, psychopharmacologie, épidémiologie) ainsi que leurs orientations épistémologiques divergentes ont eu raison des derniers remparts consensuels.

Cela a été le point de départ d'une déconstruction des théories, en particulier dans le domaine des troubles thymiques, où les logiques contradictoires de la dépression ont provoqué un profond questionnement sur la nature même de la souffrance humaine. Cette dilution de la dépression dans la théorie a été reprise et amplifiée par les médias. On a alors vu apparaître la figure de "l'expert profane" proposant des alternatives en dehors du cadre médical, avec, comme corollaire, un débat social autour de la pertinence des prises en charge " officielles " des troubles de l'humeur.

Dans ce contexte de mouvance conceptuelle, le symptôme psychiatrique risque de perdre sa spécificité. Ainsi, pour ne citer que deux exemples, la moindre tension psychologique est vite qualifiée d'angoisse et les difficultés existentielles de dépression.

Devant ce phénomène, que certains qualifient d'" inflation diagnostique ", il convient d'aller aux sources du problème, qui n'est autre que la définition de l'objet d'étude de la psychiatrie.

Affirmer que la psychiatrie a pour objet (objectif...) le diagnostic, le traitement et la prévention des maladies mentales peut paraître une lapalissade, mais, au moins, cette proposition a le mérite d'identifier la question centrale.

La psychiatrie utilise-t-elle les mêmes critères que la médecine pour définir la maladie ?

L'opposition santé (normal)/maladie (pathologique) est-elle opérationnelle en psychiatrie ?

On peut trouver un premier élément de réponse dans les deux catégories de critères retenus par l'OMS pour sa classification des maladies :

- critères relatifs à un appareil ou à un système,
- critères relatifs à un organe.

Il est évident que, l'appareil psychique ne pouvant être réduit au cerveau ou au SNC, la psychiatrie aura du mal à décrire les maladies psychiques à partir de ces éléments. Elle se tournera alors vers d'autres instruments lui permettant d'identifier son objet d'étude.

L'étude de Rösch sur la classification des maladies, dans l'enquête de 1970 sur les soins médicaux, peut permettre une meilleure appréhension de la spécificité de la nosologie psychiatrique. (1) (10) Dans sa *Taxonomie nosologique*, Rösch identifie cinq niveaux de définition des maladies, dont le degré de précision va en décroissant :

1. niveau de l'épidémiologie,
2. niveau de l'étiologie,
3. niveau de la lésion,
4. niveau du syndrome,
5. niveau des symptômes.

En ce qui concerne la précision et la fiabilité dans la description des maladies, on trouvera d'un côté le modèle médical, avec des pathologies répondant souvent à l'ensemble des critères et dont les maladies infectieuses constituent l'exemple type, de l'autre la psychiatrie, habituellement limitée aux niveaux 1 et 5.

Le repérage du symptôme en psychiatrie, tout comme en médecine, passe par une délimitation préalable des champs du normal et du pathologique. Et c'est là que réside une des spécificités qui caractérisent le mieux la discipline : les figures du pathologique (symptôme, maladie...) sont souvent définies à partir d'une théorie de l'appareil psychique. Ainsi se rangent, d'un côté, les " théories compréhensives ou explicatives " (psychodynamiques, sociologiques, cognitivo-comportementales, etc.) et, de l'autre, les positions " descriptives ", appelées par certains " athéoriques " pour mieux les opposer aux premières. (9) (7)

Toutes ces conceptions ont un élément en commun : elles proposent, comme corollaire, des stratégies d'intervention. En fait, chaque école offre une modélisation sur trois niveaux :

- Santé                      Fonctionnement " normal ", physiologique
- Maladie                    Dysfonctionnement " pathologique "
- Traitement                Thérapeutique

Ces écoles vont évidemment étudier tous les domaines de la maladie mentale, mais les difficultés pour délimiter les contours du pathologique ne vont pas être les mêmes selon le type de trouble.

Dans les psychoses, on oppose la raison à la perte de la raison. On est dans l'archétype même de maladie mentale, celui du déficit, de la perte d'une fonction. Le psychotique a perdu autant le contrôle de sa vie psychique que la conscience de son trouble.

Dans le champ de la dépression, le problème est tout autre puisque certaines des émotions éprouvées par le malade font partie de la large palette d'affects physiologiques vécus par un sujet non déprimé. Il s'agira donc de faire la différence entre la souffrance morale normale et la souffrance morale pathologique. La définition de l'objet d'étude " dépression " implique donc un préalable : la définition de l'humeur.

Jean Delay ne s'y est pas trompé lorsque, en 1946, dans *Les dérèglements de l'humeur* (2), il évoquait, en exergue, cette difficulté :

*" C'est une notion facile à entendre mais difficile à définir que celle de l'humeur (...) L'humeur est cette disposition affective fondamentale, riche de toutes les instances émotionnelles et instinctives, qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable, oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur. La base de la vie affective est faite d'une échelle d'humeurs comme la base de la vie représentative d'une échelle de conscience. "*

Cette définition pose le problème du continuum entre l'humeur normale et l'humeur pathologique, entre la tristesse et la dépression. Est-ce une question de " quantité " de souffrance ou bien une question de " qualité " ?

Le modèle classique de la mélancolie, qui trouve son équivalent actuel dans la dépression majeure ou caractérisée, propose un premier niveau de réponse : dans le cas de la dépression, il s'agit d'une tristesse qui n'est pas seulement particulièrement intense mais aussi d'un type particulier, la douleur morale. De plus, le tableau clinique de la dépression ne saurait se résumer à cette tristesse, car il existe d'autres symptômes : ralentissement, troubles somatiques, troubles du sommeil, anorexie...

Mais cette modélisation purement descriptive, où l'on se contente de circonscrire les limites du pathologique tout en répertoriant ses différentes manifestations, amène naturellement un deuxième niveau de questionnement. Effectivement, dès que l'on se demande si c'est l'humeur dépressive qui provoque les autres symptômes, on bascule dans les hypothèses ou théories explicatives. En effet, on peut considérer que l'humeur dépressive constitue un " symptôme primaire ", duquel découlent les autres, qui sont alors des " symptômes secondaires ". L'affect dépressif, à l'instar de la dissociation bleulerienne (*spaltung*) dans la schizophrénie, serait le processus primaire à l'origine de " symptômes fondamentaux ", qui entraîneraient à leur tour une série de " symptômes secondaires ".

Selon cette conception " jacksonienne " des troubles thymiques, l'humeur dépressive prend une valeur paradigmatique et apparaît donc comme le processus unitaire commun à toutes les formes cliniques de la dépression. Ce type de raisonnement est commun aux différentes théories compréhensives. Ce qui diffère, c'est l'identification du processus primaire.

Depuis quelques années, la description de la sémiologie de la dépression s'est détournée progressivement de son axe central : l'humeur. Ainsi, par exemple, l'école de La Salpêtrière considère le ralentissement comme le syndrome essentiel à l'origine de l'ensemble de la pathologie dépressive. (5) (12) Dans le cas de la dépression masquée, l'éloignement de l'axe "douleur morale" est encore plus prononcé. Nous sommes devant un tableau clinique où les troubles thymiques sont soit absents, soit au deuxième plan, "masqués" par des symptômes somatiques divers. Au point que, lorsque P. Kielholz a décrit cette nouvelle entité nosologique en 1973 (6), elle a été qualifiée par certains journalistes de "dépression sans tristesse".

Ainsi, à l'heure actuelle, à côté du modèle de la "dépression majeure", où les symptômes sont apparents et intenses, on trouve :

- Des formes cliniques où la symptomatologie thymique n'est pas apparente, car elle est camouflée par des plaintes somatiques. C'est le modèle de la "dépression masquée", et, par extension conceptuelle, celui des équivalents dépressifs comportementaux.
- Les formes où la symptomatologie est apparente mais moins intense. C'est le modèle de la "dysthymie" et du large éventail des dépressions subsyndromiques ou monosymptomatiques.

Devant cet élargissement considérable du champ du pathologique dans les troubles de l'humeur, on est en droit de se demander quelles sont les modalités de construction du diagnostic de dépression.

Les médecins généralistes utilisent-ils les mêmes modèles conceptuels que les psychiatres ?

Une des caractéristiques actuelles de la sémiologie psychiatrique est justement le manque de repères stables qui permettent de proposer des modèles catégoriels facilement repérables et partageables par l'ensemble des acteurs de la filière de soins.

Un exemple relativement récent montre à quel point le consensus est encore loin d'être acquis au sein de la communauté psychiatrique.

En 1994, la WPA (*World Psychiatric Association*) a mis en place un programme d'éducation sur la dysthymie : *"Découlant de l'observation d'une forte prévalence et d'une incidence sociale élevée de la dysthymie, ce programme est destiné à informer et à améliorer la connaissance, le diagnostic et le traitement de cette importante affection."*

Le comité de pilotage a alors élaboré différentes questions clés qui sous-tendent ce programme. En voici les trois premières :

- La dysthymie existe-t-elle ?
- Si oui, comment la diagnostiquer ?
- Est-elle un trouble de l'humeur ou un trouble de la personnalité ?

Lorsque la WPA, l'organisme qui a fait entrer la dysthymie dans le DSM-III, en vient à douter de son existence même, on comprend mieux le désarroi de certains cliniciens de base...

Il en résulte un manque de repères, et une impression de flou autour des tableaux cliniques. Cela peut engendrer un sentiment de " tout est dans tout " chez certains praticiens, qui réagissent en radicalisant, voire en simplifiant (réduisant) leur éventail diagnostique.

Devant cette situation, il n'est pas étonnant que certains soient tentés par le " test diagnostique " qui utiliserait les antidépresseurs comme outil diagnostique, en vertu d'un postulat selon lequel le substratum organique (dérèglement biochimique) serait le même dans toutes les formes de dépression. Ne changerait que son expression symptomatique. La valeur discriminante de ces psychotropes permettrait d'effectuer une sorte de dissection chimique entre le normal et le pathologique. La dépression serait alors définie par " ce qui réagit aux antidépresseurs ".

Raccourci conceptuel particulièrement dangereux puisque de plus en plus d'études (3) (4) semblent montrer que certaines molécules auraient un effet stimulant indépendant de leur action sur l'humeur dépressive et qu'elles pourraient également modifier des traits de personnalité.

Ainsi, le vrai problème ne se situerait pas au niveau d'une prétendue " inflation diagnostique ". Il ne s'agirait pas d'un abus diagnostique autour de la dépression, mais d'une inadéquation diagnostique.

L'une des causes de cette inadéquation diagnostique pourrait être le changement du modèle prédominant. Il ne faut pas oublier que le concept de dépression majeure ou caractérisée est une adaptation, prétendument athéorique, du concept de dépression endogène. Ce modèle (trop contraignant ?) a laissé la place à celui de dépression réactionnelle, beaucoup plus cohérent dans une ambiance où la pression sociale, la précarité et d'autres difficultés existentielles font qu'il semble " logique " que certains individus soient déprimés. Cette logique fait partie du savoir des " experts profanes " et des " théories privées du patient " ; elle envahit les cabinets de consultation. Tout se passe comme si " le patient allait chercher chez le médecin une prescription qui valide une manière de comprendre sa souffrance, au travers d'une théorie accessible à tous ". (11)



Cette hégémonie de la dépression réactionnelle a modélisé à son tour l'étiopathogénie, établissant un lien de causalité directe entre l' " événement vital " et le trouble de l'humeur. Encore une logique réductrice, selon laquelle un individu soumis à un certain type de stress psychosocial " ne peut qu'être " déprimé. Ces configurations psychopathologiques du relationnel se font au détriment de la prise en compte des facteurs de vulnérabilité individuelle autant que des facteurs de " protection " .

Les programmes de prévention devraient être centrés davantage sur l'étude de ces paramètres et non pas seulement sur la dépression elle-même.

Finalement, on est en droit de se demander si, en matière de soins et de prévention des états dépressifs, nos actions correspondent aux attentes de la population.

Lorsqu'une personne fait part de sa souffrance morale à un des acteurs de la filière de soins, l'objectif n'est pas de ne pas prendre forcément sa détresse existentielle pour une dépression, mais de trouver une réponse adéquate à chaque cas de figure. Comme le rappelait Pierre Pichot (8) dans l'ouverture d'un symposium sur la révision des concepts des états dépressifs :  *" Dans le domaine de la dépression, nous nous trouvons aujourd'hui à la croisée des chemins : il était peut-être nécessaire de détruire, mais il est indispensable de reconstruire. "*

## **LA DEMARCHE QUI AMENE OU NON A CONSULTER**

La prise en charge de la dépression est certainement insuffisante.

Beaucoup de dépressions ne sont pas traitées. L'évaluation de leur nombre est difficile, les chiffres de 50 % à 70 % sont avancés (1) (23)<sup>1</sup>. Quel que soit le nombre exact de ces dépressions, leur existence est un fait qui ne peut être nié. Ces malades ne consultent pas (ou, en tout cas, pas pour dépression) et, lorsqu'ils consultent, leur dépression n'est pas toujours identifiée.

Par ailleurs, un grand nombre de ceux qui consultent ne le font qu'avec beaucoup de retard.

On sait que les déprimés qui consultent s'adressent en majorité à des médecins généralistes. Ce fait ne peut être retenu comme la cause de la mauvaise prise en charge des déprimés, car les généralistes sont capables de traiter la dépression. Il peut néanmoins avoir des conséquences : les patients présentent un tableau de dépression qui peut induire les généralistes en erreur ; de plus, les médecins généralistes n'ont pas dans ce domaine une formation aussi complète que celle des psychiatres et leurs conditions de travail se prêtent parfois mal à cette identification. Il convient donc de prendre la mesure de ce phénomène.

Les déprimés s'avèrent être des usagers des services médicaux (généralistes ou spécialisés – toutes spécialités confondues) trois fois plus assidus que la population non dépressive (3). En effet, la dépression, selon les différentes enquêtes, favorise le recours aux consultations médicales et aux services des urgences (7).

Plusieurs enquêtes s'accordent sur le fait que la dépression est essentiellement prise en charge par les médecins généralistes (70 %). Si le cabinet du MG apparaît comme le lieu de consultation spontané, il n'en reste pas moins que quelques patients déprimés consultent un psychiatre, soit directement, soit sur les conseils d'une autre personne.

Dans une enquête nationale concernant les modalités d'accès aux soins spécialisés pour les troubles psychiatriques (dont 26 % de dépressions en diagnostic principal et 42 % en diagnostic principal et associé), on a constaté que 22 % des sujets ont consulté pour la première fois un psychiatre de leur propre chef, 31 % sur les conseils de leur MG, 19 % sur les conseils d'un membre de leur entourage, 18 % après une hospitalisation, 5 % sur les conseils d'un spécialiste non psychiatre et 2 % sur les conseils d'un médecin du travail. (24)

---

<sup>1</sup> Voir aussi le rapport du Pr Launois

Avant de consulter un psychiatre, 64 % des patients ont fait appel à un médecin non psychiatre, 25 % à un membre de leur famille, 6,5 % à une infirmière ou à un psychologue, et 2,5 % à un guérisseur ou à une voyante. (24)

La consultation auprès d'un généraliste est déjà tardive, elle l'est plus encore auprès d'un psychiatre. Les patients finissent par consulter en raison :

- de l'aggravation des troubles (42 %),
- de l'insistance de leur famille (28 %),
- de l'apparition de conséquences (19 %),
- de l'influence de l'information des médias (2,5 %),
- pour d'autres raisons (8,5 %). (24)

Et nous n'aborderons pas les problèmes d'accessibilité aux soins : absence de spécialiste à proximité, listes d'attente exagérément longues, perte des droits à la Sécurité sociale, etc.

En Grande-Bretagne, Goldberg et Huxley (24) proposent un modèle qui illustre les différents "filtres" de l'accès aux soins spécialisés, à savoir :

- filtre 1 : décision de consulter ;
- filtre 2 : reconnaissance du diagnostic psychiatrique par le MG ;
- filtre 3 : décision d'en référer au psychiatre.

ce modèle illustre l'importance quantitative de la participation des généralistes dans la prise en charge des problèmes psychiatriques (filtre 3) et tout particulièrement de la dépression ; il montre également qu'une partie des personnes présentant des troubles psychiatriques ne consultent pas le circuit médicalisé (ne passent pas le filtre 1). Ainsi, en Grande-Bretagne, un malade sur quatre environ accède à des soins primaires et moins de 5 % à des soins spécialisés.

Aux USA, Wells et coll. (25) concluent que la dépression se situe à l'extrémité d'un continuum correspondant à des besoins ressentis importants et à un accès faible aux soins.

Dans une telle situation, si, comme on le pense, la prise en charge des déprimés est insatisfaisante, les raisons doivent en être cherchées à la fois du côté des patients et du côté des médecins. Nous allons voir ce qui, chez les déprimés, entrave cette prise en charge – nous distinguerons leurs difficultés à se percevoir comme déprimés et leurs difficultés à consulter – et ce qui, chez les médecins, freine l'action thérapeutique.

## LES DIFFICULTES DES PATIENTS A IDENTIFIER LEUR DEPRESSION

Se dire “ *je suis malade* ” n’est déjà pas simple en cas de maladie physique. C’est encore plus problématique en cas de maladie psychique, notamment de dépression.

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. L’humeur est conçue comme quelque chose d’abstrait (6) et il est donc difficile d’en reconnaître les variations.

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. Cela peut être un facteur de “ déviation ” de la demande de soins et ne pas toujours conduire à consulter ; en effet, les symptômes somatiques sont parfois considérés, tout autant que les symptômes affectifs, comme non pathologiques et expliqués par une cause naturelle comme le surmenage.

Dans le premier cas, le patient a tendance à attribuer ce qu’il ressent aux événements de la vie. Selon Jorm et coll. (9), les facteurs susceptibles de causer une dépression les plus souvent mentionnés ont à voir avec l’environnement social immédiat : problèmes quotidiens, événements traumatiques, perte d’un être proche. Ces résultats sont concordants avec d’autres enquêtes internationales. La qualité de l’environnement pendant l’enfance revient aussi souvent dans les réponses, ce qui s’accorde avec les résultats d’autres études. Les auteurs attirent l’attention sur le fait que les personnes censées avoir un plus haut niveau d’éducation sanitaire sont pourtant celles qui attribuent à l’environnement social la responsabilité quasi exclusive de la dépression.

Il a été observé, à partir des enquêtes menées aussi bien auprès des patients (4) que des praticiens (2), que le déprimé décrit les manifestations de sa dépression différemment selon qu’il s’adresse à un généraliste ou à un psychiatre.

Chez le MG, les trois symptômes prédominants (hormis les plaintes somatiques) sont la fatigabilité, l’anxiété et l’insomnie, alors que, chez les psychiatres, les symptômes prédominants sont l’humeur dépressive, les signes de douleur morale, les signes d’autodévalorisation et le ralentissement psychomoteur. Cela tend à montrer que, selon que le patient est conscient de symptômes affectifs ou de symptômes somatiques, il s’adresse à un psychiatre ou à un généraliste.

Dans le deuxième cas, lorsque le patient attribue ses troubles à une cause organique, sa méconnaissance de son état affectif est aggravée. Cette tendance se voit renforcée par le fait que la présentation du tableau dépressif peut comporter beaucoup de symptômes somatiques, voire se limiter à ce mode d’expression. La situation sera encore plus complexe quand la dépression apparaîtra comme une pathologie secondaire à une maladie somatique, ce qui n’est pas une conjonction exceptionnelle. Dans ce cas-là, il sera bien évidemment encore plus difficile de reconnaître la dépression.

Il existe des différences selon le contexte psychosocial.

Ainsi, une enquête psychosociale récente (12) montre que seul un quart des personnes considérées comme déprimées selon le DSM-III reconnaissent un tel état lorsqu'elles étaient interrogées directement. En revanche, ces mêmes personnes avouaient ressentir des troubles tels que perte de l'appétit, du sommeil, de l'envie de vivre, et culpabilité excessive.

Dans une autre enquête menée par la même équipe, cette fois-ci auprès de mutualistes de la MGEN (13), on observe une relation inverse : plus de personnes se déclarent déprimées alors que moins de personnes présentent les signes reconnus de ce tableau clinique.

Les personnes de classe sociale basse ou élevée sont celles qui ont le plus de mal à reconnaître la dépression. Les professions intermédiaires sont celles qui acceptent le plus facilement de consulter, avec, de plus, l'utilisation relativement fréquente d'antidépresseurs. (14)

Une enquête de santé mentale en région parisienne (14) montre aussi la sous-utilisation des soins par les personnes bénéficiant du RMI : la moitié d'entre elles ne consulte pas, alors que l'on retrouve dans ce groupe un pourcentage élevé de troubles dépressifs. Un certain nombre de ces personnes s'adressent à des services sociaux pour demander une aide matérielle, manifestant par là à la fois leur souffrance et leur impossibilité d'en identifier la nature. Les travailleurs sociaux sont dans l'impossibilité de reconnaître la dépression, car les sujets cachent leurs symptômes et eux-mêmes ne sont pas formés pour cela. De ce fait, l'assistance qu'ils s'efforcent d'apporter n'est pas efficace puisqu'elle ne répond pas au besoin majeur. (5) Ces résultats concordent avec les études anglo-saxonnes : les personnes des milieux défavorisés identifient moins facilement la dépression et ont moins tendance à demander de l'aide pour cet état. De plus, lorsqu'elles la demandent, la dépression est sous-diagnostiquée et la prise en charge souvent inadéquate. (Bebbington et coll. cités in 21)

L'âge et le sexe jouent un rôle essentiel dans cette identification de la dépression, non seulement du côté du patient – les jeunes reconnaissent mal leurs variations affectives (16) et les sujets âgés l'assument comme une situation adaptée ; les femmes communiquent mieux les affects que les hommes, etc. – mais aussi du côté de la relation aux autres, dont la relation au médecin n'est pas exclue. Ainsi, l'entourage et le médecin auront du mal à reconnaître la dépression de l'adolescent et du sujet âgé, pour ne citer que ces deux exemples. Dans les deux cas, c'est la notion même d'état pathologique qui n'est pas bien admise. (18)

L'emploi de l'étiquette de dépression varie selon le sexe et l'origine rurale ou urbaine. En milieu urbain, la dépression est ainsi plus souvent associée aux femmes de moins de 40 ans, sans pour autant que ces femmes soient déprimées au sens du trouble psychiatrique reconnu. En milieu rural, en revanche, cette étiquette n'est jamais employée pour les hommes, alors que certains d'entre eux réunissent les critères DSM-III de dépression majeure. (11)

Certains facteurs peuvent faciliter la reconnaissance de la dépression par le patient, mais seulement dans certaines limites. Ainsi, la présence de symptômes anxieux aidera à repérer la dépression, notamment chez la femme, mais elle constituera un élément de confusion lors de la prescription du traitement, les anxiolytiques étant dans ce cas-là plus prescrits que les antidépresseurs. (6)

De même, la sévérité de la dépression est une caractéristique qui contribue à sa reconnaissance (6) et qui favorise l'utilisation de soins (14), mais moins qu'on aurait pu l'espérer, parce que cette sévérité est souvent sous-estimée aussi bien par le patient que par son entourage. Dans cet ordre d'idées, il est à noter que bon nombre de dépressions, pourtant caractérisées, ne sont pas reconnues du fait de leur sévérité moyenne.

Les conséquences invalidantes de la dépression orienteront aussi bien l'entourage que le MG vers le diagnostic de dépression. (14)

Pour le public, la notion de dépression semble être étroitement liée aux aspects visibles du comportement, notamment à l'incapacité d'accomplir des rôles sociaux, et ignorer les aspects plus intériorisés des affects dépressifs, faute de pouvoir les identifier. Le public reconnaît probablement la présence de tristesse et d'insatisfaction, mais cela ne lui suffit pas pour appeler cela dépression, comme nous l'avons vu. Le public perçoit bien cependant les signes extérieurs d'anxiété, ce qui n'est pas très surprenant, puisque la "dépression" est souvent synonyme de "surmenage". Ces constatations suggèrent que le concept "dépression" sert essentiellement à identifier une sorte de cassure psychologique, comme un état de crise avec des manifestations qui tranchent sur le comportement ordinaire de la personne et l'empêchent d'accomplir ses rôles quotidiens. (11)

Il est intéressant de noter que les patients qui ont déjà vécu une expérience personnelle de dépression ont une image plus proche du modèle médical. (20)

On peut résumer les conclusions de ces études de la manière suivante. Ce problème de la non-reconnaissance de la maladie n'est pas propre à la dépression. C'est un problème commun à toutes les pathologies. Qu'il s'agisse de douleurs ou de troubles fonctionnels, la prise de conscience de leur caractère pathologique est très variable d'un sujet à un autre. A sémiologie égale, certains se perçoivent malades et d'autres non. Certains sujets "s'écoutent" plus que d'autres, certains se plaignent plus facilement que d'autres, certains sont moins résistants que d'autres...

Cependant, il est un facteur qui semble propre à la dépression et qui constitue un obstacle fréquent à la prise de conscience par un déprimé qu'il est déprimé : c'est la difficulté à reconnaître les troubles de l'humeur. Souvent, le sujet ne les identifie pas comme des dysfonctionnements ou, quand il le fait, il les considère comme un phénomène de la vie psychique normale et les attribue à une difficulté de la vie.

Dans une perspective d'éducation sanitaire, il faudrait envisager une information sur ce que sont les affects dépressifs, et sur le fait qu'ils sont des symptômes pathologiques et qu'ils justifient que celui qui les éprouve se dise malade.

## LES DIFFICULTES A CONSULTER

Se savoir (ou se croire) malade est la condition nécessaire pour consulter, mais non la condition suffisante. Il faut aussi avoir envie de guérir, penser que c'est possible, s'autoriser à demander, avoir confiance dans les consultants sollicités... sans parler des motivations inconscientes. Cela est vrai pour tous les types de maladies et encore plus pour la dépression.

Un premier obstacle réside dans la symptomatologie. Tout ce que ressent le sujet s'oppose à ce qu'il prenne conscience de sa maladie et entrave les démarches qu'il pourrait faire pour demander de l'aide. Ayant perdu tout espoir, il ne peut imaginer qu'il puisse guérir et, d'ailleurs, il ne le souhaite pas. Le monde lui paraît sans intérêt et il n'a plus envie de rien. S'il se sent coupable, il aspire à expier et non à guérir. Si la guérison lui paraît possible, il pense ne pas la mériter. Son manque d'énergie lui paraît une faiblesse, il en a honte et il n'envisage pas d'en parler et encore moins de s'en plaindre. Ainsi, ou il ne se sait pas malade, ou, s'il le sait, il ne croit pas pouvoir guérir et, s'il l'envisage, il estime ne pas le mériter.

Tout cela est connu depuis longtemps, mais il existe à l'heure actuelle d'autres phénomènes liés à notre culture et au contexte social.

Une étude australienne (9) menée en population générale (plus de 1 000 participants) a porté, entre autres, sur la représentation des causes psychiques de la dépression.

La moitié de la population interrogée signale la vulnérabilité individuelle comme cause principale de dépression, liée à une sorte d'anxiété permanente (*neuroticism*). L'étiologie la plus souvent évoquée est la faiblesse de caractère, puis l'infection virale, et enfin l'origine génétique.

Les auteurs soulignent avec inquiétude l'extension de cette première "cause probable" de dépression, laquelle est probablement responsable de la stigmatisation de la dépression et du sentiment de honte chez les sujets (encore trop répandu !) à souffrir de cette maladie. La "faiblesse de caractère" en tant que cause de dépression est fortement corrélée à une faible capacité à reconnaître les symptômes de la maladie et, cela va de soi, à consulter.

De plus, il existe dans notre société une image péjorative de la médecine et des soins médicaux pour ce qui concerne la dépression.

L'enquête de Jorm (8) a révélé des divergences importantes entre le public et les professionnels dans leur jugement de la valeur thérapeutique des différentes approches ; cela est susceptible d'entraver la disponibilité des gens à demander et à accepter de l'aide d'une part, et à rester observants du traitement proposé d'autre part.

Les professionnels de la santé auraient une tendance à négliger ces différences lors de la relation au patient. L'auteur conclut sur l'intérêt de diminuer cet écart pour favoriser l'alliance thérapeutique.



La recherche de L. Cooper (3) menée aux USA met en exergue le fait que beaucoup de patients recourent à la spiritualité et à la religion pour gérer leur dépression ; cela est bien plus marqué chez les déprimés noirs que chez les blancs. Les sujets noirs sont plus enclins à chercher du soutien et des conseils auprès des membres d'une église.

Dans cette même étude, les personnes consultées reconnaissent majoritairement la place importante des proches comme soutien, en même temps que leur faible influence au moment de la période aiguë de l'épisode dépressif et la gêne éprouvée d'avoir à recourir à eux à ce moment de l'expérience dépressive.

Wells et coll. (25) concluent que la raison commune pour ne pas recourir à l'aide d'un professionnel en cas de perturbations psychiques, quelle que soit la personne interrogée, est le doute sur ce besoin de traiter ce qui concerne des problèmes émotionnels. Les personnes interrogées croient pouvoir s'en sortir toutes seules. Cette raison apparaît bien plus importante que celles d'ordre structurel (coût, distance, horaire, information sur les services, etc.).

A propos des soins, l'étude australienne déjà citée (9) a constaté que 83 % des sujets considèrent qu'une prise en charge par le médecin généraliste suffirait ; 74 % pensent en termes positifs à une prise en charge par un conseiller (*counsellor*) – services d'écoute téléphonique, associatifs ou autres ; moins nombreux sont ceux qui croient à l'intérêt d'impliquer un psychiatre (51 %) ou un psychologue (49 %) dans les soins. La plupart des traitements psychiatriques classiques (antidépresseurs, ECT, hospitalisation) sont surtout jugés comme pouvant causer plus de préjudices que de bénéfices. Il en va de même pour les psychothérapies, alors que des soins " alternatifs " (l'augmentation de l'activité sociale et sportive, la relaxation, les techniques de gestion du stress, la lecture individuelle d'ouvrages traitant de la question, les vitamines et les régimes alimentaires) sont nettement préférés.

Jorm et coll. (8), dans une étude en population générale, ont aussi constaté que les personnes consultées croient volontiers au pouvoir thérapeutique des soins " alternatifs " (homéopathie, régimes spéciaux, cures vitaminiques, tonifiants, relaxation et yoga).

Les médicaments ont une image particulièrement péjorative. Ils sont vus comme peu ou pas efficaces, donnant des effets secondaires, créant une dépendance et nécessitant une prise de très longue durée.

R. Priest (23) a étudié les attitudes spontanées de la population à l'égard de la dépression (sur un échantillon de 2 003 sujets). Une grande majorité (78 %) considère que les antidépresseurs entraînent une dépendance pharmacologique et qu'ils atténuent les symptômes sans résoudre le problème. Seulement 16 % des participants considèrent les antidépresseurs comme une thérapeutique de choix pour la dépression ; 91 % pensent que l'action d'un conseiller (*counsellor*), particulièrement à travers un travail groupal de partage d'expériences, est un traitement idoine et efficace.

La psychothérapie a également une image péjorative. Dans une étude menée au Québec (11) auprès de 3 291 personnes, les sujets interrogés sur la psychothérapie mettent surtout en avant leurs interrogations sur son efficacité, sur la fréquence des séances et la durée d'un traitement.

Beaucoup de déprimés ont aussi la conviction que, s'ils se présentent comme déprimés, ils vont être mal jugés. Bien que le médecin de famille apparaisse comme le professionnel le plus approprié pour traiter la dépression (79 %), la majorité (60 %) des sujets interrogés par Priest et coll. (23) exprime une réticence à en parler à son médecin, dénotant une forte ambivalence à consulter. Il est très intéressant de noter que, malgré l'expression d'une attitude bienveillante à l'égard des sujets qui souffrent de dépression, les répondants semblent projeter sur le corps médical l'image négative qu'ils possèdent de la maladie : ils affirment penser que les MG jugeraient avec irritation comme étant un " névrosé " ou un " déséquilibré " celui qui se plaindrait devant eux de dépression.

Le psychiatre est perçu comme le spécialiste prenant en charge les cas graves, ce qui est censé expliquer le peu de recours spontané à sa consultation ; de plus, il ressort nettement que le mot " psychiatre " est fortement connoté et stigmatisé, et qu'il réveille beaucoup d'appréhensions.

Une autre difficulté est mise en évidence par Ogden et coll. (20). Si la présentation de la dépression est essentiellement somatique, le patient aura du mal à accepter le diagnostic de dépression proposé par le MG, et l'observance du traitement sera bien sûr mauvaise.

Une autre cause de désaccord entre le MG et son patient peut être la nature de la dépression.

Enfin, le fait que le patient accepte le diagnostic proposé par le MG et son traitement ne s'accompagne pas toujours d'une modification de la représentation de la maladie.

Les patients ont aussi souvent l'impression que leur demande n'est pas comprise. Noble et coll. (19) ont fait une revue de la littérature concernant les demandes des patients, publiée récemment dans *Acta Psychiatr. Scand.*, Elle avait pour but d'identifier les types de demandes adressées par les patients aux services de santé mentale, la perception de ces demandes par les psychiatres, et la relation entre ces demandes et l'évolution des soins. Cette revue a recensé vingt-huit publications originales, essentiellement nord-américaines, sur une période de trente ans dont très peu datent de ces dernières années.

Ces études montrent qu'il y a un certain dénominateur commun dans les demandes adressées aux services de santé, indépendamment du type d'unité spécialisée. Les patients demandent essentiellement des approches psychologiques ; les demandes qui reviennent le plus souvent sont des demandes d' "éclaircissements", d' "expertise psychologique" et de "compréhension psychodynamique".

Il apparaît clairement que les patients sont en général inhibés pour exprimer ces demandes lors de la consultation et que les psychiatres négligent souvent l'exploration de ces demandes. Interrogée d'une manière systématique, la majorité des patients qui s'adressent aux services spécialisés présente des demandes, indépendamment de l'âge, du sexe, du niveau socioéconomique et de l'ethnie. Seuls ceux qui ont des antécédents psychiatriques formulent des demandes plus précises. Du côté des psychiatres, il apparaît qu'ils surestiment le besoin de "confession" (aveu), de contrôle des émotions, de réassurance et de "livrer à la discussion", en même temps qu'ils sous-estiment les besoins d'éclaircissements et de compréhension psychodynamique.

On voit donc que les principaux obstacles à consulter sont :

- le vécu même de la maladie dépressive (désespoir, culpabilité...), qui freine toute demande de soins (on ne voit pas comment modifier cet état affectif mais on peut envisager d'attirer l'attention de l'entourage sur ce fait) ;
- la stigmatisation du terme de dépression, qui fait que le sujet a peur d'être mal considéré s'il fait état de ses troubles ;
- l'image très péjorative des traitements – et particulièrement la chimiothérapie – opposée à des images favorables des soins "alternatifs" (c'est là un problème majeur) ;
- une image également assez péjorative de la compréhension que les médecins peuvent avoir de la demande du patient : demande d'explications et d'éclaircissements.

## EN CONCLUSION

Il est souhaitable pour la santé publique de faire évoluer les représentations liées à la dépression. Cela serait utile aux malades pour qu'ils identifient leur trouble et demandent de l'aide, aux familles pour qu'elles repèrent la dépression et sachent conseiller un membre de la famille qui souffre, à la population en général pour qu'elle ait une idée réaliste de la dépression, ni banalisée, ni dramatisée.

Il faut en déstigmatiser l'image courante, lui enlever son sens de faiblesse de caractère, de fragilité, de manque de courage.

Il faut qu'elle soit reconnue comme une vraie maladie :

- qui est source de souffrance et qui altère gravement la qualité de vie ;
- qui nécessite un vrai traitement et qui ne guérira pas par un simple effort de volonté ou par quelques encouragements amicaux ;
- qui est guérissable ;
- dont il faut s'occuper le plus tôt possible ;
- pour qui le meilleur recours est la médecine.

Il faut enfin déstigmatiser les médicaments. Ils ne sont pas tout dans le traitement mais ils jouent un rôle majeur. S'ils sont choisis et prescrits avec compétence, ils sont efficaces, ne sont pas toxiques, n'entraînent pas de somnolence ou d'adynamie et ne créent pas de dépendance.

Il faut informer le public du fait que, souvent, les déprimés ont des difficultés pour demander de l'aide et qu'il faut aller au devant d'eux sans attendre qu'ils fassent la démarche de consulter.

# **LE TEMPS DU DIAGNOSTIC**

## **CONSIDERATIONS GENERALES**

L'expérience clinique semble démontrer qu'il n'y a pas un, mais plusieurs itinéraires possibles qui amènent les patients à consulter un praticien, que ce soit pour des troubles dépressifs ou pour d'autres plaintes.

Sans vouloir jouer à outrance la carte de l'exhaustivité, il faut rendre compte de cette multiplicité de démarches, donnant lieu à des scénarios différents.

Deux cas de figure bien connus illustrent les deux “ extrêmes ” de cet éventail de situations auxquelles vont être confrontés autant les patients que leurs médecins.

1. Un patient consulte son généraliste pour des plaintes somatiques. Le praticien diagnostique une “ dépression masquée ”, et apprend à son patient qu'en fait, il souffre d'un trouble psychique. En conséquence, il propose une prise en charge (qui ne devrait pas se résumer à la prescription d'un psychotrope).
2. Un patient consulte son médecin traitant ou un psychiatre, pensant qu'il souffre de dépression. Il a cru se reconnaître dans un article de presse, une émission de télévision, dans le témoignage d'un proche... Après entretien, le praticien ne constate pas l'existence d'un trouble thymique.

Sans tomber dans la caricature, force est de constater que, dans le premier cas de figure, c'est le praticien qui “ négocie ” le diagnostic tandis que, dans le deuxième, c'est le patient.

Pour mieux rendre compte de la diversité et de la complexité des situations dans lesquelles peut être construit le diagnostic de dépression, il convient de mettre les dépressions, les consultations et les patients “ en situation ”.

On pourrait identifier quatre types de situations :

1. Les circonstances et le lieu de consultation : le plus souvent, le sujet va s'adresser à son médecin généraliste ou à un psychiatre ; cependant il peut aussi décider de voir un autre spécialiste (cardiologue, gastro-entérologue...), car les symptômes dont il souffre orientent ainsi son choix. Ce premier entretien se fait le plus souvent en ambulatoire ; mais, à la suite d'une tentative de suicide ou parce qu'il existe une pathologie somatique, la première consultation pourra avoir lieu à l'hôpital.
2. Les circonstances liées à l'âge ou à une comorbidité psychiatrique créent elles aussi des situations particulières de consultation : par exemple, s'il s'agit d'un enfant ou d'un adolescent, d'une femme au cours du post-partum ou d'une personne âgée. La situation de consultation ne sera pas non plus la même s'il existe une comorbidité alcoolique ou à une autre conduite addictive, ou si les symptômes dépressifs apparaissent chez un patient psychotique.
3. Le moment évolutif – aigu (au cours d'un premier épisode ou d'une rechute), rechute, récurrence – doit aussi être pris en compte.
4. Enfin, les formes cliniques : dépression majeure (mélancolie), dépression exprimée uniquement par des plaintes somatiques, parfois appelée " masquée ", dysthymie, formes mineures ou subsyndromiques

Et tout cela sans oublier le sujet... Il faut tenir compte de ses caractéristiques personnelles, autant que de son attitude face à la maladie, son itinéraire, etc.

Le patient ne peut pas être réduit à la maladie dont il est porteur. Comme aimait à le rappeler Y. Pelicier : *“ Si toutes les dépressions se ressemblent, il n'y a pas deux déprimés pareils. ”*

Les quatre situations répertoriées plus haut vont s'entrecroiser, donnant lieu à autant de scénarios de début d'itinéraires de patients déprimés. Ces départs seront souvent déterminants pour la suite du parcours et de la prise en charge de ces malades. La description exhaustive de chacune des combinaisons étant impossible, nous analyserons les plus fréquentes et les plus significatives d'entre elles.

## LE MEDECIN GENERALISTE FACE AU DIAGNOSTIC DE DEPRESSION

Si l'on en croit les études épidémiologiques, la plupart des itinéraires de patients déprimés débutent auprès d'un médecin généraliste.

L'estimation de la prévalence ponctuelle de la dépression en France montre qu'il existe 5 % ou 6 % de déprimés dans la population générale. Si l'on regarde les consultations de médecine générale, on monte à des chiffres de 9 % à 14 %. (29)

70 % à 75 % des prescriptions d'antidépresseurs (46) sont faites par des généralistes. Cette " surreprésentation " peut s'expliquer en partie par le fait que les généralistes diagnostiquent 73 % des dépressions et les psychiatres libéraux 16 %. Les dépressions représentent près d'un quart des troubles mentaux et psychosociaux vus en médecine générale, et près d'un tiers en psychiatrie (17).

Cette situation, connue des professionnels, est aussi largement commentée et analysée par la presse, et fait l'objet d'un vrai débat public que vont s'approprier certains patients.

Ainsi, le médecin généraliste se trouve confronté à une double contrainte :

- Puisqu'il est en première ligne, on exige de lui un diagnostic et une prise en charge précoces des troubles dépressifs. En outre, pour l'aider à y parvenir, on lui propose de plus en plus de formes cliniques dites " mineures ", monosymptomatiques, subsyndromiques, masquées, etc. (8), qu'il est censé identifier.
- D'un autre côté, il lui est fortement enjoint de ne pas psychiatriser des problèmes somatiques existentiels ou sociaux qui aboutiraient à une prescription abusive de psychotropes.

A ce propos, on est en droit de se demander si l'indicateur " prescription d'antidépresseurs " est un repère fiable lorsqu'il s'agit d'évaluer le nombre de diagnostics de dépression portés par les médecins généralistes. Il semblerait que la prescription d'antidépresseurs (sérotoninergiques en particulier) se ferait de plus en plus en dehors du cadre strict de la dépression.

Dans un article récent (26) au titre évocateur, " Where are we going with SSRIs ? ", Issac affirme qu'à l'heure actuelle, ces produits sont utilisés de plus en plus en dehors de la dépression. On les prescrit ainsi pour des troubles de l'adaptation sociale. La paroxétine, par exemple, vient d'obtenir des AMM pour ces indications dans différents pays. D'autres auteurs affirment que certaines molécules auraient un effet stimulant indépendant de leur action sur l'humeur dépressive et qu'elles pourraient également modifier des traits de personnalité. De ce fait, ils pensent même qu'il serait judicieux de changer leur appellation. (24)

On est effectivement en droit de se demander si le terme " antidépresseur " est le plus approprié pour désigner certaines de ces substances.

Par ailleurs, on aurait tort d'imaginer que cette forte proportion des troubles dépressifs chez les médecins généralistes date d'aujourd'hui. Certains affirmeraient qu'il en est ainsi depuis qu'ils disposent d'antidépresseurs dénués d'effets secondaires gênants.

Mais déjà en 1965, dans *Le livre blanc de la psychiatrie française*, on estimait que 80 % des malades vus par les médecins généralistes présentaient des “ maladies fonctionnelles ”. (17)

En 1974-1975, l'INSERM publie la première enquête sur la prise en charge des troubles psychiques en médecine générale. Les troubles mentaux et psychosociaux se situent au second rang après les maladies cardio-vasculaires. A l'époque, les médecins généralistes voient 74 % de ces troubles et les psychiatres 12 %. Ainsi, on voit bien que les médecins généralistes prenaient en charge les troubles dépressifs bien avant l'arrivée des premiers antidépresseurs dépourvus des effets secondaires des tricycliques et des IMAO (les “ ni-ni ”), qui ont été mis sur le marché à partir de 1975.

Des études ultérieures montrent que cette situation est restée stable. On estime à l'heure actuelle qu'environ 30 % de la clientèle d'un médecin généraliste en pratique de ville ressent des difficultés psychologiques ou présente des troubles psychiques isolés ou liés à des problèmes somatiques (46).

Indépendamment du débat public et de l'analyse sociologique de cette situation, le fait que la large utilisation des antidépresseurs ait pu provoquer la psychiatrisation éventuelle de problèmes existentiels n'exclut pas le constat suivant : grâce à la banalisation de leur usage et à la “ dépsychiatriation ” de la dépression, un nombre considérable de personnes authentiquement déprimées ont enfin pu accéder aux soins, souvent à partir d'une consultation chez leur médecin traitant.

Les deux phénomènes ont coexisté depuis le début et ce de façon autonome.

Voici le “ décor psychosocial ” dans lequel va se produire la rencontre du patient avec son médecin traitant.

Mais que se passe-t-il dans l'intimité de la consultation qui conduit, éventuellement, au diagnostic de dépression ?

Quel est l'espace de parole qui se crée entre le malade et son médecin traitant ?

Que se passe-t-il entre le patient, venu avec une certaine idée de son problème, et le médecin, qui a ses propres critères ?

Le patient vient pour trouver une aide et un réconfort. Sa demande ou ses plaintes sont soit concrètes (douleurs, insomnies), soit imprécises : “ *Docteur, ça ne va pas...* ” Le mal-être...



Le patient s'adresse plus fréquemment à son médecin généraliste, car c'est une démarche simple et rapide :

- Simple, car le patient peut voir son médecin de famille pour mille raisons différentes. La plupart des raisons, on le sait, ne sont pas médicales au sens où elles entreraient dans une réelle classification. Elles sont souvent polymorphes, indéfinissables, sinon ouvertement sociales. Le motif choisi par le patient peut être volontairement banal et poser indirectement l'existence d'une souffrance morale. Vers la fin de la consultation, c'est : *“ A propos, Docteur, j'ai besoin de quelque chose, en ce moment, pour dormir. ”*
- Rapide, car c'est un médecin de proximité. C'est-à-dire proche de son patient géographiquement, mais aussi proche de sa vie : *“ Il me connaît déjà, il a mon dossier, il connaît une partie de mon histoire, ma famille, etc., je n'ai pas besoin de tout lui raconter comme à un étranger. ”* L'“ étranger ” étant le spécialiste sinon le psychiatre.

En médecine générale, le domaine de la souffrance psychique est plus large que celui de la dépression. Les raisons qui conduisent à consulter sont très diverses. Derrière la souffrance somatique se cache peut-être la souffrance psychique et dernière celle-ci se cache peut-être une vraie dépression.

Nous partons ici du principe que le diagnostic de dépression est strictement médical et qu'il amène le médecin à proposer des soins, donc un traitement.

Le patient vient avec un symptôme et une demande :

1. Est-ce grave ou non ?

Face à une douleur abdominale, on se demande immédiatement s'il ne s'agit pas d'une appendicite. Face à une insomnie, on se demande de façon moins urgente et plus rare si c'est une dépression.

La réponse peut être que c'est grave : c'est une dépression, donc cela engage à un traitement long et à un suivi.

2. Quelles réponses ?

Du fait de son statut particulier, le médecin généraliste pourrait répondre autrement que d'une manière strictement médicale. Mais il ne le fait pas toujours. Si le patient vient pour une consultation en disant : *“ Je suis mal, j'ai mal ”*, le médecin sait de son côté qu'il y a mille raisons de venir le voir et que tout son art doit se concentrer d'abord sur ceci : de quoi s'agit-il ? est-ce grave ou non ?

- Derrière cette douleur, y a-t-il une pathologie qui met en jeu le pronostic vital ?
- Derrière cette souffrance psychique, y a-t-il une vraie dépression avec un suicide possible ?

Après une évaluation des symptômes, le médecin va s'attacher à la personne elle-même. Souvent, il la connaît déjà : il suit ses enfants, l'a déjà vue pour un suivi gynécologique ou pour un long accident de travail. Il connaît sa famille, le lieu où elle vit. Dès qu'elle est entrée dans son cabinet, il a vu à son visage, à son expression corporelle, que quelque chose n'allait pas. Parfois, il connaît déjà son histoire : séparation récente, deuil, période de chômage, difficultés avec un enfant, etc.

Se concentrer sur la personne elle-même, c'est, au-delà de l'examen clinique traditionnel, une procédure d'investigation dans la vie psychique afin d'entrer en intime relation avec la personne dans le moment présent de crise.

Cette mise en relation – “ mise en phase ”, pourrait-on dire – entre le médecin traitant et son patient peut être extrêmement rapide, car ils ont déjà partagé une partie de l'histoire et de la perception de l'environnement de la crise actuelle.

Elle permet au médecin d'affiner le diagnostic le plus probable. Elle vise surtout à identifier les ruptures du lien social, les conflits profondément déstructurants, les événements et traumatismes sociaux, les sentiments de culpabilité anxiogènes.

Cette identification sera le premier pas de la “ procédure de retissage du lien social ”, qui est le complément du traitement médicamenteux et du soutien psychothérapeutique. Pour le médecin, ne parler que du traitement ou de la psychothérapie, c'est se réduire à un rôle où il détiendrait toutes les ficelles.

Le patient, comme sujet et acteur dans son environnement naturel, doit, au-delà de l'observance ou de sa participation motivée au suivi, rester maître du jeu de sa vie, qu'il sent basculer. C'est à travers lui que le médecin va s'appuyer sur son entourage, qui, au quotidien, aura une influence négative ou positive sur la “ guérison ”.

## LES MODALITES DE CONSTRUCTION DU DIAGNOSTIC DE DEPRESSION

Se pose ici particulièrement la question des “ mises en situation ” évoquées plus haut. Le diagnostic va être relativement aisé pour le psychiatre hospitalier qui recevra un patient manifestement mélancolique, venant d'un service de réanimation où il a séjourné après une tentative de suicide grave. Il va l'être beaucoup moins pour le médecin généraliste, qui se demande si les plaintes somatiques de son patient ne seraient pas d'origine dépressive. Ces deux cas de figure illustrent bien le fait que, dans chaque situation, le praticien, que ce soit le psychiatre ou le généraliste, va se référer à un “ modèle ” pour établir le diagnostic.

Or, une des caractéristiques actuelles de la sémiologie psychiatrique est justement le manque de repères suffisamment stables et faciles à utiliser permettant de proposer des modèles catégoriels facilement reconnaissables et partageables par l'ensemble des acteurs de la filière de soins. Et cela pour l'ensemble des troubles psychiques. Il est donc indispensable de contextualiser les difficultés de diagnostic des troubles thymiques si on veut en connaître les raisons. On peut en identifier quatre principales :

1. Le démembrement (l'éclatement) des tableaux cliniques classiques. Du côté des psychoses, on en vient à mettre en cause l'unicité de la schizophrénie. On parle de symptômes positifs et négatifs, avec une correspondance anatomo-clinique qui démontrerait qu'il ne s'agit pas de la même maladie. Du côté des troubles thymiques, même la psychose maniaco-dépressive (PMD) vole en éclats : trouble bipolaire I, II, cycles rapides... Tout comme la mélancolie avec les formes mineures, subsyndromiques, infracliniques, monosymptomatiques... (3) (41)
2. La disparition de certains concepts comme celui de névrose depuis le DSM-III. Certains se demandent où est passée l'hystérie “ à la Charcot ”.
3. L'apparition de “ nouveaux troubles ” comme les attaques de panique, les TOC, le PTSD, les personnalités multiples...
4. La mode de l'approche “ dimensionnelle ”, avec les symptômes et syndromes transnosologiques, qui échappent à toute spécificité nosographique.

Le résultat, disons-le, c'est un manque de repères, et une impression de flou autour des tableaux cliniques. Cela peut engendrer un sentiment de “ tout est dans tout ” chez certains praticiens, qui réagissent en radicalisant, voire en simplifiant (réduisant) leur éventail diagnostique.

Voyons comment se traduit cette situation dans le cas précis du diagnostic de dépression.

Au-delà du modèle classique de la mélancolie, appelée de nos jours dépression majeure ou caractérisée, où les symptômes sont apparents et intenses, on trouve, d'un côté, des formes cliniques où la symptomatologie thymique n'est pas apparente, car camouflée par des plaintes somatiques. C'est le modèle des dépressions à expression somatique (“ dépression masquée ”), et, par extension conceptuelle, celui des équivalents dépressifs comportementaux.

De l'autre côté, on trouve les formes où la symptomatologie est apparente mais moins intense. C'est le modèle de la “ dysthymie ” et du large éventail des dépressions “ subsyndromiques ” ou “ monosymptomatiques ”. (L'étude DEPRES (32) (43) trouve une prévalence de 17 % de troubles dépressifs, car elle inclut les symptômes dépressifs isolés.)

## **1 – La dépression majeure**

Le terme “ épisode dépressif majeur ”, qui figure dans le DSM-IV (cf. tableau), regroupe aujourd'hui les anciennes appellations telles que dépression “ endogène ”, dépression “ névrotique ”, dépression “ réactionnelle ”, et bien d'autres. Le terme “ mélancolie ”, maintenant utilisé surtout comme adjectif (dépression “ mélancolique ”), se réfère autant à l'étiologie endogène qu'à l'intensité (gravité) de la symptomatologie. Dans la classification des troubles mentaux de l'OMS (CIM 10), le terme équivalent est “ épisode dépressif ”.

### **Sémiologie**

Bien qu'il soit habituel de décrire l'épisode dépressif à partir de l'humeur dépressive, la présence et l'intensité d'autres troubles, tels que le ralentissement, les troubles cognitifs ou les signes végétatifs, montrent que la souffrance dépressive ne peut pas être réduite à la tristesse, si intense soit-elle (22).

#### **– L'humeur dépressive**

Le terme de “ douleur morale ” est souvent utilisé pour qualifier cette tristesse foncière, irraisonnable, incontrôlable et inconsolable, qui est à l'origine d'idées d'autodévalorisation, d'autoaccusation et souvent d'incurabilité. Les sentiments de lassitude et de désintérêt sont constants. L'attrait de l'idée de mort, presque toujours sous-jacent, peut être diversement exprimé ou marqué. (15)

– **Le ralentissement**

Au niveau moteur, il se manifeste par une mimique pauvre et monotone. Cette lenteur, sorte d'inhibition, est autant observable que vécue péniblement par le patient. Le malade a l'impression que le moindre geste lui demande un effort disproportionné. Sur le plan mental, le déprimé se plaint d'un sentiment de " tête vide ", il a l'impression d'avoir du mal à organiser ses idées. Il existe une réelle " bradypsychie " avec réponses décalées, retardées, rendant le dialogue pénible pour le malade. L'asthénie complète souvent le tableau. Elle est inexplicquée et caractérisée par sa nette aggravation à l'effort, pouvant aller jusqu'à l'épuisement.

– **Les troubles cognitifs**

Tout comme le flux idéique, la concentration, l'attention et la mémoire sont diminuées, ce qui donne lieu à d'abondantes plaintes. A l'examen clinique, on constate que l'attention aux questions est faible et décroît avec l'effort intellectuel.

– **Les troubles du sommeil**

Le sommeil est régulièrement perturbé, le plus souvent sous forme d'insomnie, mais aussi d'hypersomnie. L'insomnie peut se manifester lors de l'endormissement, au milieu de la nuit ou en fin de nuit. Cette dernière forme, appelée " insomnie du petit matin ", est à l'origine de réveils matinaux précoces (particulièrement évocateurs d'un trouble dépressif) vécus toujours péniblement par le patient.

– **L'anorexie**

La perte de l'appétit est presque constante et s'accompagne souvent d'une perte de poids significative.

– **Les troubles somatiques**

Dans les épisodes dépressifs, les troubles somatiques sont assez caractéristiques. La cénesthésie du malade déprimé est toujours pénible : tête vide, malaise diffus, lassitude extrême, sensations d'oppression, spasmes viscéraux, etc.

Parmi les symptômes les plus fréquents, on trouve ceux de la sphère digestive : saburrarité, constipation et nausées. Viennent ensuite les palpitations cardiaques, des sensations d'étouffement, une aménorrhée, des algies diverses : céphalées, douleurs vertébrales et articulaires, anorexie et amaigrissement. Des troubles neurovégétatifs, principalement des crises sudorales, une frilosité, des sensations vertigineuses, peuvent aussi se manifester.

Dans un souci de systématisation et de consensus scientifique, le DSM-IV (4) propose le repérage de cet ensemble symptomatologique à partir de neuf critères.

### **CRITERES D'EPISODE DEPRESSIF CARACTERISE (d'après le DSM-IV)**

Parmi les neuf symptômes suivants, au moins cinq doivent exister depuis deux semaines, et l'un des deux premiers doit obligatoirement être présent :

- 1 – Le patient se plaint d'humeur dépressive continue.
- 2 – Le patient dit qu'il n'a plus d'intérêt ou de plaisir pour aucune activité.
- 3 – Le patient présente un trouble de l'appétit ( $\searrow$  ou  $\nearrow$ ) net et continu ou un changement de poids (en plus ou en moins) de 5 % au moins durant le dernier mois.
- 4 – Le patient se plaint de troubles du sommeil (insomnie ou hypersomnie).
- 5 – Le patient présente une agitation ou un ralentissement psychomoteur net et objectif.
- 6 – Le patient se plaint de fatigue.
- 7 – Le patient se sent coupable de manière inappropriée ou excessive.
- 8 – Le patient a des difficultés de concentration.
- 9 – Le patient a des " idées noires ". Il pense à la mort, au suicide.

Les symptômes présents nuisent à son fonctionnement social.

Les symptômes ne s'expliquent pas par un événement récent (un deuil par exemple).

## **2 – Les dépressions à expression somatique**

Avant d'analyser la sémiologie des dépressions à expression somatique, il convient de rappeler que, dans toute dépression, et ce indépendamment de la forme clinique et de l'intensité, il existe une atteinte somatique.

Il se peut que ces troubles prennent une telle importance que l'état dépressif soit camouflé par la plainte somatique. C'est alors qu'on parlera de dépression " à expression somatique " (ou dépression " masquée "), mais, comme nous allons le voir, dans ces formes de dépression, on observe une association bien particulière de certains de ces symptômes somatiques.

Bien que les troubles et les plaintes somatiques dans la dépression soient connus depuis toujours, c'est P. Kielholz (28) qui, en 1973, a décrit la dépression masquée. Il s'agissait, selon l'auteur, d'une nouvelle entité nosologique, identifiée à partir de l'efficacité des antidépresseurs dans des symptômes somatiques divers, observés chez des patients dont les troubles thymiques étaient soit absents, soit au deuxième plan du tableau clinique.

Selon cet auteur, le substratum organique (dérèglement biochimique) serait le même que dans les autres formes cliniques de dépression. Ce qui changerait, ce serait l'expression symptomatique. Ce "modèle" trouverait sa démonstration dans l'efficacité même des antidépresseurs sur ces symptômes somatiques, appelés de ce fait "équivalents dépressifs". (2) (34)

Cette différence d'expression symptomatique explique que ces patients n'aillent pas consulter les psychiatres, mais plutôt les somaticiens, qui sont alors confrontés au diagnostic différentiel : hystérie, trouble psychosomatique, fixation hypochondriaque, anxiété, dépression ?

Loin d'emporter un large consensus, ce concept a provoqué, dès le début, de nombreuses réactions dénonçant le flou sémiologique, l'errance du concept ou les dérives possibles. Le débat sur la dénomination même de cette forme clinique (dépression "sans dépression", "larvée", "masquée", "latente", "occulte" [36]), laisse rapidement émerger d'autres questionnements.

P. Droz et J. Richard (16), dans l'article "Us et abus de la notion de dépression masquée", mettent en garde contre une dérive diagnostique inflationniste basée sur les seuls effets thérapeutiques. Ils rappellent que la dépression masquée reste une forme atypique de dépression (qui possède sa symptomatologie dépressive, masquée mais présente). Ils resituent ainsi le symptôme somatique dans un réseau de modifications relationnelles qu'il faut prendre en compte lors des choix thérapeutiques. (Voir également, plus bas, "Les obstacles au diagnostic")

Quoi qu'il en soit, il convient de connaître ce "modèle" puisque de nombreuses publications internationales (2) (10) (21) (25) (32) (34) (43) s'y réfèrent, sous des appellations bien distinctes, mais avec un dénominateur commun : la difficulté diagnostique devant les plaintes somatiques.

### Sémiologie de la dépression à expression somatique

- Le plus souvent, il s'agit d'un patient, sans antécédents psychiatriques, qui consulte son généraliste pour une **fatigue** inexpliquée, à laquelle s'associent une **insomnie** et des **algies** diffuses, dont la localisation peut varier d'un patient à l'autre. Les plus fréquentes sont les **dorsalgies** (lombalgies, en particulier) et les **céphalées**. Viennent ensuite les **douleurs à localisation digestive**.
- L'examen somatique, ainsi que les différents bilans et examens complémentaires, vont s'avérer strictement normaux. Les traitements symptomatiques ne seront pas d'une grande efficacité.
- Il peut s'écouler plusieurs mois entre le début du tableau clinique décrit ci-dessus et l'apparition des symptômes dépressifs. Chez certains patients, les symptômes somatiques seront les seuls signes du dérèglement thymique.
- L'anamnèse révélera une répartition circadienne particulière des troubles avec une **aggravation matinale** : c'est au réveil et pendant une bonne partie de la matinée que l'asthénie et les douleurs seront le plus prégnantes.
- On constate également une **évolution périodique** et/ou saisonnière du tableau clinique.
- Il est fréquent de trouver chez ces patients **des antécédents familiaux de dépression et de psychose maniaco-dépressive (PMD)**.

### 3 – La dysthymie

La dysthymie est au centre d'une vieille querelle nosologique : s'agit-il d'une maladie ou bien de la manière d'être d'une " personnalité " dépressive ?

Les tableaux cliniques observés peuvent en effet trouver leur origine au niveau des traits de caractère (personnalité), ou bien se situer du côté des symptômes (maladie). Cette discussion s'appuie sur l'observation suivante : à côté des malades présentant à certains moments de leur existence des épisodes dépressifs plus ou moins durables (réactionnels, mélancoliques ou névrotiques), certains malades paraissent constamment déprimés. (Cf. le chapitre " Les trajectoires évolutives ")

Ces états, non évolutifs et généralement résistants aux thérapeutiques, constituent de véritables modes d'existence dépressive où toutes les expériences vitales prennent une tonalité affective sombre, sans qu'il soit guère possible de repérer un autre mode d'existence antérieure.

Ces troubles ont été différemment qualifiés et répertoriés selon les auteurs et les époques. Le plus souvent, ils ont été considérés comme des " dépressions chroniques ", notamment par H. Ey dans son manuel (18), ce qui implique la primauté du symptôme.



D'autres auteurs privilégient les traits de caractère et parlent de "personnalités dépressives". L'idée d'un "tempérament" particulier exposant à la mélancolie remonte à l'Antiquité (Hippocrate, Théophraste, Aristote). Kraepelin, en 1886, parle lui aussi de "tempérament dépressif". En 1938, en France, Montassut (36) évoque la dépression "constitutionnelle", reprenant, dans une perspective dépressive, des tableaux classiques d'asthénie chronique : neurasthénie de Béard (1869), psychasthénie de Janet (1903). Pendant toute une période, on a décrit les relations entre ces modes d'existence dépressive et les névroses.

Dès 1980, les auteurs du renouveau sémiologique américain tranchent la question *via* le DSM-III : dans ce *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, on ne parle plus de personnalité dépressive dans le chapitre consacré aux personnalités pathologiques. En revanche, on voit apparaître, dans le chapitre consacré aux troubles thymiques (troubles de l'humeur), la "dysthymie" (ou "névrose dépressive"). On notera le caractère équivoque du terme "névrose", qui, par ailleurs, peut prêter à confusion avec les dépressions appelées "névrotiques" par opposition aux dépressions "psychotiques" de la psychose maniaco-dépressive (ces deux entités relevant théoriquement d'une tout autre situation pathologique). Selon Akiskal (1), la dysthymie correspond à une forme "mineure" ou atténuée d'un état dépressif, moins intense que l'état dépressif "majeur", mais durant plus longtemps : elle tient une place à part dans les dépressions chroniques.

### **Conception clinique actuelle**

Dans le DSM-IV (4), la dysthymie (ou névrose dépressive) change de nom ; le terme "névrose" disparaît au profit de l'appellation "trouble dysthymique". Il s'agit d'un trouble chronique de l'humeur, qui peut être diagnostiqué à partir d'un certain nombre de critères qui ne font pas l'objet d'un consensus. Cette nouvelle description n'empêche pourtant pas qu'apparaisse immédiatement la difficulté du diagnostic différentiel. Le même DSM-IV reconnaît que "*le diagnostic différentiel entre le trouble dysthymique et le trouble dépressif majeur est particulièrement difficile, car les deux troubles comportent des symptômes similaires et se différencient seulement par leur durée et leur sévérité.*"

### **4 – Autres formes d'expression symptomatique de la dépression**

Comme nous l'avons indiqué plus haut, à côté du modèle de la dépression majeure, certains auteurs évoquent l'existence de formes dans lesquelles la symptomatologie thymique serait moins apparente (même camouflée) ou de moindre intensité. Ces modèles, loin d'emporter un consensus international, illustrent bien la problématique de la sémiologie psychiatrique actuelle : la déconstruction des théories, avec une remise en cause des modèles opératoires classiques et consensuels (cf. "Introduction").

### – Les formes mineures

On peut se demander si les médecins généralistes et les psychiatres sont bien confrontés aux mêmes tableaux cliniques, aux mêmes types de patients. Leurs difficultés diagnostiques devant ces troubles qui ne répondent pas aux critères diagnostiques classiques ne semblent pas comparables. Dans l'enquête épidémiologique WHO (41) dirigée par Sartorius en 1993, les 8 % de troubles dépressifs identifiés correspondent au *Sub-Threshold Depressive Disorder* (dépression "infraclinique"). Il s'agit de patients habituellement diagnostiqués et traités en médecine générale. (3)

L'étude DEPRES (32) (43) montre à son tour que la prévalence des symptômes dépressifs isolés en médecine générale varie entre 9 % et 20 %. De là à parler de "dépression monosymptomatique", il n'y a qu'un pas, qui semble avoir été franchi par cette étude, puisque, en comptabilisant les symptômes dépressifs isolés dans l'ensemble des troubles dépressifs, nous arrivons à une prévalence de 17 % de dépression dans la population générale. Comme pour le modèle de la dépression masquée, le consensus autour de l'existence même de ces formes cliniques atténuées est loin d'être établi. Certains auteurs voient là une des origines de l'inflation diagnostique des troubles dépressifs.

### – Les équivalents dépressifs

En 1972, le psychiatre espagnol Lopez Ibor (34) publie un travail sur ce qu'il appelle les "équivalents dépressifs", faisant référence à une série de symptômes non thymiques, essentiellement plaintes somatiques et comportements alcooliques, qui, selon lui, font partie d'une forme clinique de dépression "sans tristesse".

En 1974, Lesse (2) s'inscrit dans cette même démarche et procède à une extension du concept de dépression masquée en introduisant le terme de "masque comportemental de la dépression". Il affirme qu'un certain nombre de troubles du comportement peuvent également masquer une dépression sous-jacente et doivent être considérés, au même titre que les troubles somatiques, comme des équivalents dépressifs. Les voici :

- conduites suicidaires, comportements à risque, tendance aux accidents ;
- troubles du contrôle des impulsions : fugues, kleptomanie, criminalité ;
- comportements masochistes ;
- troubles alimentaires : anorexie-boulimie ;
- alcoolisme et autres addictions ;
- phobies scolaires et difficultés d'apprentissage chez les enfants.

Récemment, ces études sont à nouveau d'actualité avec les travaux de Fava (19), selon lequel, à l'origine de certains comportements violents ou agressifs ("dépression hostile"), de troubles alimentaires, de certaines formes d'alcoolisme et autres addictions, on trouverait une baisse de la sérotonine.

## INTERETS ET LIMITES DU TRAITEMENT D'EPREUVE

Comme nous l'avons signalé plus haut, l'existence même de la dépression masquée serait démontrée par le fait que les antidépresseurs amélioreraient l'état de certains patients présentant des plaintes somatiques *sine materia*. On parle ainsi de "dissection chimique" à propos de l'utilisation des psychotropes comme outil diagnostique.

De même que, dans la dysthymie, l'efficacité des antidépresseurs permettait de "trancher" entre les symptômes (sensibles à l'effet thérapeutique des antidépresseurs) et les traits de caractère (non modifiables biochimiquement), dans la dépression masquée, le tri se ferait entre dépression, hypocondrie, hystérie, etc. On pourrait évoquer, à juste titre, l'effet "placebo", qui existerait avec les antidépresseurs comme avec tout autre médicament. La différence étant que les effets positifs des antidépresseurs vont se manifester bien plus tard que ceux d'un éventuel effet placebo. Le délai d'action des antidépresseurs (indépendamment de leur famille chimique) est de deux ou trois semaines, et parfois bien plus tard pour certains patients.

Quoi qu'il en soit, ce traitement probabiliste, cette validation diagnostique *a posteriori*, qualifié abusivement de "test thérapeutique", ne trouve sa légitimité que s'il s'inscrit dans une démarche soignante, permettant au prescripteur d'analyser au préalable les facteurs étiopathogéniques, les antécédents personnels et familiaux, les éléments de personnalité, la situation socioprofessionnelle de son patient, ainsi que la réponse éventuelle à tout traitement antérieur, psychotrope ou autre.

De fait, on assiste à un appauvrissement de la clinique de la dépression depuis quelques années, appauvrissement lié, entre autres, à l'usage abusif du **traitement d'épreuve**. Véritable "raccourci" pour le médecin pressé, il accroît le risque de rechute ou de chronicité, car le travail sur l'étiopathogénie est écarté. Le symptôme prend le dessus face à la réalité complexe du patient.

## **LES OUTILS PROPOSES POUR RECONNAITRE UNE DEPRESSION SONT-ILS BIEN ADAPTES AU PRATICIEN ?**

On vient de voir que le test thérapeutique suppose souvent soit un dernier recours lorsque les autres “ outils ” diagnostiques se montrent inopérants, soit un recours “ rapide ” et de facilité.

En ce qui concerne les outils diagnostiques les plus communément utilisés en psychiatrie, on peut se demander s'ils sont fiables (assez sensibles) en dehors des pathologies franches, rencontrées le plus souvent en psychiatrie. Une étude très intéressante, pilotée par R. Führer et F. Rouillon (22), et comparant l'évaluation d'un “ état dépressif majeur ” réalisée par des médecins généralistes et par des psychiatres, a démontré que l'utilisation d'une classification (DSM dans cette étude) permet des diagnostics fiables, mais que cette fiabilité disparaît lorsque les troubles sont moins sévères. Il faudrait développer de nouveaux outils adaptés aux “ nouvelles ” pathologies (mineures, subsyndromiques, etc.) et/ou aux utilisateurs non spécialistes. (Voir également plus bas “ Les obstacles au diagnostic ”)

## **LES DIFFICULTES AU COURS DE LA CONSULTATION**

Les principales difficultés du diagnostic sont :

### **La sous-estimation des manifestations affectives et la valorisation du somatique (comme le font les patients)**

En effet, au cours de la consultation, on constate deux phénomènes interactifs : le patient exprime des plaintes somatiques et le MG a tendance à sous-estimer, du fait de sa formation, la valeur de signe d'appel dépressif de ces symptômes. Par surcroît, le médecin généraliste ne dispose pas toujours des quelques techniques simples d'entretien pour explorer la sémiologie de la dépression.

Le MG, à cause de sa proximité avec le patient, aura tendance à n'écouter que les plaintes, à amplifier la souffrance existentielle telle qu'elle est dite par le patient. Cela constituera un obstacle à l'identification de la dépression.

Il faut former le MG et lui transmettre quelques outils simples qui lui permettent d'avoir le recul nécessaire pour le diagnostic.

Lors de la consultation, il apparaît également que la dépression est moins bien repérée chez l'homme. En effet, certains types de patients (29) favorisent la méconnaissance du trouble psychiatrique en général et du trouble dépressif en particulier. Il s'agit des hommes, des célibataires et des étudiants ; alors que, chez les femmes, les divorcés et les chômeurs, les troubles psychiques sont plus facilement exprimés, donc reconnus.

### **Les représentations des professionnels de la santé**

Le concept de dépression varie d'un médecin à l'autre. Comme dans la population générale, ce concept peut être trop extensif, devenant alors synonyme de maladie mentale, ou trop restrictif.

Pour le généraliste, les représentations de la sémiologie dépressive restent souvent, et malgré une formation satisfaisante, assez vagues. Lorsqu'on interroge des généralistes sur les principaux symptômes évocateurs d'une dépression, les réponses les plus souvent données concernent la fatigabilité, l'anxiété et les troubles du sommeil (symptômes aspécifiques).

La description que le MG donne de la dépression correspond aux dépressions dites "névrotico-réactionnelles". Comme dans la population générale, les facteurs environnementaux sont très investis par le MG dans leur rôle étiologique. Le MG aurait une tendance spontanée à penser la dépression dans une trop grande linéarité de cause-effet.

Docherty (5) distingue du côté du médecin généraliste deux sortes d'obstacles pour le diagnostic et le traitement de la dépression : les croyances personnelles du médecin et les attitudes qui en découlent d'une part, le niveau de connaissance et les compétences pour la reconnaissance de la maladie d'autre part.

### **L'orientation par l'anxiété vers les anxiolytiques**

La présentation de la dépression, dans ces facettes de comorbidité, est aussi un facteur important. La présence de symptômes anxieux aidera à repérer la dépression, notamment chez la femme, mais elle constituera un élément de confusion lors de la prescription du traitement, les anxiolytiques étant dans ce cas-là plus prescrits que les antidépresseurs.

### **La durée de la consultation**

Si le patient arrive à consulter, on constate que la durée de la consultation apparaît comme insuffisante pour établir le diagnostic de dépression et déclencher une prise en charge, notamment chez les médecins généralistes.

La connaissance de dépressions antérieures ou de prise d'antidépresseurs facilite le diagnostic.

La durée trop courte de la consultation liée à son mode de rémunération à l'acte est pondérée par le suivi possible de ce type de patient, que le médecin pourra voir à une bonne fréquence sur le long terme.

## ***Causes de ces phénomènes***

### **1 – “ Négatives ”**

On ne s'étonne pas que les professionnels de la santé donnent plus de crédit aux antidépresseurs que les néophytes. Il en va de même pour les psychothérapies et les autres moyens thérapeutiques (hospitalisation, ECT, etc.). Cependant, ces techniques de soins ne font pas l'unanimité non plus parmi les professionnels : l'hospitalisation a une image plutôt négative pour les psychologues (qui rejoignent en cela le grand public) et pas tout à fait positive pour les MG ; le recours à l'ECT est clairement prôné par les psychiatres alors que généralistes et psychologues restent réticents (quoique bien moins encore que la population générale).

La formation théorique sur la dépression n'apparaît pas comme insuffisante chez les MG ; en revanche, le manque d'entraînement pour sa reconnaissance paraît mieux expliquer les imprécisions diagnostiques constatées.

Toujours du côté du médecin, le deuxième type d'obstacle au diagnostic et à la prise en charge de la dépression a trait plus directement aux compétences théoriques. Bien évidemment, une plus grande connaissance de la maladie va contribuer à son identification. Mais cela ne suffit pas : le taux de repérage le plus élevé se trouve chez les médecins qui ont l'habitude d'interroger le patient afin de dévoiler les signes qui caractérisent le trouble dépressif. L'attention portée aux expressions non verbales du patient est également un facteur important. Il est intéressant de remarquer que les praticiens qui affirment se confier à leur capacité à percevoir les émotions cachées de leurs patients pour identifier la pathologie affective ont un taux plus faible d'identification de la dépression que ceux qui affirment ne pas pouvoir se passer de poser quelques questions systématiques pour préciser le diagnostic.

### **2 – “ Positives ”**

En ce qui concerne les croyances, la probabilité d'établir un diagnostic correct de dépression est d'autant plus grande que le praticien est convaincu personnellement de l'intérêt des traitements antidépresseurs et de sa capacité à prendre en charge cette maladie. Quant aux attitudes, il ressort clairement de cette étude que l'exactitude du diagnostic de dépression est fortement corrélée à l'aisance que le praticien éprouve à faire face aux “ problèmes psychologiques ” des patients, au temps qu'il consacre à la consultation et, enfin, au fait qu'il se sente professionnellement concerné par ce type de pathologie.

On a vu plus haut que l'utilisation de quelques questions systématiques facilitait le diagnostic.

En résumé, il faudrait que la FMC développe chez les généralistes :

- la notion de la réalité et de la fréquence de la dépression,
- la connaissance des signes affectifs,
- l'utilisation de quelques questions systématiques,
- la critique des explications somatiques et environnementales,
- la croyance dans l'efficacité de la thérapeutique.

## **QUELLES DIFFICULTES DIAGNOSTIQUES SUIVANT LES TYPES DE DEPRESSIONS ET DE PATIENTS**

### **1 – Les femmes**

Dans les ouvrages médicaux, qu'ils soient destinés aux professionnels ou au grand public, il existe un consensus selon lequel les femmes seraient plus souvent atteintes de troubles psychiatriques et psychologiques que les hommes. Cette idée repose en partie sur le fait que, dans de nombreux pays, les femmes font appel aux services psychiatriques, et médicaux en général, plus souvent que les hommes (35).

Pour ce qui est des troubles thymiques, cela pourrait s'expliquer, du moins en partie (cf. le chapitre " Les trajectoires évolutives ") par le fait que, lorsqu'elles sont déprimées, les femmes admettent assez facilement le diagnostic, puis le traitement (aussi bien les psychotropes que les abords psychothérapeutiques). Les hommes, en revanche, ont beaucoup de mal à admettre le diagnostic et, de ce fait, sont moins " comptabilisés ", car ils ont une accession moindre à la filière de soins.

Quoi qu'il en soit, il existe un certain consensus concernant une prévalence du trouble dépressif deux fois plus importante chez la femme que chez l'homme. Les différentes hypothèses – causes hormonales, différences de stress psychosocial, etc. – sont loin d'apporter une explication indiscutable à ce phénomène.

Quant à ce qui est d'une éventuelle expression symptomatologique particulière de la dépression chez la femme, aucune étude ne semble avoir démontré l'existence de caractéristiques nosologiques distinctives.

### **2 – Les conduites des adolescents**

Le diagnostic de la dépression de l'adolescent se heurte à une double difficulté. D'une part, le travail psychique à l'adolescence présente des points communs avec la psychopathologie de la dépression. D'autre part, l'expression symptomatique diffère de celle rencontrée chez l'adulte (27).

Sur ce point, l'équipe de Ph. Jeammet (13) constate que 95 % des adolescents hospitalisés dans un contexte dépressif ne présentent aucun signe de la série dépressive rencontrée chez l'adulte.

Même si la question est controversée, il existe un certain consensus pour souligner que, chez l'adolescent, la dépression s'exprime le plus souvent soit sous la forme d'une dépression masquée, soit par des équivalents dépressifs comportementaux.

- **Dépression à expression somatique.** Elle a les mêmes caractéristiques que celles décrites plus haut, mais, lorsque les préoccupations corporelles remplacent les douleurs, se pose la question du diagnostic différentiel avec de véritables dysmorphophobies évocatrices d'un processus dissociatif naissant.

- **Equivalents dépressifs.** Des psychopathologues prétendent que, comme chez l'adulte (voir plus haut), certains troubles des conduites chez l'adolescent ont pour fonction de lui épargner de se confronter à l'affect dépressif. Ainsi, les délits, fugues, crises clastiques, comportement addictifs, troubles des conduites alimentaires, etc. constituent autant d'équivalents dépressifs. Cette particularité d'expression symptomatique ne doit pas nous faire oublier qu'il s'agit bel et bien de dépressions authentiques et qu'environ un tiers des troubles bipolaires débutent avant 20 ans. (23)

### **3 – Les personnes âgées**

Les plaintes somatiques sont très souvent au premier plan du tableau clinique dépressif chez le vieillard. Elles peuvent ainsi reléguer au deuxième plan l'humeur dépressive qui, même après anamnèse, peut passer inaperçue aux yeux du clinicien. De ce fait, on peut considérer que les dépressions à expression somatique sont très fréquentes à cette période de la vie.

Le diagnostic clinique est loin d'être aisé, compte tenu de la comorbidité entre les troubles thymiques et démentiels. D'où l'intérêt, dans ce cas particulier, du test thérapeutique aux antidépresseurs. A noter la fréquence d'états dépressifs associés à des pathologies organiques lourdes et invalidantes. (Cf. le chapitre " Les trajectoires évolutives ")



## LES OBSTACLES AU DIAGNOSTIC

### *La question des comorbidités*

#### Dépression et comorbidités somatiques

En ce qui concerne la nature des liens entre dépression et problèmes somatiques, on distingue classiquement (11) trois situations :

1. On parle de **coïncidence** lorsqu'il n'y a pas de lien causal entre les deux affections, ce qui ne doit pas nous faire oublier que la dépression peut compliquer l'évolution et la prise en charge d'un problème somatique et *vice versa*.
2. La dépression peut être à l'origine de problèmes somatiques : soit en tant que facteur de risque de pathologies incontestablement somatiques (coronaropathies), soit lorsque l'expression symptomatique de la dépression se fait à travers des plaintes somatiques (dépression masquée).
3. La dépression apparaît comme la conséquence d'un trouble somatique. Avec deux cas de figure : la dépression est provoquée par un problème médical (pathologie cérébrale, endocrinienne...), ou la dépression est le résultat du retentissement affectif d'une pathologie somatique.

Un très intéressant travail mené par l'équipe de Cathebras et Rousset (9) illustre certaines de ces situations. Il porte sur le dépistage de la dépression chez les patients hospitalisés en médecine et pose la question de la sous-reconnaissance de la dépression par les médecins et également par les psychiatres. Les auteurs rappellent que le principal enjeu de la comorbidité réside dans le fait que la dépression contribue, chez des patients atteints de maladies organiques, à la chronicisation des symptômes, à l'augmentation du coût des soins et à une détérioration de la qualité de vie. Concernant les obstacles au diagnostic, ils soulignent que les médecins qui reconnaissent le moins bien les troubles psychiques chez leurs patients sont ceux qui gênent l'expression (verbale ou non verbale) des symptômes, et ceux qui ont une confiance très grande dans leur capacité à détecter les troubles psychologiques sans poser des questions explicites.

De ce fait, l'équipe de Cathebras et Rousset préconise l'utilisation d'échelles et de questionnaires de dépression. Selon eux, ces outils ont le mérite de souligner que la dépression en médecine est moins "masquée" qu'il n'est classique de le dire (cf. plus haut), et que certaines questions posées en permettent assez facilement le diagnostic.

Toutefois ces échelles ne sont pas la seule méthode de dépistage d'un état dépressif chez un patient atteint de maladie organique. Cathebras (11) propose d'autres moyens :

1. encourager (ou au moins ne pas décourager) l'expression de symptômes émotionnels par le patient ;
2. savoir d'autant plus évoquer la dépression que la maladie organique est grave, invalidante ou chronique ;
3. rechercher systématiquement la présence de l'un ou l'autre des deux symptômes majeurs de dépression du DSM-IV : humeur dépressive, diminution de l'intérêt ou du plaisir ;
4. s'aider éventuellement d'échelles courtes, simples et validées, telles que le BDI-13 (échelle dite " de Beck ") ou la HAD (*Hospital Anxiety and Depression Scale*).

Ces moyens pourraient trouver également leur utilité chez des patients présentant des plaintes somatiques pour lesquelles aucune organicité n'a été mise en évidence. Dans une récente mise au point à propos des " symptômes médicalement inexpliqués ", ces mêmes auteurs, Cathebras et Rousset (10), signalent que, tous les jours, des consultations médicales se soldent par le diagnostic de " symptôme fonctionnel ", c'est-à-dire que les plaintes du patient ne relèvent pas d'une pathologie lésionnelle. L'exclusion de l'organicité écarte logiquement le diagnostic de maladie somatique, mais confronte le praticien au problème de conceptualisation de ces états. Effectivement, le consensus terminologique est loin d'être acquis en ce qui concerne l'utilisation des mots " fonctionnel ", " somatisation ", " conversion ", " psychosomatique ", etc.

A propos, précisément, de ces difficultés diagnostiques et de l'intrication entre les troubles somatiques et dépressifs, l'étude de Gregory E. Simon et al. (25) (45) visant à repérer les relations entre dépression et symptômes somatiques démontre que les patients somatisent moins s'ils ont leur médecin attitré.

Les auteurs ont travaillé à partir d'une évaluation de l'OMS sur les problèmes psychologiques dans des centres de soins généraux, conduite en 1991 et en 1992, et consistant en un dépistage de 25 916 patients qui venaient consulter pour des troubles somatiques : céphalées, constipation, fatigue, dorsalgies... Pour 5 447 d'entre eux, on a pu établir un diagnostic précis :

- 10 % de ces patients présentaient les critères d'une dépression majeure.
- 50 % rapportaient une symptomatologie somatique polymorphe inexpliquée.
- 11 % déniaient l'existence d'une dépression dans leurs réponses spontanées au questionnaire.
- 69 % des sujets avec un diagnostic de dépression, posé seulement grâce à l'évaluation ciblée, n'alléguaient que des symptômes physiques.

Ces proportions varient peu suivant les différents centres.

Les somatisations de la dépression semblent également varier peu d'un pays à un autre, ce qui est concordant avec des résultats d'études antérieures. En revanche, les interactions entre les médecins et les patients dépressifs varient considérablement, modifiant l'appréhension que le malade a de ses symptômes et de leur fréquence. Une analyse approfondie montre que l'expression somatique de la dépression est plus fréquente dans les centres où, pour des raisons structurelles, les patients n'ont pas de relation privilégiée avec un praticien, comparativement aux centres où chaque patient a son médecin attitré.

En conclusion, estiment les auteurs, les présentations somatiques de la dépression, tout comme le mode d'expression de n'importe quel autre trouble psychique, ne devraient pas être attribuées aux seules particularités du patient, puisque le contexte de prise en charge joue un rôle considérable.

### **Dépression et comorbidités psychiatriques**

La comorbidité en psychiatrie doit être étudiée en tenant particulièrement compte du fait que les troubles peuvent s'associer aussi bien de façon simultanée que longitudinale. Ce deuxième cas de figure ouvre la voie aux perspectives de prévention. Comme le rappelle Th. Lemperière (30), en pratique, il faut retenir que, par rapport aux troubles isolés, les troubles comorbides ont tendance à être plus chroniques et moins réactifs aux traitements. Ils donnent lieu à une demande de soins plus fréquente. Dans une perspective de prévention, on peut penser, par exemple, que le traitement précoce des troubles anxieux pourrait réduire les risques de survenue de troubles dépressifs ultérieurs.

De nombreux travaux montrent que les troubles dépressifs sont comorbides avec d'autres troubles psychiatriques : troubles de la personnalité (cf. plus haut la section 3 – “ La dysthymie ”), alcoolisme et autres addictions, psychoses. Mais l'association qui pose le plus de problèmes diagnostiques est sans doute la comorbidité dépression et troubles anxieux. Il s'agit d'ailleurs d'un phénomène fréquent puisque, comme le montre l'ensemble des études épidémiologiques, 50 % des déprimés présentent un trouble anxieux comorbide, et 25 % des anxieux présentent un état dépressif comorbide (6) (12)

Le repérage de cette comorbidité n'est guère aisé, les deux entités ayant en commun de nombreux symptômes non spécifiques parfois difficiles à différencier. Dans la pratique quotidienne, certains symptômes sont cependant plus particulièrement évocateurs d'un état dépressif (12) :

- le ralentissement psychomoteur,
- l'anhédonie,
- l'asthénie plus importante en début de journée,
- l'insomnie matinale,
- la perte d'appétit,
- les idées de culpabilité,
- les troubles cognitifs fonctionnels,
- l'idéation suicidaire.

Sachant que l'association dépression-troubles anxieux accroît considérablement le risque de chronicisation et le risque suicidaire, son repérage doit constituer un des objectifs de toute prise en charge.

# **LE RETENTISSEMENT DE LA SYMPTOMATOLOGIE DEPRESSIVE**

## **I – Le retentissement de la dépression sur la famille du patient**

### **La première consultation**

La première rencontre avec le patient peut s'avérer particulièrement intéressante pour le repérage des liens intrafamiliaux. Le fait que le déprimé soit accompagné, voire “ amené ” par un membre de sa famille n'est jamais anodin.

Dans ces situations, le médecin doit éviter de prendre une position systématique de rejet de la consultation “ à deux ”. En fait la question est moins de savoir s'il faut accepter ou non cette présence que d'analyser les raisons pour lesquelles le malade ne vient pas seul. Il faut aussi tenter de comprendre pourquoi c'est ce membre de la famille, et pas un autre, qui le conduit à la consultation.

Le thérapeute doit savoir utiliser ce qu'on lui propose. Ce n'est qu'ensuite qu'il aménagera le cadre le plus approprié à chaque prise en charge.

### **Le déprimé au sein de sa famille**

Avant d'étudier les éventuelles répercussions de la dépression d'un de ses membres sur l'ensemble de la famille, il convient de s'intéresser à la place du sujet dans le système familial. En effet, la dépression peut constituer un symptôme révélateur du fonctionnement (dysfonctionnement...) familial. Dans certaines situations, le thérapeute peut être amené non seulement à diagnostiquer un état dépressif, mais aussi à mettre en évidence l'existence d'un environnement pathogène. Que ce soit au sein du couple (conjugopathies...) ou de la famille au sens plus large.

Dans ces circonstances, il n'est pas rare de rencontrer des personnes pour lesquelles la position dépressive est le seul moyen de se soustraire à un milieu devenu trop insupportable. La pérennisation de ces situations peut expliquer certaines “ dépressions résistantes ” ou des évolutions chroniques. Il est donc essentiel de repérer ces conjonctures avant d'entreprendre une prise en charge qui serait vouée à l'échec si elle visait uniquement la personne déprimée.

## Retentissement de la dépression sur la famille

### 1. Le conjoint du déprimé

En dehors de tout conflit conjugal et/ou familial préexistant, il est indéniable que la dépression d'un des membres est un élément déstabilisant au sein d'une famille. Les études les plus significatives sont celles centrées sur le conjoint du malade, où l'on tente de mesurer les effets du contact quotidien avec un déprimé. L'une des plus connues porte d'ailleurs un titre fort significatif : "Living with a depressed person" (4).

Les résultats sont concordants (8) et soulignent une importante détresse psychologique chez le conjoint. L'un des travaux les plus récents sur le sujet, celui de Dubek (5), semble confirmer que le retentissement n'est pas le même selon qu'il s'agit du mari ou de la femme du déprimé. Dubek a étudié l'impact de la dépression sur les épouses et les époux de patients dépressifs, en les comparant à un groupe témoin. Grâce à cette étude, nous apprenons d'ailleurs l'existence d'une échelle d'évaluation des relations maritales, la *Dyadic Adjustment Scale*, qui a été utilisée conjointement avec la HDRS et l'échelle de Beck. Les épouses d'hommes dépressifs révélaient plus de symptômes dépressifs et de moins bonnes relations de couple que les époux des femmes dépressives. A l'inverse des hommes, les variables chez les femmes étaient corrélées à la sévérité de la dépression du conjoint dépressif.

Ces résultats contrastent avec l'enquête de Mérinkangas (10), souvent référencée, sur des couples dont l'épouse s'était remise d'un épisode dépressif. Dans les trois ans qui ont suivi la fin de l'accès, on a constaté un taux de divorce huit fois supérieur à celui de la population générale.

Sans qu'on les prenne au pied de la lettre, ces résultats permettent de mieux orienter les prises en charge, surtout en thérapie de couple.

En ce qui concerne la libido du déprimé, on sait que les troubles sexuels, sans être indispensables au diagnostic, font partie du tableau clinique de la majorité des états dépressifs majeurs. Leur fréquence est d'ailleurs difficile à évaluer. Depuis les travaux de Monteiro (2), il semble démontré que la plupart des patients déprimés ne rapportent pas spontanément des troubles sexuels. Ils ne le font que si on le leur demande directement et de façon spécifique.

Quant au type de trouble, bien que des impuissances, des troubles de l'éjaculation et des anorgasmies puissent être présents, le symptôme le plus fréquent est la baisse de la libido. Effectivement, la perte de l'intérêt sexuel avec limitation des initiatives érotiques est le dysfonctionnement le plus souvent observé autant chez l'homme que chez la femme. Ces troubles sont présents dès le début de l'épisode dépressif, ce qui peut expliquer que l'effet iatrogène de certains antidépresseurs sur la fonction sexuelle puisse passer inaperçu pour le patient dans un premier temps. Le malade ne s'en plaindra, en fait, que lorsqu'il ira mieux et retrouvera un élan érotique qui peut être contré par les effets secondaires de certains médicaments. Les inobservances dues à ce type de problème ne sont pas rares. De là la nécessité d'évoquer assez précocement dans la prise en charge ces questions auxquelles le conjoint doit être associé.

## 2. Les enfants du déprimé

Bien qu'il soit difficile de faire la part des choses entre la composante génétique et les aspects environnementaux, tous les auteurs signalent que les enfants de parents déprimés présentent plus souvent des troubles psychiques que les groupes témoins.

Une publication récente (14) sur un suivi de 10 ans montre chez ces enfants un risque trois fois plus élevé de troubles de l'humeur et de phobies, et cinq fois plus élevé de trouble panique et de dépendance alcoolique que chez des enfants de parents non déprimés.

Comme la dépression ne retentit pas de la même façon sur le conjoint, selon qu'il s'agit d'un homme ou d'une femme, la dépression ne retentit pas non plus de la même façon sur les enfants, selon qu'il s'agit d'un père ou d'une mère ; pas plus qu'elle ne retentit de la même façon à tous les âges de l'enfance et de l'adolescence.

Aux premiers mois de la vie, le bébé peut être exposé à l'échec des régulations lié à une dépression maternelle du post-partum. Weinberg décrit l'enfant de mère déprimée, dès avant 1 an, comme ayant des affects moins positifs, paraissant plus replié sur lui-même, moins attentif, et présentant un faible niveau d'activité psychomotrice (12).

Dans la série de Keller (9), 24 % des enfants âgés de 1 an nés de mère déprimée manifestent des troubles de l'interaction. Plus récemment, il a été montré que 40 % des enfants de parents ayant présenté des troubles affectifs autour de la naissance reçoivent un soin psychiatrique au cours de leur vie d'adulte (1). Considérant la conséquence de la dépression du post-partum sur le développement des enfants comme un paradigme illustrant le rôle d'un facteur agissant précocement sur l'enfant et orientant en partie son devenir (11), certains auteurs rapportent que la dépression maternelle serait transmissible au nouveau-né au cours des échanges interactifs précoces (6). D'autres établissent un lien étiologique direct entre dépression maternelle et dysharmonie interactive précoce, traduite par la négativité des réactions du nouveau-né (3). De nombreuses études mettent ainsi l'accent sur une corrélation possible entre la dépression du post-partum et le développement potentiel de troubles psychopathologiques chez l'enfant, corrélation qui justifie l'intérêt pour des interventions thérapeutiques multimodales auprès de dyades mère déprimée-bébé.

D'autres études confirment les intuitions cliniques relevant la forte prévalence de troubles affectifs, de troubles anxieux et d'alcoolisme chez les parents du premier degré d'enfants et d'adolescents déprimés. Un risque plus important de dépression et d'autres désordres psychopathologiques (troubles déficitaires de l'attention, angoisse de séparation) est notée chez les enfants et les adolescents de sujets adultes déprimés, sans qu'il soit retrouvé de différence au niveau du *sex ratio* des enfants. Par contre, il semble que l'âge auquel le diagnostic de dépression est posé se situerait autour de 12-13 ans pour les enfants de parents déprimés, alors qu'il se situerait plutôt après 15 ans pour les enfants de parents non déprimés (13).

Tous les travaux convergent pour mettre en évidence l'influence primordiale des relations parents-enfants sur le développement de troubles dépressifs chez les enfants, depuis l'enfance jusqu'à l'adolescence. L'étude de la dynamique familiale chez les enfant déprimés conduit à s'interroger sur l'existence d'interactions familiales singulières et parfois à découvrir une symptomatologie dépressive chez l'un des parents. Le temps de l'adolescence est marqué par d'importantes transformations tant physiques et biologiques que psychologiques. Avoir un ou des parents déprimés à cet âge ne favorise sans doute pas un développement harmonieux à travers les mouvements identificatoires et contre-identificatoires (7). Le pronostic des troubles dépressifs survenant chez l'enfant et chez l'adolescent serait corrélé plus souvent à une dépression maternelle chronique qu'à une dépression paternelle. De là la précaution nécessaire de rencontrer les enfants du déprimé afin de ne pas ignorer un autre processus dépressif dans la famille.



## II – Le retentissement professionnel

### Le diagnostic de dépression

En présence d'une dépression, le médecin du travail se trouve confronté, comme ses collègues des autres disciplines, d'abord au problème de la reconnaissance du trouble, et ensuite à la difficulté de porter un diagnostic fiable.

A ces difficultés communes s'en ajoutent trois autres, que l'on peut considérer comme spécifiques à la médecine du travail :

- **La première vient de l'existence de tableaux cliniques ou de situations qui semblent spécifiques à la médecine du travail**, par exemple la “ dépression post-traumatique ”, la “ dépression postaccidentelle ”, le “ syndrome d'épuisement professionnel ” ou “ burn-out ”, etc.
- **La deuxième est due à une évolution des mentalités en ce qui concerne la reconnaissance de l'existence d'agressions en tout genre dans les domaines familial, professionnel ou autre, et de leur rôle pathogène.** Cela donne même lieu à l'essor d'une discipline telle que la victimologie.  
Dans ce contexte, des concepts comme celui de “ harcèlement moral <sup>2</sup>” engagent le médecin du travail, car le milieu professionnel n'échappe pas à ce genre de comportements. Les troubles dépressifs en sont souvent une des conséquences pour ceux qui en sont victimes.
- **La troisième difficulté consiste à trouver une référence sémiologique et nosographique commune** aux médecins généralistes et aux psychiatres d'un côté et aux médecins du travail de l'autre.

Voici l'analyse détaillée de chacune de ces trois difficultés.

### **Spécificité sémiologique des troubles dépressifs rencontrés par les médecins du travail**

Plus qu'une expression symptomatique particulière, ces entités cliniques ont en commun le fait d'être favorisées, dévoilées ou provoquées par un environnement ou des circonstances particulières. Il s'agirait d'un type particulier de dépression réactionnelle.

---

<sup>2</sup> Voir aussi chapitre « Peut-on prévenir les états dépressifs ? »

Cela pose deux questions, aussi controversées l'une que l'autre :

- l'identification d'entités cliniques spécifiques dont le déterminisme étiologique pourrait être imputé au milieu professionnel ;
- l'éventuelle existence de “ populations à risque ” tels que les enseignants, les forces de l'ordre (vague de suicides parmi les policiers en 1998-99...) les personnels soignants. (10) (11)

En ce qui concerne la première question, l'abondante littérature autour du *burn-out* (épuisement professionnel, surmenage) a largement contribué à répandre l'idée de l'existence d'un lien de causalité entre certaines conditions de travail et un trouble psychique spécifique. La description et la médiatisation d'une forme clinique extrême comme le *karōshy* japonais (mort par excès de travail) n'a fait que renforcer cette conception. (9)

Divers travaux (6) ont signalé les difficultés à élaborer une méthodologie d'évaluation de l'épuisement professionnel qui puisse échapper à la subjectivité individuelle. Effectivement, dès qu'il s'agit d'étudier les rapports entre le travail et la santé, tout essai d'objectivation et de systématisation doit tenir compte des différents assemblages possibles entre tous les paramètres.

On peut identifier trois cas de figure, qui nous permettront de mieux repérer les positions théoriques des divers auteurs :

- décompensation de pathologies mentales préexistantes,
- révélation de fragilités personnelles,
- apparition de troubles psychiques directement liés au milieu professionnel.

Pour ce qui est des deux premières éventualités, il existe un large consensus sur le fait que le travail peut constituer un milieu pathogène pour des sujets préalablement malades ou fragiles.

La troisième proposition soulève la question incontournable de l'existence de maladies professionnelles psychiques. Ce qui revient à mettre en évidence la “ *relation directe et essentielle* ” entre les conditions de travail et ces affections (voir plus bas). Nombreux sont les auteurs qui refusent toute idée de trouble psychique spécifique. Dejours (4) fait partie de ceux qui ont le plus travaillé sur ces aspects psychopathologiques. Selon lui, “ *contrairement à ce que l'on pourrait imaginer, l'exploitation de la souffrance par l'organisation du travail ne fabrique pas de maladies mentales spécifiques* ”. Il énumère les éléments qui favorisent l'apparition d'une décompensation en milieu professionnel :

*“ Trois composantes du rapport homme-organisation du travail peuvent être prises en compte : la fatigue, qui fait perdre à l'appareil mental la souplesse de ses rouages ; le système frustration-agressivité réactionnelle, qui laisse sans issue une part importante de l'énergie pulsionnelle ; l'organisation du travail en tant que courroie de transmission d'une volonté étrangère qui s'oppose aux investissements pulsionnels et aux sublimations. ”*

## **Rôle pathogène du milieu professionnel**

De tout temps, le médecin du travail s'est occupé de la réintégration dans le milieu professionnel de personnes souffrant de troubles dépressifs. Les différents aménagements (mi-temps thérapeutiques et autres) mis en place pour faciliter la reprise de ces patients sont bien connus. On savait également que certaines conditions de travail pouvaient aggraver, voire précipiter certains états dépressifs chez des sujets particulièrement vulnérables.

Depuis quelques années, les relations entre la dépression et le monde du travail ne se résument pas à ces situations. A l'instar de ce qui s'était déjà produit, de façon plus large, pour les troubles dépressifs et l'environnement social, le monde du travail est mis en accusation de façon de plus en plus explicite (5). Le fonctionnement (dysfonctionnement ?) de l'entreprise ne serait qu'un révélateur d'une situation générale. Il ne ferait que refléter la pression sociale environnante.

Tout comme on affirme ça et là que la dépression (mal du siècle) peut avoir une origine sociale, on prétend également que ce trouble devrait être considéré, dans certaines circonstances, comme une maladie professionnelle.

Le médecin du travail se trouve confronté à une situation dans laquelle on lui demande non seulement d'authentifier la nature dépressive des troubles, mais aussi d'évaluer l'effet pathogène de la situation (professionnelle) qui a pu les provoquer.

Si, depuis des années, de nombreuses publications (1) (12) sur la dépression en milieu professionnel témoignent de l'intérêt de la discipline pour ce thème, des travaux plus récents montrent une évolution des mentalités dans ce domaine.

Citons le *Mémoire DES Médecine du travail* soutenu à l'université de Lille-II en 1999 par Carboni Sauvage (2) sur la “ Place du médecin du travail dans la prise en charge du harcèlement moral en milieu professionnel ” ; les diverses interventions sur le sujet lors du dernier Congrès national de médecine du travail qui a eu lieu à Lille du 6 au 9 juin 2000, comme celle du Pr Vezina (Québec) à propos de la “ Violence au travail ” ; les nombreux thèmes des communications au cours de ce même congrès, “ Stress et état dépressif chez les professionnels de la vente, relations santé-travail ”, “ Enquête sur le harcèlement moral ”, “ Démarche évaluative du stress en entreprise – Rôle de conseil et d'alerte du médecin du travail ”.

## **La notion de harcèlement moral**

Suite à l'évolution de leur rôle premier, les médecins du travail se trouvent actuellement dans une position où ils peuvent identifier en priorité les situations professionnelles (le harcèlement) pouvant être à l'origine d'une détresse psychologique conduisant éventuellement à une dépression. Leur rôle de prévention est donc renforcé (cf. le chapitre " Peut-on prévenir les états dépressifs ? "). Pour que ce rôle soit non seulement légitime, mais valide sur le plan scientifique, il leur faudra parfois apporter la preuve de l'existence d'un lien de causalité entre un événement (harcèlement) et une maladie (dépression).

A ce sujet, on peut se demander si l'impact médiatique d'un livre comme *Le harcèlement moral : la violence perverse au quotidien* de Hirigoyen (7) n'a pas contribué à valider, en quelque sorte, cette relation de causalité. Il ne faut pas oublier que ces notions étaient déjà bien acquises du côté anglo-saxon, comme le prouve ne serait-ce que le titre très explicite du livre *Mobbing : la persécution au travail* de Leymann (8), dont la traduction française est parue deux ans avant le livre de Hirigoyen. Signalons également l'importance de la création, ou du choix d'un terme comme *mobbing*, qui devient une sorte de consensus terminologique pour désigner et homologuer scientifiquement l'événement vital (*life event*) à l'origine d'un trouble psychique.

A ce sujet, les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP), qui s'occupent de la reconnaissance des maladies professionnelles en dehors de la procédure des tableaux de maladies professionnelles indemnifiables (MPI), n'ont jamais admis actuellement que la dépression, pas plus que le stress, puisse être considérée comme une maladie professionnelle. Ils estiment qu'on ne peut pas démontrer l'existence d'une " *relation directe et essentielle* " entre les conditions de travail et ces affections. Jusqu'à présent donc, ces commissions n'ont pas validé ce lien de causalité.

## **Relations entre médecins généralistes, psychiatres et médecins du travail**

Sachant les difficultés que psychiatres et médecins généralistes rencontrent lorsqu'il s'agit de la mise au point ou du partage d'outils diagnostiques pour les troubles thymiques, on imagine aisément que les relations entre les représentants des trois disciplines ne soient pas toujours faciles.

Lorsque l'un des trois intervenants conteste le bien-fondé d'une décision prise à l'encontre d'un patient commun, on est en droit de se demander s'ils partagent tous trois la même vision du malade, s'ils ont porté le même diagnostic.

Effectivement, une des principales difficultés consiste à trouver un langage commun, des références sémiologiques communes.

Il faut se demander également s'ils partagent la même vision du poste de travail. Il ne faut pas oublier qu'il ne s'agit pas de savoir si un individu est capable de travailler, mais plutôt s'il est apte à occuper un poste déterminé. C'est justement l'objectif du médecin du travail que de veiller à l'adéquation entre un salarié et la tâche qu'il doit

effectuer. Sa mission est “ *d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail* ”.

En somme, deux étapes concomitantes seront indispensables pour parvenir à une meilleure collaboration entre les différents intervenants :

- la mise en commun de l'information concernant l'état de santé du sujet ainsi que les caractéristiques et les circonstances de son exercice professionnel,
- une meilleure spécification des rôles de chacun et des étapes d'intervention.

Etant donné le manque de critères diagnostiques facilement objectivables (biologiques, radiologiques...) et les caractéristiques évolutives particulières de la maladie dépressive, la prise en charge des patients qui en sont atteints confronte chaque soignant aux limites des prises de décision individuelles et à la nécessité du travail d'équipe.

L'analyse des notions d'aptitude-inaptitude nous permettra justement de mieux repérer les différents rôles et les articulations nécessaires afin de parvenir à une meilleure collaboration.

### **Aptitude/inaptitude et retour au travail**

Il faut distinguer l'aptitude au travail, qui est une notion générale, jugée sur l'état de santé de quelqu'un, et l'aptitude à un poste donné.

**L'aptitude au travail.** La personne est apte à travailler, car rien chez elle ne justifie qu'elle soit mise au repos. Elle peut exercer une activité sans que celle-ci soit définie. Le médecin traitant ou le médecin conseil peuvent juger une personne apte à reprendre une activité professionnelle mais doivent orienter le patient vers le médecin du travail pour évaluer son aptitude à un poste de travail précis.

**L'aptitude à un poste donné.** La détermination de l'aptitude d'un salarié à un poste de travail est une obligation et un privilège exclusifs du médecin du travail. Le médecin du travail doit pouvoir évaluer si le salarié a les capacités physiques et mentales qu'exige l'exécution d'un travail précis ; pour cela, il doit connaître le contenu du travail grâce à l'étude et à la visite systématique du poste et des lieux de travail.

La réglementation (code du travail) fait obligation au médecin du travail de se prononcer sur l'aptitude de chaque salarié à tenir son emploi, tant à l'embauche qu'en visite médicale systématique annuelle et en visite de reprise après accident du travail ou maladie.

A l'heure actuelle, la rémission de la symptomatologie dépressive n'est pas le seul élément qui doit être pris en compte lors de la reprise du travail. La poursuite d'un traitement psychotrope est de plus en plus habituelle chez les personnes qui renouent avec leur activité professionnelle après une dépression. Effectivement, la frontière entre les domaines thérapeutique et prophylactique devient presque invisible depuis qu'on utilise les antidépresseurs au long cours, au-delà de

l'amélioration du tableau clinique qui a été à l'origine de la prescription initiale. (Cf. " Le suivi du patient " et " Arrêts des prises en charge ")

De ce fait, l'évaluation d'éventuels effets secondaires sur la vigilance devient incontournable, tout particulièrement lorsque le poste de travail implique la manipulation de machines, la conduite d'engins, etc. et peut parfois entraîner des problèmes d'aptitude et de reprise de travail

En outre, actuellement, le médecin du travail ne se cantonne plus aux purs aspects réglementaires. De par sa position et sa disponibilité, il se trouve souvent dans une position d'écoute des salariés qui exposent leurs difficultés, leurs souffrances, leurs pathologies et qui concluent souvent leurs confidences en disant : " *Surtout, docteur, ne dites rien, ne faites rien.* " Ce lien, dans la pratique, entre aménagement, inaptitude et risque de perte d'emploi, peut constituer un obstacle à la tenue d'une réelle attitude préventive de la part de la médecine du travail. (3)

La fragilisation des salariés de ce côté-là est extrêmement pesante, et tout spécialement pour ceux qui souffrent de troubles dépressifs, en particulier lors de la reprise de travail. Ici, l'aspect réglementaire (certificat d'aptitude) est intriqué avec la démarche thérapeutique puisque la réaction du collectif joue un rôle non négligeable dans la réintégration du salarié. Effectivement, le retour d'un patient au travail après une expérience dépressive confronte tous les intervenants, y compris les collègues de travail, à la question de la place de l'individu dans l'entreprise, dans la collectivité. On observe souvent des dynamiques de groupe très diverses qui vont jouer un rôle déterminant dans cette réintégration. En voici quelques exemples :

- Des personnes désireuses de reprendre leur travail mais craignant que leurs collègues n'apprennent la raison de leur arrêt. La fameuse peur de " passer pour un fou " est souvent évoquée par des patients ayant effectué des séjours en hôpital psychiatrique.
- Des mouvements spontanés de support collectif où le groupe se montre solidaire et " protecteur ". Souvent, c'est la transmission de l'expérience personnelle (ou celle d'un proche) d'un des collègues qui contribue à informer le groupe sur la nature des troubles dépressifs.
- Certains groupes, conscients de vivre des situations de travail pénibles ou particulières mettent en place un mécanisme psychologique spécifique appelé par Dejours (4) " l'idéologie défensive de métier ". Lorsque l'un des siens souffre de dépression, le groupe ne réagit pas toujours de la même façon. Lorsqu'il considère le milieu du travail comme responsable de cette maladie, le collectif se montre particulièrement accueillant, partant du principe que n'importe quel membre aurait pu se trouver à la place du malade. En revanche, si le groupe considère le collègue comme " faible " et pas capable de " tenir " aussi bien que les autres, l'attitude de rejet peut se manifester.

## CONCLUSION

Récemment, la grande médiatisation de certaines affaires de harcèlement moral en milieu professionnel a mis en lumière un des aspects de la relation de l'homme à son travail : celui d'un éventuel rôle pathogène de certaines situations pouvant être à l'origine de troubles psychiques.

L'importance ainsi que l'ampleur de ce phénomène ne sauraient résumer la question de la dépression en milieu professionnel. Ce qui est pathogène pour les uns peut s'avérer salubre pour les autres : une reprise du travail aménagée (mi-temps thérapeutique, par exemple) peut contribuer à l'amélioration de l'état de santé de certains patients déprimés, tout en diminuant le risque de désinvestissement, voire de désinsertion professionnelle.

Les médecins du travail n'ont pas attendu la médiatisation des récentes affaires de harcèlement moral pour accepter de s'occuper de questions extrêmement diverses qui relèvent de disciplines distinctes (3). Ce qui revient à se poser la question de la place spécifique des médecins du travail.

Ainsi, dans le contexte actuel, le rôle du médecin du travail ne peut plus être limité aux questions d'aptitude-inaptitude, car il se trouve à un carrefour autant sémiologique que relationnel. Effectivement, la prise en charge de la dépression en milieu professionnel implique, d'un côté, la prise en compte de facteurs psychopathologiques, familiaux, environnementaux et même juridiques, et, de l'autre, l'articulation avec les médecins généralistes, les psychiatres et les employeurs. Il s'agit donc d'un réel défi que les acteurs de la médecine du travail se proposent de relever avec l'ensemble des intervenants du monde de la santé.

## **LES TRAJECTOIRES EVOLUTIVES**

### **Rémission partielle, rechute ou récurrence, aggravation**

#### **Introduction**

La dépression est une maladie spontanément réversible et curable.

La référence traditionnelle est l'accès dépressif de la maladie maniaco-dépressive. L'évolution naturelle de cet épisode dépressif implique sa résolution en un laps de temps de six à huit mois. Cette durée peut varier, selon les formes cliniques isolées dans la nosographie actuelle, de deux à trois jours pour des dépressions sévères et extrêmement soudaines et imprévisibles, caractérisées par Angst sous le nom de "dépressions récurrentes brèves", à plus de deux ans pour les formes chroniques, en particulier la "dysthymie". (25)

Cette évolution naturelle de l'accès peut être écourtée à un ou deux mois grâce aux moyens thérapeutiques (biologiques ou psychologiques) qui ont déjà fait la preuve de leur efficacité.

Ces deux notions, réversibilité spontanée et curabilité en une proportion très élevée (de 50 % à 90 % selon les méthodes de soins employées), confortent l'idée classique de la dépression comme étant une maladie de bon pronostic.

Cependant, son caractère récurrent, son impact péjoratif aux niveaux familial, social et professionnel, ainsi que les risques qu'elle fait courir aux personnes qui en souffrent, notamment le risque suicidaire, mettent en question la bénignité de la maladie dépressive en introduisant une nouvelle perspective sur son évolution à long terme. (38)

Les données épidémiologiques soulignent l'importance des récurrences dépressives (50 % dans les deux ans suivant un premier épisode), mais aussi celle de la chronicisation (20 %), des rémissions partielles (15 % à 20 %), voire de la "bipolarisation" d'un trouble unipolaire (10 % à 15 %). (16)

Il importe de préciser la définition d'un certain nombre de termes concernant les modalités évolutives de l'épisode dépressif qui sont souvent utilisés de manière approximative.

Le texte de l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM) contenant des recommandations et références médicales sur les médicaments antidépresseurs (8) a proposé les définitions suivantes :

- " Une rémission partielle correspond à une période pendant laquelle est observée une amélioration d'un niveau tel que l'individu n'a plus les critères symptomatiques nécessaires pour que soit retenu le diagnostic d'épisode dépressif majeur (NDLR : caractérisé) tout en conservant certains symptômes de la maladie.



- Une rémission complète est une période durant laquelle est observée une amélioration d'une qualité suffisante pour que l'individu soit considéré comme asymptotique.
- La guérison est une rémission complète pendant une durée suffisante (en théorie, égale ou supérieure à six mois).
- La rechute se définit par la réapparition de symptômes dépressifs avant la guérison. Une rechute survient dans le cours évolutif d'un même épisode pathologique (de l'ordre de quelques mois).
- La récidive (ou récurrence) correspond à la réapparition d'un nouvel épisode dépressif après guérison du précédent. ”

Il convient de rappeler que ces stades évolutifs de la dépression ont été définis et utilisés dans les études longitudinales selon des critères variables d'un auteur à un autre, et correspondent en général à des “ scores ” aux échelles d'évaluation, en fonction d'une certaine durée. Ainsi, à l'échelle de dépression de Hamilton (une des plus utilisées), qui comporte dix-sept items, le sujet dit “ guéri ” correspond à un score inférieur ou égal à 7, sur une durée supérieure ou égale à six mois, ce qui n'exclut pas la persistance d'une certaine symptomatologie.

## Formes évolutives spécifiques

L'évolution naturelle de la maladie dépressive tend à la répétition des épisodes. Le nombre médian d'accès dépressifs sur un suivi de vingt ans ou plus est estimé à quatre ou six. Avec le temps, les récurrences tendent à se rapprocher. (11)

Quand les moments pathologiques se succèdent d'une manière fort rapprochée, les états de rémission sont très imprécis et, dans certains cas, le fonctionnement inter-épisode est émaillé de signes résiduels, complications dépressives, aménagements de la personnalité et/ou maladies intercurrentes.

Cela peut donner lieu à des formes spécifiques d'évolution que la nosographie psychiatrique tend à identifier (surtout pour des besoins inhérents à la recherche épidémiologique), ou à des tableaux cliniques extrêmement complexes dans lesquels la dimension dépressive risque de ne plus être apparente à l'examen du clinicien.

## Evolutions bipolaires

Un certain nombre de maladies unipolaires peuvent montrer une évolution bipolaire au fil de leur progression, ce qui remet en question le diagnostic initial. Les facteurs prédictifs d'une telle évolution seraient : la récurrence rapprochée des accès, les antécédents familiaux de bipolarité, l'existence d'accès avec caractéristiques psychotiques, le début de l'accès dépressif en période de post-partum ou à un âge précoce (avant 25 ans) et l'antécédent d'un virage de l'humeur sous antidépresseur. (11) (43)

### **Dépressions brèves récurrentes**

Le concept de “ dépression brève récurrente ” fut introduit en 1929 par Paskind, qui fit remarquer l'existence des phases d'humeur dépressive intenses quant à leur gravité clinique et de courte durée (de quelques heures à quelques jours).

En 1990, Angst (10) proposa des critères diagnostiques : épisode dépressif majeur de gravité légère, moyenne ou sévère, d'une durée inférieure à deux semaines apparaissant chaque mois, au moins pendant une année. La prévalence sur un an est estimée à 5 % et la prévalence sur la vie à 16 %. Les dépressions brèves récurrentes (DBR) ne sont pas une maladie indépendante, mais représentent une forme d'évolution particulière de la dépression. Les DBR sont donc fréquemment associées à d'autres formes de dépression, notamment l'épisode majeur (EDM). Les DBR sont hautement corrélées à des troubles de la personnalité, en particulier de type *borderline*. (9) (10)

Les DBR entraînent des conséquences sociales aussi importantes que celles causées par l'EDM, la plus grave étant l'augmentation du risque de suicide.

### **Doubles dépressions**

La notion épidémiologique de double dépression fait référence à l'association d'une dépression majeure (caractérisée) à une dysthymie.

Cette association manifeste une sévérité particulière et semble favoriser le potentiel de récurrence et de chronicisation, voire même de résistance thérapeutique.

Certains auteurs font référence à une forme qui associe à la double dépression des épisodes de dépression brève récurrente (“ triple dépression ”).

### **Dépressions saisonnières**

Les recherches en chronobiologie s'intéressent à ce type particulier de récurrence dépressive liée aux changements de saison. Le début de l'épisode dépressif survient habituellement entre octobre et décembre (pour l'hémisphère Nord) avec des rémissions régulières entre mi-février et mi-avril, lesquelles peuvent atteindre une certaine allure hypomaniaque.

Ce diagnostic doit être exclu s'il existe des facteurs psychosociaux, telle l'absence régulière de travail à cette époque de l'année, liés à l'effet saisonnier.

Cette forme évolutive serait particulièrement sensible à certains traitements spécifiques tels que la photothérapie.

Le retentissement social de ces dépressions est en général modéré mais patent. Les dépressions saisonnières représenteraient de 16 à 38 % des dépressions récurrentes hospitalières. (33)

## Dépressions chroniques et résistantes

Malgré l'absence de consensus sur la définition des dépressions chroniques, les critères diagnostiques généralement retenus sont de deux ordres, à savoir une durée de deux ans et la persistance d'une symptomatologie dépressive suffisante constatée à plusieurs reprises. Pendant cette période, les troubles dépressifs sont continus ou discontinus (intervalles de quelques jours) et l'altération du fonctionnement socioprofessionnel est patente. (3)

Dans une dépression qui se chronicise, il y a donc des phases d'amélioration. Il s'agit de patients qui allaient très mal, qui bénéficient progressivement d'un traitement antidépresseur, mais qui, à la fin de ce traitement bien conduit et bien suivi (qu'il y ait ou non arrêt), gardent des troubles à indice thymique, d'intensité variable. Ces patients ne retrouvent pas l'état normothymique. Une nouvelle stratégie thérapeutique s'impose alors qui consiste à chercher les moyens de potentialiser l'effet antidépresseur.

La notion de chronicité peut englober différentes entités nosographiques. Le groupe des dépressions chroniques représente donc en soi une population hétérogène sans classification définitivement admise.

Akiskal a proposé en 1983 (40) une distinction schématique en fonction de l'âge de début. Les dépressions chroniques à début précoce (avant 25 ans) sont appelées "dépressions caractérologiques" et présentent un début insidieux et une évolution fluctuante. Ces formes cliniques comprennent, selon une discrimination pharmacologique, des pathologies du spectre du caractère (*character spectrum*), à situer dans les troubles de la personnalité qui répondent mal aux antidépresseurs, et des pathologies dysthymiques subaffectives (*subaffective dysthymic disorders*), associées aux troubles de l'humeur et à une réponse plus favorable aux antidépresseurs.

Les dépressions chroniques à début tardif (au-delà de 25 ans) comprennent les dysphories secondaires à une affection organique ou psychiatrique et les dépressions chroniques unipolaires primaires.

Une dépression "résistante" est une dépression que le praticien n'arrive pas à guérir avec les moyens thérapeutiques standards. Il s'agit d'un malade chez qui la thérapeutique va peut-être reculer le risque suicidaire, modifier certains symptômes mineurs, mais sur lequel le traitement n'est pas suffisamment actif pour qu'il y ait vraiment une amélioration.

La définition suivante a pu être proposée : " Une dépression sera considérée comme résistante au traitement à partir du moment où l'on sera en mesure de constater l'échec de deux traitements avec deux médicaments correspondant à deux familles d'antidépresseurs et lorsque ces deux traitements auront été réalisés de façon séquentielle, à dose suffisante et pendant une durée adéquate d'au moins un mois, avec une surveillance correcte de l'observance et de la compliance pour les deux médicaments successifs. " (3)

Comme pour les autres formes de dépression chronique, des stratégies thérapeutiques spécifiques s'imposent.

## **Facteurs déterminants**

Plusieurs facteurs interviennent pour influencer ces issues évolutives, facteurs "protecteurs" ou "fragilisants", que ce soit au niveau neurobiologique, psychologique ou social.

Parmi les facteurs de risque de rechute et de mauvaise évolution, on distingue : l'association de la dépression avec d'autres troubles psychiatriques, l'existence de pathologie organique associée, la structure de la personnalité, la prise en charge partielle du trouble, l'âge, le sexe, le statut marital, le niveau socioéconomique, les événements stressants et les difficultés de vie, la qualité du support social, la sévérité et la durée de l'épisode dépressif, les antécédents d'épisodes antérieurs personnels et familiaux. (3) (16)

### **1 – Association de la dépression avec d'autres troubles psychiatriques**

#### **– La consommation des produits toxiques**

C'est un phénomène fréquent, qui constitue un facteur aggravant du tableau dépressif et de ses complications, dont la plus grave est le suicide.

Un patient déprimé qui a une consommation abusive d'alcool, ou qui en est dépendant, récidive plus facilement.

Cela est vrai aussi pour les **drogues** en général, car les toxicomanies associées à des troubles dépressifs augmentent les probabilités de rechute. En effet, la dépression est, selon les quelques rares études existantes, le trouble mental le plus fréquemment associé à la toxicomanie, les polytoxicomanes présentant plus de troubles dépressifs que les patients dépendants à un seul produit. (31)

Les liens cliniques et psychopathologiques entre l'usage de substances toxiques et la dépression sont d'influence réciproque et il est souvent difficile de distinguer avec précision quel trouble a précédé l'autre, de déterminer si les troubles de l'humeur observés sont la cause, la conséquence ou les séquelles d'un usage de toxiques.

Ce type de comorbidité a beaucoup été étudiée, principalement en ce qui concerne l'association entre l'**alcool** et la dépression.

Les enquêtes épidémiologiques confirment sa fréquence élevée. D'après ces études, la dépression primaire compliquée d'alcoolisation est plus rare (sauf pour les femmes) que la dépression secondaire à une alcoolodépendance. 80 % des alcooliques présentent des symptômes dépressifs et un tiers d'entre eux une dépression caractérisée ; si bien que le DSM-IV distingue une nouvelle catégorie clinique, le "trouble de l'humeur induit par la consommation d'alcool".

Cependant, en dehors des problèmes critériologiques de diagnostic et de méthodologie utilisés dans ces études, il est fréquent d'observer dans la pratique des complications de l'épisode dépressif par alcoolisation, l'alcool étant alors utilisé comme un " autotraitement " pour échapper à des sentiments d'ennui, de tristesse, de découragement, et pour oublier, même transitoirement, des préoccupations anxio-dépressives.

Chez les femmes, cette alcoolisation s'observe souvent dans des situations d'abandon, de deuil, d'isolement affectif et social.

D'un point de vue clinique, le tableau de la dépression primaire compliquée d'alcoolisme ne diffère pas beaucoup des autres dépressions et sa caractéristique principale est de perdurer au-delà des effets du sevrage. Dans la dépression induite par la dépendance à l'alcool, le tableau peut être typique ou intriqué avec la présentation symptomatique de l'alcoolisme, notamment pour ce qui est de l'état dysphorique avec troubles du caractère. (32)

En tout état de cause, l'alcoolisme fragilise le patient dépressif et le rend vulnérable. Il rend plus difficile aussi la prise en charge de la dépression, laquelle impose une désintoxication préalable.

En effet, dans toutes les formes de dépression associées à une consommation pathologique d'alcool, le sevrage doit précéder le traitement de la dépression (celui-ci peut même s'avérer suffisant dans 80 % des dépressions secondaires).

On observe aisément dans la pratique qu'un sujet qui boit de l'alcool sera moins bien soulagé par le traitement. Le résultat ne sera donc pas le même, au moins dans l'immédiat.

La prise en charge sera également plus difficile parce qu'il est couramment observé, chez ces patients qui continuent l'alcoolisation sans tenter le sevrage, qu'au moment où ils vont bien, ils ont tendance à augmenter les doses d'alcool au moindre stress et que ce phénomène aggrave leur vulnérabilité. Plusieurs facteurs, de types biologique, psychologique et social, interviennent dans cette vulnérabilisation. De plus, l'intoxication alcoolique chronique réduit les capacités d'adaptation aux situations de stress.

Certains patients, qui développent avec le temps un véritable alcoolisme, " traînent " des troubles thymiques dont le caractère bipolaire peut être parfois suspecté ; ces patients sont particulièrement difficiles à traiter. Quand ils vont mal, ils s'automédiquent en prenant des tranquillisants, de l'alcool et l'antidépresseur, d'une manière anarchique, comme s'il s'agissait d'un traitement symptomatique !

L'alcoolisation peut donc s'avérer un facteur de résistance au traitement ; c'est une observation facile à faire en clinique. On peut évoquer, entre autres raisons, l'effet dépressogène intrinsèque de l'alcool.

Les patients déprimés qui n'arrivent pas à se sevrer et qui finissent par être tout de même traités par antidépresseur parce qu'il y aurait danger à ne pas le faire n'atteignent pas toujours l'état de rémission complète.

## – **La coexistence de troubles anxieux**

Les données de la littérature suggèrent que l'association de la dépression et des maladies anxieuses (troubles paniques, phobie sociale, anxiété généralisée, trouble obsessionnel compulsif), bien qu'elle demeure mal établie, est fréquente : 50 % des déprimés présentent un trouble anxieux concomitant, et 25 % des anxieux présentent un état dépressif. (15)

La dixième version de la Classification internationale des troubles mentaux (CIM) (11) a reconnu l'autonomie du trouble mixte anxio-dépressif, constitué des symptômes anxieux et dépressifs moins intenses, et qui restent subsyndromiques.

La nature des liens entre la symptomatologie anxieuse et la symptomatologie dépressive est encore sujet de débat.

La plupart des études, cependant, sont concordantes pour attribuer à cette comorbidité la responsabilité d'un pronostic à long terme moins bon que celui que connaîtraient ces troubles de manière isolée. (22)

Plusieurs aspects de cette association syndromique entravent la résolution de l'épisode dépressif et influencent son cours ultérieur. En effet, la comorbidité anxieuse favorise une certaine résistance au traitement médicamenteux, majore l'intensité du tableau dépressif, fragilise le patient du fait de la persistance des symptômes mineurs anxio-dépressifs isolés après résolution de l'épisode caractérisé, favorise le recours à des conduites addictives, entrave encore davantage la réadaptation sociale et professionnelle (5) et augmente le risque suicidaire.

## **2 – Des éléments propres à la personnalité du patient**

Les particularités psychologiques de la personnalité ainsi que sa pathologie peuvent favoriser la survenue des troubles, freiner leur résolution et légitimer un aménagement des thérapeutiques.

L'influence de la personnalité sur la dépression est une spéculation clinique très ancienne, qu'elle soit liée à des facteurs génétiques ou constitutionnels, ou à des traits dits " de caractère " acquis au cours du développement. (26)

Cette notion implique l'idée d'une relation linéaire de prédisposition dépressive de certaines personnalités. Il s'agirait d'une " personnalité prédépressive " sur l'étude de laquelle se sont penchés des auteurs psychanalystes, phénoménologistes et, plus récemment, cognitivistes. (25)

Ce concept clinique courant perdure de nos jours dans l'esprit des praticiens, bien que la littérature scientifique de ces vingt dernières années témoigne de la complexité de ce rapport, laissant peu de certitudes sur la nature de cette interaction et sur sa valeur de facteur de risque dépressif et de chronicisation. (2)

En effet, les travaux d'Akiskal (1) ont introduit une perspective différente de ces interactions : une certaine pathologie dépressive, permanente et évolutive est sensible aux chimiothérapies antidépressives. Les manifestations pathologiques attribuées à la personnalité apparaissent ici comme pouvant être des symptômes d'une dépression subclinique.<sup>3</sup>

L'épisode dépressif majeur peut aussi, à son tour, façonner les traits de personnalité, lesquels seraient des séquelles du trouble de l'humeur. Ici, il s'agirait d'une "personnalité postdépressive", consécutive aux effets dévastateurs de l'accès mélancolique. (25)

Dans cette perspective, certains auteurs distinguent trois moments évolutifs :

1. les changements de la personnalité observés pendant l'épisode affectif (modifications état-dépendantes, généralement régressives),
2. les changements qui apparaissent dans le court terme (difficultés réadaptatives),
3. les modifications de la personnalité observées au long terme (*depressive defect*) qui résultent de la répétition des expériences dépressives. (1)  
Dans ces dépressions récurrentes, la répétition des épisodes dépressifs permettrait de développer une hypersensibilité à des stimulations de plus en plus minimales en favorisant la vulnérabilité du sujet. (36)

Le débat reste ouvert quant à la valeur réactionnelle des traits pathologiques du caractère observés chez les patients avec antécédents de dépression caractérisée, et quant à la possibilité d'une modification durable de la personnalité, mais il est de plus en plus admis que la rémission d'un épisode dépressif s'accompagne d'ajustements comportementaux sur le plan personnel, familial, professionnel et social, sur le mode de l'évitement, de l'inhibition, de l'anxiété, de la perte de confiance en soi et de la dépendance aux autres. (46) (48)

Enfin, certains auteurs ont signalé l'action "pathoplastique" des traits de la personnalité sur la présentation de la dépression, sans relation étiologique mais entraînant des conséquences pronostiques certaines (25) ; d'autres soutiennent une coexistence indépendante entre troubles de la personnalité et dépression, en soulignant le manque d'une méthodologie adaptée à une telle investigation. (50)

---

<sup>3</sup> Cette délicate question nosologique, qui cherche à préciser les différences entre personnalité dépressive et forme mineure de dépression (trouble de la personnalité ou trouble de l'humeur, personnalité pathologique ou maladie subclinique ?) a été discutée à propos de la dysthymie dans le chapitre "Le temps du diagnostic" de ce même rapport.

Malgré la complexité de la question et les nombreuses limitations rencontrées pour son étude (42), les anomalies de la personnalité intercritique (c'est-à-dire en période de rémission) sont très fréquentes (23), présentes dans 46 % à 74 % des cas selon les études révisées. Les personnalités le plus souvent concernées sont les personnalités dépendantes dans 30 % des cas environ, les personnalités évitantes ou histrioniques dans 20 % des cas, les personnalités schizotypiques, *borderline* ou obsessionnelles dans 15 % des cas. (4) (5) (19)

Cette variabilité des troubles de la personnalité présente des taux de fréquence différents selon la méthodologie utilisée par les études. Malgré cette diversité, plusieurs éléments communs se dégagent, dont l'instabilité émotionnelle, le névrosisme (*neuroticism*) marqué, le manque d'assurance et la dépendance interpersonnelle. (4) (46)

A. Hoffart (30), utilisant une terminologie de la psychopathologie psychanalytique, a pu mettre en évidence, dans une étude comparative avec des patients anxieux et des patients dépressifs, des traits "oraux" de la personnalité chez les déprimés, surtout en ce qui concerne le manque de confiance en soi et l'extrême dépendance interpersonnelle.

Ces traits de personnalité, qui, selon certains auteurs, peuvent être observés dans d'autres groupes diagnostiques (34) (47), constituent chez un patient déprimé un facteur de risque d'évolution péjorative.

Les patients déprimés qui présentent par ailleurs une personnalité de type dépendante peuvent donc se servir de l'accès dépressif pour renforcer cet aspect de leur personnalité. Ce n'est pas obligatoirement un trait hystérique, ni l'expression d'une certaine complaisance à l'égard de leur état. La dépression représente un peu une fatalité pour ces patients et, de ce fait, ils ne sont plus très "combatifs" vis-à-vis de la dépression.

Une certaine résistance pharmacologique a également été signalée (41).

Bien que certains auteurs (45) aient suggéré que l'abord psychothérapique des dépressions survenues chez une personnalité pathologique aurait un moindre succès, une prise en charge psychothérapique s'impose (52) d'autant plus que les antidépresseurs ne montrent plus d'efficacité spécifique (hormis les bénéfices liés à leurs effets latéraux). Cela reste vrai à une condition : qu'il ne s'agisse pas, comme il a été précisé plus haut, d'un trouble dépressif chronique subsyndromique.

En pratique, il est observé que les patients présentant une personnalité pathologique qui complique l'évolution d'une dépression prennent plus facilement des anxiolytiques. La dépendance n'est pas seulement interpersonnelle : ces patients ont tendance à dépendre également des médicaments et à surconsommer, dans un contexte d'automédication.



L'arrêt du traitement sera donc difficile. La " négociation " sera longue et il faudra du temps pour envisager la diminution progressive ; parfois, c'est un événement extérieur (départ en vacances en oubliant son traitement, etc.) qui introduit le sevrage du jour au lendemain.<sup>4</sup>

Les troubles de la personnalité associés à la dépression sont donc corrélés à une évolution clinique moins favorable et représentent incontestablement un facteur de mauvaise qualité de rémission. (45) On observe alors des états plutôt chroniques. Ce risque est d'autant plus élevé que le trouble de la personnalité est sévère. (4)

Il y a beaucoup plus d'états subsyndromiques, mais il y a aussi de " vrais " déprimés chroniques, avec des phases d'aggravation, et des moments où l'état est moins inquiétant en termes d'intensité et de danger suicidaire.

La distinction clinique n'est pas toujours facile à faire.

### **3 – La prise en charge partielle du trouble**

La prise en charge partielle de la dépression (aussi bien médicamenteuse que psychologique) est un important facteur de récurrence, voire de chronicisation.

La mauvaise observance durant la phase curative tout comme l'insuffisance de durée de traitement ou son interruption trop précoce viendront fragiliser le patient déprimé et le soumettre à un risque certain de rechutes ou de récurrences.

C'est une donnée sur laquelle s'accordent un grand nombre de professionnels.

De même, le non-accompagnement psychologique prenant en compte des facteurs sociaux éventuellement perturbateurs et l'absence de prise en charge psychothérapique entraînant une certaine remise en question conditionnent l'évolution de la maladie.

Dans les troubles bipolaires francs, le manque d'*insight* (reconnaissance et critique de la maladie), observé pendant les intervalles libres intercritiques, est un facteur connu de mauvaise observance et de rechute. (39)

### **4 – L'âge**

Les différents travaux épidémiologiques montrent que les dépressions du sujet âgé évoluent davantage vers la chronicisation et rechutent plus facilement que chez des sujets plus jeunes. (17)

Plusieurs facteurs de risque (biographiques, situationnels, sociaux, psychologiques et médicamenteux) interviennent pour déterminer une telle évolution.

---

<sup>4</sup> Voir le chapitre " Arrêts des prises en charge " de ce même rapport.

La dépression chez un sujet âgé est un véritable “ défi ” pour le praticien. Une fois le trouble identifié (seulement 6 % des dépressions à expression somatique seraient reconnues), la décision de traiter n’est pas systématique, du fait d’une acceptation trop facile du fait que la personne âgée peut être normalement triste et ralentie. (17) Par ailleurs, le traitement et les troubles chez les patients âgés durent beaucoup plus longtemps, et, lorsqu’on arrête l’antidépresseur, après un temps conséquent et devant l’amélioration de la symptomatologie, les patients se montrent à nouveau subdépressifs. Le praticien peut avoir régulièrement l’impression d’arrêter trop tôt chez ces patients. En effet, dans la pratique, quand le traitement est arrêté au bout de six ou huit mois, l’impression clinique équivaut à un arrêt après trois ou quatre mois chez un sujet jeune. On observe à ce moment-là le même taux de rechutes. Des angoisses apparaissent de façon très fréquente, ainsi que la tristesse et la crainte de mal faire.

La dépression du sujet âgé survient souvent dans le contexte d’un deuil. (53) Les personnes âgées ont une gestion intime de ce vécu, et, fréquemment, n’en parlent pas tout de suite (il est important de rappeler cela en vue d’une meilleure identification des dépressions “ silencieuses ” du sujet âgé). (35)

Compte tenu de ce contexte réel de deuil dans lequel survient l’épisode dépressif du sujet âgé, il paraît souhaitable de ne pas prescrire d’antidépresseur au moment du décès de l’être proche. Prendre de la distance par rapport au travail de deuil semble nécessaire pour favoriser l’évolution de l’accès dépressif et essayer d’éviter les avatars, signalés plus haut, de rechute, de chronicisation et de dépendance.

En pratique, ce temps à respecter serait de six mois environ. Cela peut paraître court, aussi bien pour un travail de deuil que pour la prise en compte du temps chez une personne âgée. Une personne âgée élabore beaucoup plus lentement que quelqu’un de plus jeune, en particulier le deuil. Il faudrait faire très attention de ne pas associer le médicament au deuil.

Le clinicien peut se demander aussi si, derrière cette dépendance au traitement, il n’y a pas la recherche d’éviter le “ deuil ” de la relation avec le médecin et des aspects psychothérapeutiques de soutien, inhérents à ce type de prise en charge. On peut donc envisager la poursuite des consultations pendant un temps limité après l’arrêt du traitement pharmacologique.

Pourtant, cela n’explique pas la difficulté à faire atteindre au patient âgé un état de rémission satisfaisant et à arrêter la prise en charge.

Certains auteurs ont proposé des critères de guérison particuliers pour la dépression du sujet âgé, sur la base des caractéristiques cliniques (notamment les préoccupations hypocondriaques concernant le corps et la santé psychique) et du contexte social défavorable de solitude et d’isolement. Ainsi, les critères de guérison ne devraient pas reposer seulement sur la disparition de l’expression de la tristesse, mais aussi sur l’apaisement des craintes concernant la maladie physique ou mentale et sur un certain retour aux activités sociales. (18) (35)

Pourquoi l'évolution serait-elle beaucoup plus longue chez les sujets âgés ? Les neuromédiateurs seraient-ils en nombre insuffisant, compte tenu d'un certain processus de détérioration lié à l'âge ? Il n'y a pas, à l'heure actuelle, d'explication physiopathologique claire.

L'arrêt progressif du traitement chez les sujets âgés est particulièrement difficile, malgré le fait qu'il soit proposé dans un contexte de dialogue et de collaboration, et il n'est pas rare que certaines prescriptions soient maintenues à vie, d'une manière empirique, le clinicien ayant l'impression que les patients vont mieux sous antidépresseurs, même à posologie réduite, que lors de l'arrêt.

Une question fondamentale se pose sur ce qui serait la meilleure conduite à suivre.

Outre cette tendance à la chronicisation, le clinicien a affaire à des complications particulières de la dépression chez les sujets âgés, et, tout d'abord, à la fréquence des suicides réussis.

Les sujets âgés sont moins enclins à faire des tentatives de suicide, mais, quand ils réalisent une conduite suicidaire, celle-ci est très souvent fatale. Alors que le rapport entre tentative de suicide et suicide réussi est de 100 pour 1 pour la population jeune, il est de 3 pour 1 chez les personnes âgées. (7)

Dans les pays industrialisés, les chiffres du suicide augmentent avec l'âge et on observe un pic au-delà des 65 ans. Le suicide est ici très fortement corrélé à la présence d'une comorbidité entre dépression et pathologie somatique. L'aboutissement du geste autoagressif est lié à la faible tendance à communiquer l'intention suicidaire (du fait des particularités psychologiques de la dépression du sujet âgé et des particularités environnementales, tel l'isolement social) et à l'absence de prise en charge spécialisée. (12)

Les facteurs de risque suicidaire à cet âge sont donc nombreux. Il y a lieu de penser que toutes ces modifications liées au vieillissement sont vécues comme autant de blessures narcissiques. L'équilibre entre investissement et désinvestissement, identité narcissique et mort définit la dynamique psychologique du sujet vieillissant. (6)

Dans les modalités évolutives de la dépression du sujet âgé, on observe également des complications somatiques du fait d'un accroissement de la vulnérabilité physique. (17)

Des tableaux démentiels peuvent compliquer la présentation de l'épisode dépressif ou lui succéder.

Les perturbations intellectuelles provoquées par la dépression peuvent être quantitativement importantes et faire évoquer une démence. Cependant, très souvent, il s'agit davantage d'une pseudo-démence, sans désorientation ni troubles du jugement véritables ; ce sont des patients qui vont commencer à présenter des troubles du comportement avec bizarreries, d'une manière moins insidieuse que dans les processus démentiels, en accroissant la tendance à se replier normalement sur eux-mêmes. Le premier épisode les a déjà éloignés des voisins, des amis. Après un stade d'isolement social, ils entrent dans une phase pseudo-démentielle à différencier de la détérioration cognitive avérée.

Par ailleurs, il a été suggéré (21) que la dépression pourrait favoriser la survenue d'une maladie démentielle de type Alzheimer. Cela repose sur la plus grande fréquence d'antécédents dépressifs chez les malades atteints d'Alzheimer.

Le contraire est plus facilement admis, à savoir que les processus démentiels, par le biais des perturbations biologiques ou des réactions psychologiques, entraîneraient une dépression, entraveraient la rémission et favoriseraient les rechutes.

Le vieillissement entretient des rapports complexes avec les troubles dépressifs du sujet âgé et ceux qui témoignent d'un déclin cognitif. Sur le plan théorique, le problème des rapports entre dépression et démence soulève de nombreuses questions. (21)

## **5 – Le sexe**

En consultation de ville, il apparaît de façon flagrante qu'il existe une différence évolutive de l'épisode dépressif en rapport avec le sexe. On peut penser que cette particularité distinctive est liée à l'existence d'un biais. Les femmes, quand elles sont déprimées, accepteraient le diagnostic assez facilement, et ensuite le traitement de façon assez globale, c'est-à-dire aussi bien les médicaments qu'une prise en charge thérapeutique globale (approche psychologique, psychoéducatrice, mesures d'hygiène de vie). Les hommes, en revanche, ont beaucoup de mal à admettre le diagnostic ; quand ils l'ont admis, le médecin doit encore beaucoup " négocier " pour leur faire prendre des médicaments. La prise en charge psychothérapeutique est encore très difficile, en tout cas lors du premier accès.

Le biais semblerait donc se situer à ce niveau de reconnaissance de la maladie dépressive et d'acceptation de la nécessité d'un traitement.

Cette observation – les hommes sont plus susceptibles de faire des rechutes et des récurrences dépressives du fait d'une *compliance* de mauvaise qualité – ne trouve pas sa confirmation dans les travaux scientifiques portant sur l'incidence de la dépression et la prévalence des rechutes et des récurrences en fonction du *sex ratio*.

Il est actuellement admis que la prévalence de la dépression est environ deux fois plus importante chez les femmes, et ce serait le nombre de rechutes qui expliquerait la différence sexuelle de la prévalence dépressive (21,8 % des femmes ayant fait un accès dépressif rechutant, contre 12,9 % des hommes). (16)

## **6 – Les facteurs biologiques**

Sans être considérés comme des facteurs de risque, de nombreux tests neuroendocriniens (test à la dexaméthasone, test au TRH) ou paramètres paracliniques ont été étudiés comme marqueurs prédictifs d'une rechute dépressive, à la recherche de l'objectivation du caractère héréditaire et familial de la maladie.

Il convient de souligner que les récurrences dépressives seraient susceptibles d'induire des changements biologiques au niveau du système nerveux central, eux-mêmes responsables d'une augmentation du rythme des rechutes et d'une évolution avec des récurrences survenant sans facteur déclenchant, ou à la faveur de stress mineurs sur le modèle du *kindling* de Robert Post, avec des cycles autoentretenus. (16)

## 7 – Autres facteurs déterminants

- les **caractéristiques cliniques de l'épisode dépressif** : présence d'idées délirantes chez les mélancoliques, sévérité de l'accès, nombre et qualité des épisodes précédents, dépressions doubles, comorbidité avec pathologie organique ;
- les **caractéristiques sociodémographiques** : personnes vivant seules, bas niveau socioéconomique, manque de support social ou environnement familial de mauvaise qualité ;
- l'exposition à des **événements de vie stressants** ;
- les antécédents personnels et familiaux de dépression.

Parmi les facteurs de risque de rechute dépressive ici résumés, les **variables sociodémographiques** ne représentent qu'un facteur mineur par rapport à l'existence d'une comorbidité psychiatrique (trouble de la personnalité ou une autre maladie mentale), mais aussi somatique.

Les **affections organiques** sont plus un facteur de mauvais pronostic dans l'évolution d'un trouble dépressif (chronicisation et résistance au traitement) qu'un facteur de risque de rechute. (16)

Les **événements de vie** survenus au début de l'accès donnent un caractère " réactionnel " à l'épisode dépressif et peuvent être considérés comme un facteur de bon pronostic à court terme. A plus long terme, l'évolution des dépressions caractérisées apparaît indépendante du poids des événements de vie, à la condition que ceux-ci ne deviennent pas des difficultés durables qui, bien entendu, peuvent influencer péjorativement le cours de la maladie. (28)

Les **antécédents personnels** de dépression constituent d'excellents facteurs de prédiction des récives ; le nombre d'épisodes précédents augmente les probabilités de récive.

## **RETOUR A L'ETAT ANTERIEUR : UN MYTHE ?**

Classiquement, l'épisode dépressif est défini par l'apparition d'une symptomatologie en rupture avec l'état et le fonctionnement global antérieur d'une personne. La rémission complète d'un épisode dépressif se définit donc par rapport à un " retour à l'état antérieur " qui inaugure la phase intercritique.

Cette notion traditionnelle, peut-être trop théorique, reste une référence didactique et peut constituer un but thérapeutique, mais elle est de plus en plus remise en question au vu de l'étude des modalités évolutives au long cours des accès dépressifs.

Une enquête à large échelle conduite aux Etats-Unis a montré, chez 431 patients ayant fait un épisode dépressif majeur suivis pendant cinq ans, que, au bout de ce laps de temps, 12 % d'entre eux remplissaient les critères pour un diagnostic de troubles de l'humeur, le plus souvent de type dysthymique. (13)

Un autre exemple, tiré d'une étude récente menée en Hollande et citée par T. Bougerol (13), montre que, au bout de trois ans, les rémissions partielles, plus que les rémissions complètes, sont la règle.

Certains malades expriment clairement leur sentiment de n'avoir jamais récupéré l'" énergie " et le " plaisir " de vivre après un épisode morbide, comme si leur élan vital avait été amoindri pour toujours.

Les études longitudinales ne rendent pas compte de ces séquelles de la maladie dépressive, dont la nature nosographique n'est pas toujours facile à délimiter.

Il importe d'observer leur mode d'organisation dans le temps pour pouvoir reconnaître des remaniements psychologiques réactionnels, un changement durable de la personnalité, la persistance subtile de l'état dépressif, ou sa complication par une affection comorbide.

### **Remaniements psychologiques après l'expérience dépressive**

Tout déprimé guéri nécessite souvent plusieurs mois pour reprendre pleine confiance en lui et en cette guérison. Une certaine prudence dans ses actions et ses engagements perdure après cette expérience... laquelle sera, pour certaines personnes, d'ordre traumatique.

Cette attitude, temporaire et instable dans les meilleurs des cas, oscille entre la critique réaliste de la situation vécue et les anticipations plus ou moins anxieuses, voire post-traumatiques.

C'est dire que, dans cette phase de " convalescence ", le patient déploie des mécanismes de défense efficaces ou inefficaces, lesquels interviennent d'une manière positive ou négative dans ce processus postdépressif de récupération.

La nature de ces mécanismes dépendra, bien sûr, des ressources prémorbides du patient, des caractéristiques cliniques de la dépression et de son contexte de soins (hospitalisation ou non, chimiothérapie ou électroconvulsivothérapie, etc.), de la situation sociale et familiale lors de cette convalescence, et de la qualité du suivi médical pendant cette même période.

Ces réactions sont en général du registre anxieux : phobique ou post-traumatique. La rupture induite par la maladie laisse le patient sceptique face à l'avenir, dans la crainte d'une récurrence.

Certains patients, en revanche, adoptent une attitude hypomaniaque de défi et de déni. L'épisode dépressif est soit banalisé, soit annulé à l'aide de rationalisations ou d'engagements hâtifs impliquant une certaine hyperactivité. Ces patients ne demandent qu'à " tourner la page ".

Ces remaniements psychologiques peuvent perdurer et conditionner d'une manière ou d'une autre le devenir de la maladie dépressive.

Ainsi, suivant les cas, certains patients se sentent fragilisés par la dépression. Ce sentiment favorise la récurrence parce qu'ils vivent dans la peur de la survenue de la rechute ou de la récurrence.

Dans les troubles bipolaires, la notion même d'avoir une maladie chronique sujette à des récurrences modifie la personnalité dans le sens des troubles anxieux d'anticipation et d'évitement.

Le changement psychologique qui opère à ce moment évolutif n'est pas nécessairement péjoratif ; l'épisode dépressif peut s'avérer être une expérience tout à fait positive.

D'autres vont avoir une approche tout à fait différente, d'autogestion de leur maladie affective.

Le clinicien n'arrive pas très bien à savoir quel type de remaniement psychologique suivra l'épisode critique, quel patient se sentira finalement rassuré, et quel autre, au contraire, sentira une faille à ce moment-là.

Les caractéristiques sémiologiques de l'épisode dépressif ne permettent pas de prédire ces attitudes lors de la rémission.

Le patient réalise souvent un travail d'aménagement, parfois à son insu. Cela peut être un travail efficace ou inefficace, mais qui génère fréquemment des remises en question, donc des changements, soit dans le mode de vie, soit dans leurs attitudes face au stress (protections, attitudes différentes).

Comme ce sont des attitudes qui régissent les rapports avec les autres, cela finit par retentir sur l'ensemble de l'état.

### **Remaniements sociofamiliaux**

Les modifications liées à l'expérience dépressive peuvent retentir aussi sur l'entourage. (20) (51)

A distance de la phase aiguë, le souvenir de la maladie reste présent non seulement pour le sujet mais aussi pour ses proches et ses collègues. Le patient porte désormais l'étiquette de " dépressif " ou de " celui qui a fait une dépression ".

Ce rôle social de malade entraîne des difficultés dans les relations interpersonnelles, parfois avec des conséquences fâcheuses que le patient, une fois mieux rétabli, peut regretter. Les répercussions conjugales sont importantes et peuvent être à l'origine d'un nouvel équilibre dans les rôles familiaux, qui sera de grand poids sur l'avenir du déprimé.

L'ombre de la rechute peut planer pendant une longue période. Cela amène à des modifications dans les comportements habituels à l'égard du patient qui vont exercer, directement ou indirectement, leur influence.

Par ailleurs, les antécédents familiaux psychiatriques peuvent créer un climat de désespoir et de fatalité au sein de la famille.

L'entourage joue un rôle primordial dans la prise en charge et l'évolution de la dépression.

Le patient peut rencontrer de la part de sa famille une certaine opposition à ce qu'il suive un traitement, par ignorance, par crainte ou par idéologie.

L'influence nocive peut prendre forme dans des reproches adressés au malade du fait de son statut ou à cause des conséquences sociales (ruptures dans les relations avec les amis, etc.) ou professionnelles de la maladie (reclassement, perte du travail, mise en invalidité).

En effet, la vie quotidienne avec une personne déprimée a parfois un caractère éprouvant et peut entraîner des attitudes de rejet, voire une certaine violence intrafamiliale.

Dans le cas contraire, l'entourage peut s'avérer un interlocuteur privilégié pour le médecin traitant : il est souvent en effet à l'origine de la consultation et constitue une source précieuse d'informations, ce qui permet parfois de mesurer la gravité d'une dépression. L'entourage peut aider le patient et veiller, sans excès, sur la bonne marche du traitement, le rassurer, l'aider à retrouver son état habituel et contribuer au contrôle des récurrences.

D'où l'importance pour le médecin de rencontrer l'entourage du patient en sa présence, de l'informer sur la nature de la maladie et sur son traitement, et de l'aider à comprendre les différents moments évolutifs de la dépression. Ce dernier point est important, d'autant plus qu'un milieu qui aura été coopérant par rapport à la maladie dans ses débuts peut, avec le temps, devenir indifférent ou intolérant face aux symptômes persistants.



## COMPLICATIONS

### Suicide et dépression

Le suicide constitue la principale complication de l'épisode dépressif.

Bien que le suicide soit actuellement considéré comme un acte multidéterminé et possédant un caractère transnosographique, le groupe à plus haut risque reste sans aucun doute celui des patients déprimés. On peut considérer, malgré les nombreuses limitations méthodologiques, que 50 à 80 % des morts par suicide seraient imputables à un trouble de l'humeur et 15 % des décès de patients déprimés seraient dus au suicide, 40 à 70 % de ces suicides survenant dans la première année des troubles. (44)

Un certain nombre de facteurs de risque suicidaire ont été recensés depuis une vingtaine d'années :

#### a) Caractéristiques cliniques et évolutives de l'épisode dépressif

- Sévérité de l'accès avec dimension anxieuse importante, existence d'éléments psychotiques ou confusionnels (dépressions d'involution), présence d'une pathologie comorbide (troubles de la personnalité, toxicodépendance, affection somatique), antécédents personnels de tentatives de suicide.
- Les dépressions brèves récurrentes (DBR) présentent un risque accru de suicide.
- Dans les troubles bipolaires, le type BP I (épisodes dépressifs et maniaques francs) et le type BP II (dépression franche alternant avec des épisodes d'hypomanie) présentent un taux élevé (bien qu'il reste controversé). Les formes mixtes et les manies dysphoriques sont celles qui sont associées au plus haut risque suicidaire : la présence d'une énergie et d'une impulsivité maniaques chez des patients par ailleurs déprimés semble l'expliquer. (14)

#### b) Facteurs sociodémographiques

Le sexe masculin constitue un facteur de risque, de même que les antécédents familiaux de suicide et le grand âge (au-delà de 65 ans). La tranche d'âge entre 30 et 40 ans présente également un pic élevé dans les études épidémiologiques.

Le veuvage, le divorce (ou autres séparations), le chômage, la perte des parents en bas âge et un climat familial perturbé ont été signalés comme facteurs aggravants du risque suicidaire.

#### c) Facteurs biologiques

Plusieurs études concordantes (49) semblent corroborer l'hypothèse selon laquelle une diminution de l'activité sérotoninergique pourrait constituer un élément de vulnérabilité au passage à l'acte suicidaire violent et impulsif, mais pas au point que la sérotonine puisse être considérée comme un marqueur biologique spécifique de ce risque. Bien d'autres pistes sont actuellement explorées. (24)

### **Affections somatiques**

L'hypothèse selon laquelle la dépression peut être à l'origine de certaines maladies somatiques (notamment cardio-vasculaires et oncologiques) a souvent été évoquée. Cette influence pourrait opérer d'une manière directe (mécanismes psycho-immunologiques) – aspect très étudié dans les travaux portant sur le cancer – ou indirecte (dégradation de l'hygiène de vie, effets pathogènes des traitements psychotropes). Mais ces hypothèses n'ont pas été confirmées. (11)

Plusieurs travaux font état d'une évolution péjorative de l'affection somatique en cas d'association à une dépression.

Les praticiens s'accordent pour affirmer que la dépression associée à une affection somatique mérite d'être identifiée et traitée d'une manière adéquate. (27)

### **Mortalité**

Le taux élevé de suicide et la présence des affections somatiques, paramètres souvent associés au trouble dépressif, semblent expliquer l'excès de mortalité retrouvé chez le déprimé par rapport à la population générale.

### **Affections psychiatriques**

La dépression pourrait faire également le lit d'un trouble psychique associé.

Nous avons vu que la fréquence de ce type de comorbidité était élevée (trouble panique, conduites addictives, conduites à risque, troubles de la personnalité) et qu'elle entravait la rémission de l'accès dépressif, mais la nature de cette association n'a pas pu être établie. (10)

Cette association morbide accroît la mortalité par suicide.

### **Complications socioprofessionnelles**

Elles sont particulièrement développées dans le chapitre “ Le retentissement de la symptomatologie dépressive ” de ce même rapport.

## CONCLUSIONS

La maladie dépressive est une maladie spontanément récurrente.

La répétition des épisodes avec le temps et la comorbidité favorisent le potentiel de récurrence.

Plusieurs autres facteurs (biologiques, cliniques, psychologiques et sociaux) ont été identifiés en tant qu'éléments aggravant la vulnérabilité naturelle du patient déprimé.

La maladie dépressive possède un haut potentiel de morbidité et de mortalité, et entraîne de sérieuses répercussions dans le fonctionnement familial, social et professionnel.

Chez certains malades, le cours de l'épisode dépressif prendra des formes clairement délimitées par la nosographie psychiatrique. Chez d'autres, l'avenir de l'accès permettra d'observer une zone intermédiaire, trompeuse quant à sa nature clinique, où l'on pourra repérer des remaniements de la personnalité, voire des changements stables dans la façon d'être, évocateurs d'un style de vie dépressif.

Cette observation, courante, fait se reposer la question des limites entre " normal " et " pathologique ". En effet, d'une part, la dépression peut s'inscrire dans un style de vie de l'individu et dans sa liberté existentielle ; d'autre part, elle peut aller jusqu'au trouble paroxystique de l'humeur, désorganisation non choisie dépassant tout aménagement défensif.

Les données socioéconomiques confirment le poids de la maladie dépressive, poids individuel et social étroitement lié à ses avatars évolutifs.

Les différents traitements actuellement proposés (chimiothérapie, psychothérapie et sociothérapie) modifient favorablement cette physionomie évolutive.

Par ailleurs, le suivi à long terme des patients déprimés, seul moyen d'assurer les meilleures chances pour une évolution favorable, met au premier plan la question de l'observance. Celle-ci est entendue dans son sens large d'adhésion non seulement à une prescription médicamenteuse mais aussi aux consultations, à la stratégie de soins psychothérapeutique et psychoéducative.

# **DU PROJET THERAPEUTIQUE AU PROJET DE VIE**

## **1. La décision de soins**

**Quels sont les besoins et les attentes des patients en matière de prise en charge ?**

Il ne sera pas question d'identifier le besoin comme le besoin exprimé, c'est-à-dire la demande de soins.

La demande de soins implique de la part du patient la prise de conscience qu'il éprouve une souffrance exagérée de type maladie et que ce problème est accessible aux soins.

Le besoin de soins, exprimé ou non, sous-entend l'existence d'interventions sociales ou thérapeutiques pour y répondre.

Les besoins des patients en matière de prise en charge renvoient donc aux données de l'épidémiologie.

Les données recueillies dans les enquêtes de population permettent de connaître les taux de prévalence des problèmes, que la personne ait ou non fait une demande de soins.

L'épidémiologie a pu mettre en évidence que, à un jour donné, environ 6 % de la population générale (ce qui est une moyenne admise) souffrent de trouble dépressif avéré.

Par ailleurs, les études montrent bien que, quand on prend en charge la dépression de ces 6 %, 60 % à 70 % de ceux qui reçoivent un antidépresseur présentent une rémission partielle ou complète et que 30 % à 40 % répondent au simple fait de la prise en charge (effet placebo). Ces études montrent aussi que, dans le domaine des soins psychologiques, les thérapies cognitivo-comportementales ont une efficacité. Il est admis, enfin, qu'il faut traiter pendant une durée de l'ordre de six mois.

**Les besoins des patients** consistent d'abord à savoir identifier ces 6 % qui ont un véritable trouble dépressif. Il faut ensuite gérer le fait que la moitié d'entre eux environ peut, au moins transitoirement, répondre soit à un effet psychologique, qui peut être l'effet placebo, soit à des psychothérapies et à des prises en charge. Dans tous les cas, il faut les suivre, les traiter un certain nombre de mois. Lorsqu'on met en route un traitement médicamenteux, il faut que ce soit pour un temps efficace.

**Les attentes des patients** sont déterminées premièrement par les besoins. Si leur niveau d'éducation sanitaire est parfait, il y a corrélation exacte avec les besoins ; mais, comme l'éducation sanitaire n'est pas parfaite, leurs attentes vont être aussi déterminées par autre chose que les besoins, à savoir par une certaine image individuelle et collective de la dépression.

Dans l'image de la dépression, on retrouve la grande confusion entre la dépression "maladie" et la dépression "réaction" (maladie réactionnelle ou réaction physiologique à une situation difficile).<sup>5</sup>

Les attentes des patients, c'est non seulement qu'on satisfasse à leurs besoins, mais aussi qu'on sache dénoncer les situations pathogènes éventuellement inductrices de maladies dépressives vraies, ou, en tout cas, des situations de souffrance.

Cet écart entre attentes et besoins, on le retrouve largement dans la façon dont les médias traitent de la dépression. Ils en traitent presque toujours avec une très grande ambiguïté ; ils n'arrivent pas bien à distinguer entre la notion de maladie, la réaction, etc. Les articles des journalistes décrivent beaucoup plus les attentes qu'ils n'expriment les besoins.

Les attentes des patients, c'est qu'on les aide à rayer les "parce que", car même le patient le plus déprimé dit : "*Je suis déprimé parce que...*"

Les conceptions sociales ou personnelles de la maladie ont une grande influence – on l'a déjà vu dans le premier chapitre de ce même rapport – sur l'accès aux soins. Le système de croyances autour des causes et de la nature des troubles est un aspect fondamental de la prise en charge.

Le public non médical manifeste souvent un besoin de causalité, une tendance spontanée à établir des liens d'une manière linéaire. Les notions d'interaction, de multicausalité et de circularité ne correspondent pas à une vision psychologique "naturelle".

Que l'origine de la maladie soit située par le patient au-dehors ("*c'est mon travail, ou mon chômage, ou mon mari, ou ma solitude, qui m'a rendu comme ça ; donc ni vos bonnes paroles, ni vos médicaments ne pourront changer cela*") ou à l'intérieur de son Moi ("*tout est de ma faute... vous n'y pouvez rien*"), l'attribution d'une cause à la maladie sera souvent une gêne au traitement et un argument d'inobservance. (36)

Une étude menée en Angleterre sur l'image de la maladie dépressive a mesuré l'évolution de cette image au cours du déroulement d'une campagne d'éducation sanitaire (*Defeat Depression Campaign*) qui a duré cinq ans (de janvier 1992 à la fin de 1996). L'article de E. S. Paykel (39) rapporte les changements positifs observés après la campagne dans les attitudes populaires à l'égard de la dépression .

---

<sup>5</sup> Ces questions ont été abordées dans le premier chapitre de ce rapport, "La démarche qui amène ou non à consulter".

## **Peut-on distinguer au niveau des attentes une “ dépression du généraliste ” et une “ dépression du psychiatre ”?**

Il a été signalé dans le premier chapitre de ce rapport (“ La démarche qui amène ou non à consulter ”) que, lorsque le déprimé consulte, il présente d’une manière différente les manifestations de sa dépression selon qu’il s’adresse à un médecin généraliste ou à un psychiatre.

Les plaintes du patient déprimé sont essentiellement somatiques dans le cabinet du généraliste et les trois symptômes prédominants sont la fatigabilité, l’anxiété et l’insomnie. Chez le psychiatre, les symptômes prédominants sont l’humeur dépressive, les signes de douleur morale, les signes d’autodévalorisation et le ralentissement psychomoteur.

L’“ écoute ” et l’exploration des symptômes par ces praticiens varieraient également en fonction des formations et des “ vocations ”, ce qui peut être un facteur inducteur des présentations par les patients, hormis le fait que les rôles professionnels du médecin généraliste ou du psychiatre sont déjà des “ conditionnants ” non négligeables pour les patients.

En revanche, les études cherchant à démontrer que les dépressions prises en charge par le généraliste étaient de nature et d’intensité différentes de celles prises en charge par le psychiatre n’ont pas donné de résultats concordants.

Il est plutôt admis aujourd’hui que le pourcentage de dépressions majeures (caractérisées) de plus ou moins grande intensité est équivalent pour les deux spécialistes. (6)

Michael Kerr et Anthony Mann ont fait une étude, à Londres, sur la dépression en population de spécialistes et la dépression en soins primaires. (21) Ils ont montré qu’avec les outils scientifiques du moment, on ne mettait en évidence aucune différence. La dépression est bien la même.

En revanche, cette première étude comparative a servi à démontrer que les attitudes des médecins généralistes et des psychiatres à l’égard de la dépression et de son traitement étaient, elles, différentes, indépendamment des caractéristiques des tableaux présentés par les patients.

Ce questionnaire a permis de reconnaître quatre dimensions : l’attitude envers le traitement, l’aisance professionnelle à faire face à ce type de patients, la croyance sur la malléabilité des syndromes dépressifs, et l’identification de la dépression.

Les médecins généralistes ont un peu plus de mal à gérer les situations présentées par le patient déprimé et trouvent la tâche moins gratifiante. Dans cette étude, les généralistes présentent également plus de difficultés à établir le diagnostic, ayant tendance à considérer le tableau dépressif comme un avatar lié aux événements de vie et relevant finalement peu de la consultation de médecine. Le pourcentage des praticiens prescrivant des antidépresseurs à des doses inférieures à celles préconisées ou pendant des durées plus courtes était plus élevé chez les généralistes et coïncidait avec un “ score ” faible pour la notion d’un dysfonctionnement biochimique dans la dépression et avec une moindre conviction sur la pertinence d’un tel traitement.

Très souvent, le déprimé ne veut pas reconnaître qu'il est malade. L'en convaincre est une étape non négligeable. Face à un déprimé, le médecin doit d'abord se convaincre lui-même qu'il a bien affaire à un déprimé, puis convaincre le malade. Cela peut nécessiter plusieurs jours et n'est pas facile.

### **Quels sont les préalables scientifiques qui fondent la prise en charge selon le praticien ?**

1. Premièrement la connaissance de la symptomatologie et de l'évolution des maladies dépressives.  
C'est ce qui fonde la prise en charge : la possibilité, à un moment, de poser le diagnostic de dépression et la possibilité aussi de reconnaître que ce diagnostic n'est plus fondé. En effet, la dépression est une maladie, dans la majorité des cas, totalement réversible et curable. C'est ce qu'ont bien observé les Anciens qui parlaient de " folie intermittente " ; cette réversibilité existait naturellement avant les antidépresseurs.
2. Deuxièmement les résultats des essais thérapeutiques, qui montrent la pertinence des prises en charge médicamenteuses et psychologiques, pouvant écourter la phase aiguë de la maladie, éviter des complications (notamment le suicide) et traiter le risque d'aggravation ou d'un passage à la chronicité.
3. Le troisième préalable scientifique se fonde sur la connaissance du pronostic de l'épisode dépressif (que l'on sait de plus en plus complexe et péjoratif), et la place des traitements efficaces dans la prophylaxie des formes majeures de dépressions. La prévention d'une nouvelle récurrence est une préoccupation dès le premier épisode, après sa rémission.

Il convient de préciser que, malgré la somme impressionnante de travaux concernant les antidépresseurs et leur action au niveau du système nerveux central, et les progrès dans la connaissance des modifications biochimiques ainsi induites, le mécanisme d'action précis de ces médicaments reste ignoré.

Aujourd'hui encore, on ne connaît pas la physiopathologie précise de la dépression, ou des maladies dépressives.

L'hypothèse d'une " voie finale commune " à l'action des tous les antidépresseurs et de l'électroconvulsivothérapie (modification par désensibilisation des récepteurs postsynaptiques) a longtemps été explorée.

Les interactions des systèmes de neurotransmission, noradrénergique, sérotoninergique, dopaminergique et peut-être également GABAergique et peptidergique sont un élément de complexité et, sans doute, d'entrave à une modélisation de la physiopathologie des troubles dépressifs.

Une meilleure connaissance des mécanismes intracellulaires (" postrécepteurs ") permettrait de comprendre les interactions existantes. (25) (26)

Un élément majeur est la notion d'antécédents familiaux, qui soulève la question de l'existence d'une charge héréditaire. La notion de troubles dépressifs ou de gestes suicidaires dans la famille est un argument fort pour retenir le diagnostic de trouble dépressif et décider la mise en œuvre d'un traitement.

## Quelle négociation pour aboutir à un objet commun “ dépression ” ?

Le patient arrive chez le médecin avec une théorie, le “ parce que ” (attribution de son état à une cause ou à une série de situations causales, ce qui suppose une justification de l'état) ; de son côté, le praticien a des préalables scientifiques, un modèle de la dépression reposant sur un certain nombre d'arguments : cliniques, physiopathologiques, psychopathologiques, pharmacologiques. Toute la tâche consiste à “ négocier ” ce changement de théorie avec le patient. Maintenant, il faut convaincre le patient qu'il doit être traité pour maladie, et prendre en compte la place de cette rupture dans sa trajectoire.

La “ négociation ” consiste premièrement pour le médecin à aborder l'écoute des symptômes dépressifs sans *a priori* physiopathologique ou psychopathologique. C'est la première étape de la négociation. La bonne démarche serait donc de pouvoir écouter, et éventuellement recenser et identifier ce qui peut être indicateur d'une maladie dépressive.

Donc, la première négociation consiste à dire au patient : “ *Moi, je mets à l'écart toute théorie... vous aussi, mettez à l'écart toute théorie et essayons de voir en quoi vous souffrez, en quoi vous êtes handicapé, etc.* ”

Ensuite, le médecin doit rechercher activement des symptômes à partir desquels puisse se discuter le diagnostic de dépression. A ce moment-là peuvent être confrontées les théories du patient (“ parce que... ”) aux théories du médecin. Cela leur permet de parvenir ensemble à identifier le halo de la maladie dépressive, son contour : l'évolution de cette maladie dépressive, les facteurs éventuellement dépressogènes et les facteurs qui peuvent être thérapeutiques.

Cette “ décentration ” de ses “ parce que...” proposée au patient ne veut pas dire que l'on doit ignorer les différents événements qui ont pu être des facteurs déclenchants de l'épisode dépressif et qui risquent de façonner son évolution. Cela ne veut pas dire non plus que ces facteurs déclenchants ne devront pas être pris en compte lors de l'organisation des soins et tout au long du suivi.

En effet, le rôle des événements de vie dans l'apparition des tableaux dépressifs est largement admis, même pour les formes d'aspect le plus endogène. (33)

Ce rapport entre les facteurs stressants de vie et la dépression ne serait pas établi uniquement par l'intermédiaire des réactions psychologiques déjà fort connues.

Certains chercheurs, dont Post (7), étudient l'impact de ces événements sur les mécanismes neurobiologiques sous-tendant la pathologie dépressive, par le biais d'une transcription au niveau génique.



Mais il est admis également (les différents auteurs le dénoncent d'une manière concordante) que l'attribution d'une cause à la maladie par le patient gênera le traitement et constituera pour le médecin une entrave à l'établissement du diagnostic.

Cela est exemplaire avec le sujet âgé. Si le médecin plonge dans le propos du sujet âgé qui dit : “ *Je n'ai pas le moral parce que j'ai quatre-vingt-cinq ans* ”, il ne va pas être capable d'identifier si le patient est ou non véritablement déprimé et ce qui justifie de traiter ou de ne pas traiter.

D'ailleurs, à propos de la dépression chez le sujet âgé, il est étonnant de constater la force avec laquelle les gens (y compris les médecins, bien sûr !) croient à l'idée que la vieillesse est synonyme d'humeur dépressive et de désespoir de vivre.

Une étude récente multicentrique au niveau européen (11) a pu démontrer, malgré les quelques limitations méthodologiques signalées par les auteurs, que la proportion de personnes âgées et très âgées contentes de vivre était bien plus élevée qu'on ne pouvait l'imaginer, variant de 60 % à 80 % selon les centres. Avec le vieillissement, et malgré l'augmentation inévitable de situations invalidantes, ce taux ne se modifie pas. Il n'est donc pas normal d'être déprimé quand on est vieux !

Dans cette même étude, il est remarqué que la présentation symptomatique de ceux qui souffraient d'une certaine détresse morale montrait quelques différences de type culturel d'un pays à l'autre, mais sans altérer la prévalence des troubles dépressifs, qui restait plutôt stable. Enfin, le groupe de patients, réduit, réunissant les critères de dépression caractérisée ne recevait malheureusement pas de traitement approprié.

Définir un objet commun de dépression appartient à la situation clinique. Il y a naturellement une forte incompréhension et une ambiguïté à propos du mot “ dépression ” quand on sort de la situation clinique.

Un des problèmes liés à cette identification est dû au fait qu'il n'y a pas d'examen paraclinique qui viendrait confirmer le diagnostic de dépression.

L'objet commun “ dépression ” n'est pas un objet *a priori* : c'est un objet clinique, que le médecin et le malade doivent identifier à partir de leur expérience. Ils doivent tracer les contours de cet objet et, ensuite, confronter leurs théories : les croyances éventuelles pour l'un, et, pour le médecin, un fois qu'il sait qu'il a affaire à cet objet, ses connaissances ainsi que son expérience sur l'évolution, le traitement, les risques, etc.

Dans les articles psychiatriques concernant la prise en charge, il est fait mention de la nécessité d'informer les patients de la nature des troubles. Cette tendance est encore accrue de nos jours du fait des modifications dans la conception des obligations des médecins et des droits des patients. Le modèle généralement invoqué pour informer sur la dépression est un modèle psychophysiologique dans lequel l'état du patient est une résultante biologique commune de processus divers quant à leur causalité. (16) C'est un modèle généralement acceptable par les patients, mais certainement pas par tous.

Ce dégagement de l'état par rapport à la cause peut encourager le patient à considérer sa maladie comme n'importe quelle autre, à ne pas s'en sentir excessivement coupable sans pour autant en attribuer la faute à l'entourage, et à ne pas se considérer non plus comme psychiquement anormal. Cet abord présente sans doute des avantages réels pour le suivi, mais aussi des inconvénients. (38)

### **Quelles questions se posent les patients à propos des médicaments de la dépression ?**

Les auteurs qui ont étudié la question de l'observance du traitement antidépresseur (*compliance*) sont d'accord pour signaler que l'une des raisons de refus du médicament est la croyance que la dépression est la conséquence d'un stress ou d'un événement de vie et que, s'agissant d'un phénomène psychologique, on doit lui opposer un traitement également psychologique et non un médicament.<sup>6</sup>

Cette attitude de refus de base à l'égard des antidépresseurs, estimée toucher 20 % des patients (38), n'est pas très éloignée des positions personnelles de méfiance, plus générales, sur " tout ce qui est médicament ".

Plus particulièrement, dans les questions que les patients se posent à propos des antidépresseurs, il revient souvent la **peur d'en dépendre**.

Il y a là sûrement une confusion avec les benzodiazépines, devenues dans la population générale le prototype même de tout psychotrope.

Mais il y a aussi, sans doute, des raisons psychopathologiques à cette crainte. On peut ainsi penser que le vécu " d'impuissance apprise ", isolé par les thérapeutes cognitivistes, ou les habitudes autopunitives contribuent à ce que le sujet déprimé garde l'illusion qu'il n'ira jamais bien sans l'aide du médicament. (19)

Une étude australienne (20) menée en population générale (plus de mille participants) a cherché à évaluer les croyances sur les moyens thérapeutiques en psychiatrie :

- 83 % des sujets considèrent qu'une prise en charge par le médecin généraliste suffirait.
- 74 % pensent en termes positifs à une prise en charge par un conseiller (*counsellor*) – services d'écoute téléphonique, associatifs ou autres.
- Seulement 51 % croient à l'intérêt d'impliquer un psychiatre, ou un psychologue (49 %) dans les soins.

Dans cette enquête, la plupart des traitements psychiatriques classiques (antidépresseurs, électroconvulsivothérapie, hospitalisation) sont surtout jugés comme pouvant causer plus de préjudices que de bénéfices.

---

<sup>6</sup> Ces aspects sont développés dans le chapitre " Arrêts des prises en charge " de ce même rapport.

Il ressort de cette étude que les “ soins alternatifs ” (augmenter l'activité sociale et sportive, la relaxation, les techniques de gestion du stress, la lecture individuelle d'ouvrages traitant de la question, les vitamines et les régimes alimentaires) sont souvent préférés.

R. Priest (42) a aussi étudié les attitudes spontanées de la population (sur un échantillon de 2 003 sujets) à l'égard de la dépression peu avant le lancement de la campagne d'éducation menée en Angleterre (*Defeat Depression Campaign*) :

- A propos des traitements de la dépression, une grande majorité (78 %) considère que les antidépresseurs entraînent une dépendance pharmacologique et qu'ils atténuent les symptômes sans résoudre le problème.
- Seulement 16 % des participants considèrent les antidépresseurs comme une thérapie de choix pour la dépression.
- 91 % pensent que l'action d'un conseiller (*counsellor*), particulièrement à travers un travail groupal (de partage d'expériences), est un traitement idoine et efficace.
- Par ailleurs, les patients craignent l'accoutumance et la dépendance physique aux antidépresseurs, jugés comme étant des “ produits forts ”.

Sont toxicomanogènes les substances qui induisent une accoutumance (nécessité au fil du temps d'augmenter la posologie pour obtenir le même effet) : les antidépresseurs ne sont pas toxicomanogènes. Cependant, ils produisent un nouvel équilibre biologique et psychologique : à l'arrêt brutal du traitement peuvent surgir des symptômes très transitoires, traduisant une rupture d'équilibre acquis, révélée par des symptômes physiques (nervosité, troubles du sommeil, irritabilité...) ou psychiques (anxiété). Cela a abouti à la description d'un syndrome de sevrage dès l'introduction des premiers antidépresseurs. Ce syndrome de sevrage aux antidépresseurs serait hautement corrélé aux propriétés anticholinergiques de certains produits et pourrait se manifester par de l'anxiété avec agitation et troubles digestifs, myalgies et céphalées, des troubles du sommeil, un syndrome extrapyramidal ou akathisie, des attaques de panique, de l'arythmie, voire des idées délirantes ou des réactions maniaques brèves. (24)

La survenue de ces manifestations est habituellement prévenue par la diminution progressive de la posologie (environ 25 % par mois) au moment d'envisager l'arrêt du traitement.

Les effets secondaires liés aux antidépresseurs sont divers : cliniques, biologiques et électrophysiopathologiques. (24) La liste de ces effets indésirables est exagérément exhaustive et il n'y a pas lieu de la détailler ici. Pour certains d'entre eux, l'imputabilité à la molécule reste discutable : ils seraient dépendants du trouble dépressif ou liés à un effet nocebo de la prescription.

“ *Est-ce que cela ne va pas me faire dormir ?* ” est une des questions que les patients posent fréquemment à propos des antidépresseurs en particulier, et des psychotropes en général.

En ce qui concerne la somnolence diurne et les troubles de la vigilance, ceux-ci peuvent s’observer avec les produits sédatifs ou médians. Les gestes professionnels précis, la conduite automobile, ainsi que la concentration intellectuelle peuvent être de ce fait entravés. Ces effets régressent habituellement au bout de quelques jours. Les patients risquent d’avoir l’impression que leur état dépressif s’est aggravé depuis l’instauration du traitement.

### **Quelles questions posent les antidépresseurs d'un point de vue scientifique ?**

Il ne s’agit pas de la question de l’efficacité, ni de celle des effets indésirables.

En effet, il est aujourd’hui bien établi que les antidépresseurs demeurent au rang de traitements biologiques capables de lever les symptômes de maladie dépressive sans en corriger la physiopathologie. Ils ont un effet suspensif et non curatif de la maladie dépressive (laquelle peut récidiver). (25)

Malgré leur efficacité prouvée, les antidépresseurs posent encore beaucoup de questions, non seulement au niveau de leur mécanisme d’action, mais aussi de leurs effets comportementaux et cognitifs, à court et à long terme. (1) (29)

Les antidépresseurs posent surtout deux questions importantes : la question du lien entre antidépresseurs et vieillissement cérébral, et la question concernant leurs effets sur l’humeur des sujets non déprimés.

1 – “ *Est-ce que la maladie dépressive est une maladie qui va précipiter le vieillissement cérébral ?* ”

Peut-être par des phénomènes de stress *via* l’axe corticotrope... entraînant alors des effets délétères ? On se pose de plus en plus de questions sur le vieillissement du malade déprimé récurrent.

D’autre part, on connaît depuis longtemps les liens entre les maladies dégénératives, telles que la maladie d’Alzheimer, et la dépression. Le fait qu’on découvre un Parkinson ou une maladie d’Alzheimer chez un patient après des années de dépression et de traitement nous amène à nous poser des questions. Quand on prescrit des médicaments antidépresseurs, influence-t-on le vieillissement ? Est-ce qu’on l’accélère ? Est-ce qu’on le retarde ? Doit-on continuer les antidépresseurs pour protéger du vieillissement ou faire le contraire ?

Il existe à l'heure actuelle des travaux très intéressants mais amenant à des interprétations contradictoires. D'une part, on peut citer les recherches portant sur les facteurs neurotrophiques et les maladies dégénératives. Ces protéines, présentes en grande quantité dans le cerveau humain, jouent un rôle important dans le développement neuronal et, potentiellement, un rôle protecteur des détériorations précoces (troubles dégénératifs, incluant la maladie de Parkinson, la maladie d'Alzheimer, la sclérose latérale amyotrophique et les neuropathies périphériques). Or, le stress augmente la vulnérabilité des neurones de l'hippocampe et diminue ses facteurs neurotrophiques. A l'opposé, les antidépresseurs de toutes les familles chimiques, pris au long cours, ainsi que l'électroconvulsivothérapie, pourraient augmenter les niveaux de ces protéines protectrices. (31)

On peut également citer les travaux de McEwen concernant l'action d'une molécule antidépressive sur l'atrophie de l'hippocampe et le stress chronique, suggérant un effet préventif de cette molécule sur le vieillissement. (4)

Des similitudes biologiques existent chez le sujet âgé entre le vieillissement normal (et surtout pathologique), les conséquences du stress et la dépression. La tentation est forte de chercher l'impact des antidépresseurs (surtout à long terme) sur ces affections apparemment liées.

Cependant, il existe déjà des travaux cliniques cherchant à observer, chez le sujet âgé, l'impact sur la détérioration cognitive de la prescription des antidépresseurs à long terme. Les résultats n'ont pas mis en évidence l'intérêt préventif de ces molécules sur le vieillissement.

Ainsi, la question est posée, mais on ne dispose pas encore de la méthodologie pour y répondre.

## 2 – “ Est-ce que les antidépresseurs sont capables d'agir sur une humeur normale ? ”

L'action des antidépresseurs est susceptible de s'exercer dans toutes les catégories de troubles dépressifs.

Il est établi que les antidépresseurs déploient toute leur efficacité dans les dépressions bien caractérisées d'intensité modérée à sévère. Les travaux de Prien (40) sur l'efficacité préventive de l'imipramine comparée à celle du lithium dans les traitements à long terme sont souvent cités. Il ressort latéralement de ces recherches que les dépressions de faible intensité ne répondent pas aux antidépresseurs, ou répondent moins bien que les dépressions d'intensité sévère. Cette constatation illustre l'importance du terrain dans les productions des effets psychocomportementaux des psychotropes. (27)

L'humeur normale répond-elle aux antidépresseurs ?

La propriété de stimulation de l'humeur ne se manifesterait pas chez le sujet non déprimé, bien qu'une certaine euphorie ait pu être mise en évidence chez des sujets normaux avec l'imipramine et les IMAO (23). Les cliniciens remarquent que la prescription d'antidépresseurs chez le sujet sain n'entraîne pas d'euphorie à proprement parler.

Chez les sujets sains, l'antidépresseur peut produire, selon les cas, un effet stimulant, un effet anxiolytique, un effet amaigrissant, un effet hypnotique, ou encore un effet sédatif... Il s'agit bien des effets latéraux et souvent immédiats. De ce fait, le médecin peut être amené à prescrire, pertinemment, un antidépresseur à des personnes qui ne sont pas (ou plus) véritablement déprimées afin de faire bénéficier ces patients des effets latéraux. Mais y a-t-il une action du médicament sur l'humeur normale ? Cela, on ne le sait pas.

Si l'on pouvait démontrer que les antidépresseurs n'agissent pas sur l'humeur normale, comme il a pu être démontré que l'aspirine ne fait pas baisser la température normale mais fait baisser l'hyperpyrexie, ce serait un immense progrès.

### **Comment “ négocier ” le traitement médicamenteux ?**

Le traitement médicamenteux devrait être plus facile à “ négocier ” que le diagnostic de dépression.

On dispose en effet de règles de bonne pratique qui consistent à présenter au malade les bénéfices et les inconvénients à prendre ce traitement.

On peut citer le texte des RMO (3). Dans l'introduction de ce texte, il est dit que le traitement médicamenteux d'une dépression ne saurait se réduire à l'acte unique de prescription de l'ordonnance.

La règle est de mettre en place les conditions psychothérapeutiques nécessaires pour qu'il existe un vrai échange d'informations sur les effets de la molécule. Ensuite, il faudra évaluer son efficacité, explorer la tolérance, ce qui offrira de nouvelles occasions pour accueillir les interrogations du patient et communiquer avec lui. Enfin, il est important d'informer sur l'évolution de la maladie et de rassurer sur la durée du traitement.

L'information favorise un meilleur suivi et une meilleure tolérance du traitement. C'est une manière de responsabiliser le patient en l'aidant à bien “ gérer ” son traitement. Pour certains médicaments, l'information peut être sommaire ; pour d'autres, elle doit être nécessairement exhaustive (IMAO, par exemple).

Le patient qui commence un traitement doit pouvoir le prendre sans la moindre inquiétude.

Quand la situation clinique le permet, il peut être intéressant de s'attarder avec le patient sur le contenu des notices qui accompagnent le médicament, car, si elles sont très insuffisantes pour ce qui est des conseils pratiques, l'énumération des effets secondaires, sans références aux fréquences d'apparition, est extrêmement détaillée. (16)

Dans certaines circonstances, il peut être nécessaire d'informer également l'entourage du patient, tout en veillant au respect de la confidentialité.

Dans tous les cas, cette information doit être adaptée, claire et accessible et ne doit pas alarmer le patient. Elle ne doit pas devenir une information pseudo-scientifique, réductionniste et simplificatrice (il n'est pas possible de réduire la dépression à une simple anomalie de la sérotonine...). (16)

### **Quelles sont les questions des patients à propos des psychothérapies ?**

*“ Faut-il vraiment que je prenne des médicaments ? Est-ce que cela ne relève pas d'une psychothérapie ? ”*

Certains patients font une demande claire de psychothérapie, parfois d'emblée, souvent après une expérience négative avec des traitements antidépresseurs.

*D'autres sont réticents à une telle démarche : “ Cela va prendre des années et des années. Je vais être encore plus perturbé à la fin. Les psys sont plus malades que leurs patients. Je ne saurai que dire au bout de quelques séances. Je ne supporterai pas quelqu'un qui ne parlera pas en face de moi. On devient complètement dépendant de son thérapeute. ”*

Les thérapies cognitives et comportementales ne durent pas des années et des années. Mais les patients le savent-ils ? Par psychothérapie, ils entendent encore une démarche psychologique d'exploration subjective de soi face à un psychologue.

Le résumé de ces interrogations serait : *“ Qu'est-ce que c'est ? Est-ce que cela va marcher ? ”*

Ces questions, souvent posées sur les traitements biologiques, n'épargnent pas les psychothérapies, à un moment où, dans l'opinion publique, les soins “ alternatifs ” (la relaxation, les techniques de gestion du stress, la lecture individuelle d'ouvrages traitant de la question, les vitamines et les régimes alimentaires) sont nettement préférés.<sup>7</sup>

Il existe deux grandes familles en psychothérapie : les thérapies psychodynamiques (cures psychanalytiques et psychothérapies d'inspiration analytique) d'une part, les thérapies cognitives et comportementales d'autre part. (15)

Depuis ces dernières années, surtout dans les pays anglo-saxons, il est question également de psychothérapies interpersonnelles, qui sont des psychothérapies alliant des aspects psychodynamiques et psychoéducatifs dans une approche codifiée et limitée dans le temps (psychothérapies dites “ brèves ”).

---

<sup>7</sup> Voir chapitre premier de ce même rapport.

### **Psychothérapies psychodynamiques**

Ces psychothérapies sont structurées essentiellement au niveau du cadre technique : thérapeute non directif, plusieurs séances par semaine, une durée conséquente sur plusieurs années. Leurs objectifs sont larges et ne ciblent pas forcément la levée des symptômes. L'indication d'une telle psychothérapie ne peut nullement se poser en termes de soins en urgence et nécessite une motivation toute particulière de la part du patient.

Il est donc exceptionnel de commencer ce type de traitement pendant la phase aiguë de la dépression. D'ailleurs, ce n'est pas recommandé.

Nous n'allons pas décrire ici la cure type freudienne. Nous dirons seulement qu'elle s'attache à la notion d'inconscient, à la répétition dans la vie adulte des conflits infantiles non résolus et qu'elle appuie son travail et son efficacité sur la relation imaginaire et fantasmatique qui s'instaure entre le patient et son analyste. L'analyse de ce " transfert " est le propre de la méthode freudienne.

Les psychothérapies d'inspiration psychanalytique (PIP) proposent un cadre un peu moins contraignant, du fait qu'elles utilisent moins directement l'analyse du transfert et des résistances. La lecture théorique des aspects conflictuels reste " inspirée " de la psychopathologie freudienne, ce qui exige de la part du thérapeute une formation psychanalytique solide. Il s'agit d'une thérapie qui se déroule en face à face avec le patient et inclut, de ce fait, des éléments empathiques et relationnels plus significatifs que dans la cure type.

### **Psychothérapies comportementales**

Dans le cas de la dépression, leur base théorique est celle des apprentissages inadéquats ou insuffisants des renforcements sociaux. La psychothérapie comportementale vise à modifier ce déficit à travers une stratégie progressive bien codifiée consistant à réapprendre à " gérer " ses expériences relationnelles et à restaurer l'estime de soi.

Ces programmes appuyés sur des techniques d'affirmation de soi se déroulent suivant un calendrier préalablement fixé.

L'indication est plus facile à poser et le traitement peut débuter en phase aiguë de la dépression, à moins que l'intensité de celle-ci ne soit trop importante. Cette thérapie peut également avoir une valeur préventive certaine chez des sujets qui présentent une vulnérabilité dépressive.



### **Psychothérapies cognitives**

Pour les cognitivistes, la dépression peut être expliquée par la présence de distorsions dans les manières de penser, typiques de l'humeur dépressive : vision négative de soi, du monde et de l'avenir. A. T. Beck a décrit cette triade cognitive de la dépression.

Dans les thérapies cognitives, il est question tout d'abord de repérer ce fonctionnement mental stéréotypé, pour chercher ensuite à "remplacer" ces cognitions par des pensées positives alternatives. La méthode pour atteindre ces objectifs est directive et comprend des techniques de relaxation et une démarche psychoéducatrice. Elle suit progressivement une stratégie d'actions qui se déroule sur un nombre limité de séances pendant une durée de trois à six mois.

### **Thérapies cognitivo-comportementales (TCC)**

Les thérapies comportementales ont précédé les thérapies cognitives, qui se sont développées durant les années 70. L'intégration de ces deux techniques a conduit à la forme actuelle des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) de la dépression. Ces TCC portent l'attention sur les aspects actuels et accessibles à l'observation de la pathologie dépressive, et ciblent des modifications concrètes de la symptomatologie. Elles se prêtent bien à l'évaluation systématique.

C'est la raison pour laquelle elles apparaissent actuellement comme étant plus indiquées que d'autres pour soigner la dépression. (9)

Les études d'efficacité ont porté sur des dépressions caractérisées d'intensité mineure ou modérée, unipolaires, et sans symptômes psychotiques. L'efficacité sur les PMD n'a pas encore été étudiée, mais l'expérience plaide en faveur d'une association des techniques cognitives à la chimiothérapie. (22)

### **Autres approches psychothérapeutiques**

En dehors des thérapies structurées, brièvement décrites ci-dessus, il existe une psychothérapie non codifiée dans sa technique, que l'on appelle volontiers **psychothérapie de soutien**. Elle représente une forme de thérapie médicale relationnelle, habituelle de tout acte médical, basée sur l'empathie qui permet au patient de s'exprimer librement et en confiance, sur le soutien et l'appui narcissique, et qui comprend une dimension directive de conseil, d'information et d'explication.

La prise en charge psychothérapeutique comporte plusieurs avantages : absence d'effets secondaires physiologiques, efficacité possible chez certains patients non répondeurs aux thérapeutiques biologiques, possibilité théorique de favoriser la prévention des récurrences par une meilleure compréhension et/ou l'évitement des situations favorisant une rechute. (36)

– “ *Qu’est-ce qui est plus efficace, la psychothérapie ou le traitement par médicaments ?* ”

Ces vingt dernières années, une nouvelle méthodologie a été développée pour pouvoir évaluer les effets des psychothérapies dans la dépression, en tant que traitement unique ou en association aux médicaments antidépresseurs. (41)

Cette méthodologie inclut les conditions auxquelles sont soumises les études pharmacologiques, à savoir : protocole thérapeutique standardisé, groupe de contrôle, distribution aléatoire des patients (randomisation), évaluation en double aveugle.

La plupart de ces études ont été menées avec des patients pris en charge en ambulatoire et n’ont pas inclus des patients déprimés mélancoliques ou bipolaires. (41)

Plusieurs difficultés subsistent qui rendent ces études comparatives encore bien imparfaites. Cependant, il a pu être établi que les psychothérapies (TCC, thérapies interpersonnelles et de soutien) possèdent une efficacité comparable aux antidépresseurs, bien que leur action soit moins rapide (au-delà de 4-6 semaines) et donc moins patente en début de traitement. Leur efficacité se rapproche davantage de celle des antidépresseurs dans le long terme et elles auraient un impact préventif supérieur au niveau des rechutes et des récives (cela a été démontré tout particulièrement pour les TCC). (14)

Lors d’un épisode dépressif aigu d’intensité légère ou modérée, une prise en charge psychothérapeutique isolée peut être envisagée lorsque le patient choisit ou préfère cette approche thérapeutique. Cette stratégie n’est pas recommandée chez les patients présentant une intensité sévère des troubles et/ou la présence de symptômes psychotiques ou mélancoliques. (36)

La psychothérapie en phase initiale comme traitement unique de la dépression peut être également indiquée en présence de facteurs psychosociaux stressants, d’une conflictualité interpersonnelle ou interne importante, ou en cas de comorbidité avec des troubles de la personnalité. Par ailleurs, la psychothérapie peut être le traitement initial quand il existe des contre-indications à l’instauration d’un traitement par antidépresseurs, par exemple en cas de grossesse ou d’allaitement. (2)

– “ *Peut-on associer les deux traitements ?* ”

L’idée – simpliste – que le médicament traite la phase aiguë et que la psychothérapie ne vient qu’en consolidation doit être remise en question.

Cette notion repose sur l’idée que la démarche psychothérapeutique exige du patient une capacité à penser et à disposer librement de son raisonnement et de ses associations d’idées et d’affects, capacité qui est fortement entravée au début de la dépression. Elle repose aussi sur l’idée que la psychothérapie n’a une efficacité que reconstructive sur les séquelles et les conséquences existentielles de la maladie. Dans les meilleurs des cas, donc, la psychothérapie aurait une efficacité préventive.

Cependant, l'abord psychothérapique en phase aiguë, s'il est particulier et adapté techniquement à cette situation, n'est pas à exclure, d'autant plus que, parfois, la qualité et les résultats du traitement psychologique qui suivra cette phase aiguë en dépendront.

Une étude récente (12) menée sur 2 678 patients paraît confirmer la notion déjà soulignée par d'autres auteurs que l'adjonction d'une psychothérapie assurée par un spécialiste à la prise en charge médicamenteuse permet de garantir de meilleurs résultats à moyen terme, lors des traitements de consolidation et de prévention. Malgré les limitations méthodologiques, cette étude vient appuyer une notion clinique facilement acceptable et démontrer que cette "double" prise en charge (menée dans cette étude par un médecin généraliste et un psychothérapeute du secteur public), qui ne s'avère pas nécessaire pour tous les patients, n'est pas plus onéreuse au vu de l'analyse finale coût/bénéfices.

Lors de la phase aiguë, l'association chimiothérapie-psychothérapie doit être envisagée dans certains cas : symptômes dépressifs chroniques ou rémission de mauvaise qualité antérieure à l'épisode actuel, efficacité partielle de chacun des deux traitements administrés isolément, antécédents de difficultés psychosociales, mauvaise observance antérieure au traitement.

Lors de la phase de maintenance, l'association chimiothérapie-psychothérapie a surtout été vérifiée chez les patients unipolaires.

Les troubles dysthymiques chroniques et un taux élevé de rechutes parmi les antécédents personnels confèrent toute sa valeur à cette association thérapeutique. (36)

Par ailleurs, il a déjà été dit qu'en dehors des psychothérapies structurées, le soutien psychothérapique propre à la relation médecin-malade est une composante fondamentale du traitement médicamenteux de la dépression (3) et que cet accompagnement améliore également l'observance.

### **Quelles interrogations posent les psychothérapies du point de vue médical ?**

Pour le médecin, les interrogations concernant les psychothérapies ne diffèrent pas beaucoup de celles que l'on vient de considérer : d'abord les indications, les contre-indications, l'efficacité, l'évaluation. Ensuite, l'opportunité.

Pour ce qui est de l'opportunité, il est généralement admis avec un accord professionnel fort qu'un patient atteint de dépression d'intensité sévère (dépression avec symptômes psychotiques ou mélancoliques) n'est pas en mesure de réaliser le travail associatif nécessaire à la "remise à niveau du fossé énergétique" – pour reprendre une terminologie neurobiologique – dont il souffre. (44)

Dans ces cas, le recours à des techniques de soins biologiques s'impose dans un premier temps (sismothérapie, antidépresseurs).

Du point de vue médical, les psychothérapies posent les questions de leur mécanisme et du support de leur action à propos de ce que nous identifions comme une maladie.

On peut comprendre les effets d'une psychothérapie en termes de psychologie ; en revanche, il est moins simple de comprendre comment une psychothérapie peut agir sur un domaine psychopathologique. Soit elle agit par des mécanismes psychologiques et c'est donc une influence d'un facteur psychologique sur le processus psychopathologique. Soit cela pose une autre question, celle des supports fonctionnels objectivables.

Qu'est-ce qui fait par exemple que, lors d'un processus pathologique dépressif, l'abord psychothérapeutique amène un certain changement ? S'agit-il simplement d'une action psychologique facilitant d'autres actions, également psychologiques, qui peuvent faire relativiser le vécu subjectif de la douleur morale et de la souffrance dépressive ? Y a-t-il une action psychique et/ou neurobiologique entraînant un véritable changement psychopathologique ?

Médicalement, cette question nous amène donc à étudier la manière de résoudre les multiples difficultés méthodologiques. Au fond, nous ne pouvons, à l'heure actuelle, qu'émettre le vœu de la mise en place d'études valides d'un point de vue scientifique, qui permettraient non seulement une évaluation sur le plan clinique, mais aussi des progrès dans la connaissance des mécanismes qui peuvent sous-tendre la finalité d'une psychothérapie.

### **Quelle négociation pour engager une psychothérapie ?**

Faut-il transmettre le message d'une indication et, si oui, comment ? Que dit-on sur les modalités, qu'indique-t-on sur les résultats possibles, sur les conditions de faisabilité ? Qu'est-ce qu'on dit attendre du sujet. Est-ce qu'on lui promet un échange ?

Une fois l'indication posée et le thérapeute persuadé de l'intérêt de la psychothérapie, reste à négocier avec le patient sa faisabilité.

Tout d'abord, il y a la psychothérapie non désignée en tant que telle. Dans ce cas, la négociation va consister pour le médecin à convaincre, à partager une conviction avec le patient sur la pertinence et le caractère rassurant de ce qui est proposé. C'est-à-dire la pertinence en termes d'efficacité, de sécurité, de pronostic ; c'est le propre de la relation médecin-malade.

La deuxième situation est celle où l'on propose au patient une psychothérapie qui va agir sur les symptômes de dépression proprement dits, et pour laquelle on va : désigner des objectifs, c'est-à-dire la levée des symptômes ; indiquer un calendrier, donc donner le nombre approximatif de séances ; par conséquent, énoncer implicitement les critères d'évaluation, puisque ce sera la levée des symptômes.

C'est ce que proposent les thérapies cognitives et comportementales.

Le troisième cas est celui d'une psychothérapie qui ne se donne pas comme objectif immédiat la levée des symptômes mais l'amélioration d'un fonctionnement psychique global, c'est-à-dire des traits de personnalité qui peuvent être identifiés comme dépressogènes ou comme facteurs de pérennisation de la dépression

A ce moment-là, les objectifs sont beaucoup moins bien définis, beaucoup moins précis, parce que beaucoup plus larges. Il n'y a pas de calendrier. Ce qui est proposé peut correspondre à la nature des troubles et des difficultés du patient. Ce type de psychothérapie psychanalytique s'accorde aussi aux références théoriques du sujet.

On n'engage pas une psychothérapie de la même manière selon qu'il s'agit d'une psychothérapie de soutien ou d'une psychothérapie codifiée : cognitive, comportementale ou psychanalytique, sans parler des thérapies conjugales, familiales, etc. qui sont, elles, du fait de leur appellation, un peu plus ciblées.

La négociation de la psychothérapie de soutien n'est pas explicitement énoncée, alors que, dans les thérapies codifiées, il y a une explicitation et une définition de ce que peuvent être les objectifs.

Dans la thérapie cognitive, ce sera surtout la levée des symptômes.

Dans la psychanalyse, ce sera le remaniement d'un fonctionnement plus global qui sera visé ; l'objectif sera bien évidemment de laisser un peu de côté les symptômes dans leur aspect manifeste et d'inviter le patient à vaincre ses résistances pour travailler dans la recherche des sens possibles donnés à un tel comportement.

Selon la personne, pour une même pathologie, on pourra éventuellement changer les propositions. Il peut être intéressant, partant de là, de se dire qu'effectivement il n'y a pas de psychothérapie sans négociation et donc sans contrat, qu'il s'agisse d'un contrat très bien défini quant aux objectifs ou très bien défini quant au cadre.

Dès lors qu'il n'y a pas une telle négociation, la part psychothérapique plus implicite a simplement une fonction de soutien inhérente à toute situation médicale.

### **Quelles sont les questions spécifiques posées par un traitement thymorégulateur du point de vue du patient et du point de vue de soignant ?**

Un traitement thymorégulateur constitue la thérapeutique de choix au moment d'envisager la prévention des troubles thymiques. Cette prévention s'applique tout particulièrement aux troubles cycliques, c'est-à-dire aux troubles maniaco-dépressifs, bipolaires ou unipolaires.

L'efficacité d'une molécule thymorégulatrice (lithium, carbamazépine, valproate, pour ne citer que les principales) se définit de différentes manières : réduction de la fréquence, ou de la durée, ou de l'intensité des épisodes thymiques pathologiques. (34)

La première question sera donc de savoir quels vont être les critères d'efficacité du thymorégulateur :

- Prophylaxie des accès maniaques ?
- Prophylaxie des accès dépressifs ?
- Prophylaxie des variations de l'humeur ?
- Prophylaxie du comportement suicidaire ?
- Prophylaxie de quoi ?
- Comment peut-on définir le risque ?
- Comment le patient peut-il le comprendre ?
- Comment le soignant peut-il le supposer ?

En principe, il est facile pour le médecin de dire à quelqu'un qui a déjà fait quatre épisodes maniaques, ou dépressifs : “ *Maintenant, vous allez prendre du lithium pour ne pas recommencer.* ” Le patient comprend, il sait de quelle prophylaxie on lui parle. Il y a d'autres situations qui sont moins évidentes.

Si le médecin propose au patient le lithium quand celui-ci n'a pas nécessairement été convaincu de l'existence ou de la gravité des épisodes dépressifs, il est fort probable que le patient s'interrogera sur la nécessité d'une prévention.

Ce que, souvent, le médecin ne dit pas assez au patient, c'est que, dans la prophylaxie, il y a aussi une prophylaxie contre le suicide. Cela est implicitement ou explicitement dit entre médecins, mais les médecins ne parviennent pas à dire au patient : “ *Vous n'avez pas plus de chances que moi de vous suicider et, sans ce médicament, vous avez beaucoup plus de chances que moi de vous suicider ; donc je vous donne ce médicament pour cela.* ” On peut déplorer qu'encore aujourd'hui, cette information soit du non-dit.

Les études montrent clairement, bien que leurs chiffres soient variables, que le risque suicidaire (ainsi que le risque de mourir prématurément d'une maladie organique, en particulier cardio-vasculaire) est nettement plus élevé chez les patients souffrant de troubles bipolaires. Certaines formes sont à risque encore plus élevé. C'est le cas des états mixtes et des manies dysphoriques par exemple : l'énergie et l'impulsivité (maniaques) ainsi que l'anxiété font courir aux malades, par ailleurs déprimés, un risque suicidaire accru. Les patients qui présentent des cycles rapides de variation de l'humeur ne semblent pas avoir un risque supérieur. (8)

Une action spécifique “ antisuicide ” du lithium, indépendante de l’action régulatrice de l’humeur, a été proposée par plusieurs auteurs. (5) (10) (32) (46) Ces études montrent clairement la diminution du taux de suicides chez les sujets traités au long cours par lithiothérapie par rapport à ceux non traités, ou inobservants, et cela quelle que soit l’amélioration obtenue en ce qui concerne les troubles de l’humeur. Lorsque l’on analyse la mortalité des cohortes année par année, il apparaît que ce n’est que pour la deuxième année sous lithium que le risque de suicide s’aligne sur celui de la population générale. (43) L’arrêt du traitement, notamment de manière brutale, peut entraîner une augmentation des rechutes et des conduites suicidaires. (5)

Malheureusement, les “ autopsies psychologiques ” semblent montrer que seule une faible proportion de patients chez qui un trouble de l’humeur avait été diagnostiqué recevait un traitement adéquat au moment du suicide. Le retard au diagnostic peut être également incriminé. (17)

L’effet antisuicide des sels de lithium serait dû à l’action sérotoninergique (action au niveau du second messager – phosphate d’inositole) et à leurs propriétés antiagressives et anti-impulsives. (45)

Certains auteurs ont donc évoqué la possibilité d’une indication spécifique dans la prévention des conduites suicidaires chez des personnes ne présentant pas de troubles bipolaires avérés, mais des pathologies impliquant des réactions impulsives : l’alcoolisme, les troubles de la personnalité en général et les personnalités *borderline* en particulier, les troubles du spectre obsessionnel, le stress post-traumatique. La réserve porte sur la marge étroite du profil de sécurité, étant donné la potentialité toxique du lithium ; mais ces intoxications par le lithium surviennent exceptionnellement, par surdosage à but suicidaire. (30)

Il est admis, au-delà du suicide, que les troubles du comportement, le mauvais contrôle pulsionnel, l’agressivité physique et verbale, qui peuvent être des symptômes clés de certains tableaux cliniques (retard mental, comportement antisocial délinquant) ou des symptômes accompagnant certains moments de variation thymique, fort invalidants sur le plan social et professionnel, peuvent être directement corrigés par la lithiothérapie, probablement grâce à ses propriétés stimulantes de l’axe sérotoninergique. (45)

Pour les autres thymorégulateurs, la carbamazépine et l’acide valproïque, l’effet antisuicide n’est pas encore bien établi. (18)

Ainsi, nous avons vu que le patient n’était pas suffisamment informé sur les possibilités thérapeutiques et sur les objectifs prophylactiques.

La grande question reste donc : “ Prophylaxie de quoi ? ” Il est effectivement essentiel de donner une réponse plus explicite au patient.

### **Quelles sont les autres modalités thérapeutiques proposées, utilisées ou demandées ?**

Il existe une grande ambiguïté, une grande difficulté pour bon nombre de gens à se reconnaître déprimé la première fois ou les premières fois. Ensuite, cela change, mais, la première fois, les patients vont consulter et disent : “ *Je suis déprimé parce que ma belle-mère... mais je ne veux pas de médicament, je ne veux pas de psychothérapie.* ” Ils viennent à la consultation de façon un peu irrationnelle, ils ne savent pas ce qu'ils viennent demander. Effectivement, il y a là quelque chose qui est une simple demande de réassurance et de soutien.

Mais la réassurance proposée par le médecin ne suffit que transitoirement. Il suffit de prendre l'exemple d'un malade hospitalisé qui va mieux pendant la première semaine, du fait même de l'hospitalisation ; la deuxième semaine, il va moins bien. De même, le fait d'être adressé en consultation permet au malade d'aller mieux ; cela reste transitoire.

La phytothérapie (traitement par les plantes) a un grand succès dans le public, c'est un peu comme l'“ imposition des mains ”.

Cette approche n'a pas prouvé son efficacité. Elle a sans doute donné quelques résultats favorables, mais s'agissait-il de “ vrais ” déprimés ?

Ces “ alternatives ”, sans aucune base scientifiquement prouvée, non seulement font courir des risques immédiats sérieux au patient, mais elles retardent aussi l'accès aux soins. Rappelons que plus cet intervalle avant traitement est grand, plus longue sera la résolution de l'épisode dépressif et plus grands seront les risques de chronicisation.

Il existe encore d'autres modalités thérapeutiques proposées, la luxothérapie (ou photothérapie), par exemple, qui est particulièrement indiquée dans les dépressions saisonnières<sup>8</sup>, mais dont le coût est trop élevé.

La sismothérapie est indiquée pour des patients qui présentent un trouble dépressif d'intensité sévère avec des perturbations fonctionnelles, ou devant l'existence de symptômes psychotiques ou catatoniques qui mettent le patient en danger vital (risque suicidaire accru, refus de s'alimenter).

La sismothérapie est l'un des traitements les plus efficaces de la dépression. L'amélioration survient beaucoup plus rapidement qu'avec les autres traitements et la proportion de patients répondeurs est beaucoup plus grande. Malgré cela, cette méthode thérapeutique n'a pas bonne réputation parmi la population générale qui continue de penser, à tort, qu'elle est “ dangereuse pour le cerveau ”. Les quelques effets secondaires répertoriés au niveau cognitif (troubles de la mémoire antérograde et confusion), hormis ceux liés à l'anesthésie, sont transitoires et disparaissent à l'arrêt du traitement. (2)

---

<sup>8</sup> Voir “ Les trajectoires évolutives ” dans ce même rapport.



## Quelle est aujourd'hui l'offre de soins en France ?

L'offre de soins en France est abondante – on est à l'acmé du nombre de psychiatres – mais cela ne durera pas. L'accès au psychiatre sera moins aisé, tout comme l'accès à tous les spécialistes ou au moins à bon nombre d'entre eux. Donc, il y aura nécessairement un transfert de compétences.

Nous ne savons pas actuellement vers qui va se faire le transfert de compétences, psychologues ou médecins généralistes ?

Il faut attirer l'attention sur le fait qu'à force de dire que les Français ne sont pas déprimés, qu'" *ils se bourrent de médicaments par confort* ", on pourrait se retrouver demain comme en Italie, où certaines catégories d'antidépresseurs ne sont pas remboursées, ou comme en Angleterre, où les tricycliques sont les premiers prescrits en première intention en ambulatoire.

L'offre de soins en France se compose de plus de 60 000 omnipraticiens (CNAMTS, 1996), 11 000 ou 12 000 psychiatres (SESI, 1997), un nombre très important de psychothérapeutes... Le dispositif de soins hospitaliers est constitué de 96 établissements publics de santé, de 181 services de psychiatrie dans les hôpitaux universitaires et généraux, de 19 établissements privés faisant fonction de public, et de 322 établissements à but non lucratif participant ou non au service public (*Annuaire des statistiques sanitaires et sociales*, 1997 ; DGS-SESI, 1993 ; CRAM IDF, 1997 ; SAE, 1995). (9)

Par ailleurs, on peut trouver une possibilité d'accès avec un libre choix, un remboursement éventuel à 100 %, une prise en charge des médicaments, une prise en charge des consultations, et, dans certains cas, une prise en charge de psychothérapie. Pourtant, l'on signale des inégalités profondes entre les différentes régions du pays.

L'offre est très différente dans les pays voisins :

- En Angleterre, l'accès direct aux psychiatres n'est pas possible, on dépense deux fois moins, il y a deux ou trois fois moins de psychiatres, mais ce sont les antidépresseurs tricycliques qui sont prescrits en première intention.
- En Italie, le remboursement n'est pas simple, en particulier pour les antidépresseurs ; les médicaments sérotoninergiques ne sont pas remboursés ou ne sont pas tous remboursés.
- En Allemagne, la comparaison est beaucoup plus difficile, car on utilise des plantes qui ont des effets psychotropes. On classe dans les antidépresseurs des molécules que nous ne plaçons pas dans cette classe thérapeutique ; c'est le cas, par exemple, du sulpiride. Il y a également un grand nombre de psychothérapeutes.

Mais en France, nous avons à la fois des psychiatres, des psychothérapeutes, des psychanalystes et des psychothérapeutes comportementaux. Nous avons plus de psychiatres, nous avons des médicaments remboursés que d'autres pays n'ont pas encore.

Si le malade déprimé nécessite d'être hospitalisé, il est pris à 100 % aujourd'hui en France : c'est un privilège peu reconnu.

### **Quel choix d'une filière de soins ou d'une autre, et pourquoi ?**

Le psychiatre est perçu comme le spécialiste prenant en charge les cas graves, ce qui est censé expliquer le peu de recours spontané à sa consultation ; il ressort nettement que le mot psychiatre est marqué de connotations, fortement stigmatisé, et qu'il réveille beaucoup d'appréhensions. (42)

Les catégories socioéconomiques favorisées vont davantage chez le spécialiste, les catégories moins favorisées vont chez le généraliste. Cela dépend aussi de l'offre. Il est bien évident que, dans un milieu rural, l'accès au spécialiste et les filières ne sont pas les mêmes qu'à Paris ; cependant, ce sont essentiellement les niveaux socioéconomiques qui restent déterminants.

La problématique posée n'est pas spécifique à la psychiatrie : elle est banale pour toutes les disciplines médicales (endocrinologie, pédiatrie).

Pour ce qui est du choix d'une filière de soins plutôt que d'une autre, on pourrait dire de façon globale qu'il y a ceux qui préfèrent se soigner avec la psychothérapie et ceux qui préfèrent les médicaments.

On voyait autrefois des personnes qui avaient suivi une psychanalyse pendant des années, puis qui arrivaient chez le psychiatre... On ne voit plus cela : maintenant elles viennent bien avant. L'idée que le médicament pouvait, d'une certaine manière, gêner la psychanalyse n'est plus de mise.

A propos des critères de choix d'une filière, la référence théorique n'a plus sa place.

### **Quels sont les critères d'hospitalisation ?**

L'hospitalisation ne concerne qu'une minorité de patients déprimés.

Le nombre de séjours hospitaliers pour dépression sur une année est estimé à moins de 5 % des déprimés, sur la base d'une prévalence annuelle de dépression de 5 % dans la population générale adulte et d'une moyenne d'une hospitalisation par patient et par année. (9)

Pour poser l'indication d'hospitalisation, il existe des **critères cliniques**, des critères concernant la personne malade et des critères sociofamiliaux.

Les critères cliniques concernent notamment la sévérité du tableau dépressif, marquée par le caractère mélancolique de l'accès, la présence d'idées délirantes et le risque vital encouru.

Dans ce contexte d'urgence, les raisons médicales qui conduisent à poser cette indication seront la nécessité d'une surveillance constante et la possibilité que l'hôpital offre de commencer un traitement antidépresseur rapidement (antidépresseur par perfusion, sismothérapie de première intention, par exemple). Cela permettra de protéger le patient de son potentiel suicidaire.

Une hospitalisation à la demande d'un tiers peut s'avérer nécessaire si le patient refuse les soins, ce qui est souvent le cas dans les mélancolies délirantes. (15) En effet, le mélancolique délirant s'estime souvent incurable ou indigne de toute sollicitude.

Il existe aussi des critères cliniques d'hospitalisation en dehors de toute situation d'urgence. Certains cas de dépression peuvent nécessiter des investigations qu'il est difficile de réaliser en ambulatoire en un bref laps de temps. (47) C'est le cas, notamment, des dépressions survenant dans le contexte de maladies intercurrentes. Le plateau technique de l'hôpital rend ces diverses explorations plus faciles et fournit les conditions de sécurité au bon déroulement du traitement.

Les **critères concernant l'individu malade** comprennent, hormis une éventuelle demande explicite, les éléments personnels qui modifient le risque suicidaire dans une situation d'urgence. Une forte croyance religieuse, par exemple, est classiquement considérée comme étant un facteur "protecteur" face aux impulsions suicidaires. A l'inverse, les antécédents de passage à l'acte autoagressif sont un facteur aggravant. Dans une situation de non-urgence, les antécédents personnels de non-observance ou de "résistance" thérapeutique constituent des critères individuels d'hospitalisation.

Les **critères sociofamiliaux** concernent l'existence ou non d'un entourage compréhensif de la maladie et prêt à collaborer avec les soins médicaux. Ainsi, par exemple, un patient isolé présentant un épisode dépressif grave imposera volontiers la nécessité d'une hospitalisation. De même qu'un milieu intolérant à la dépression peut amener à préconiser l'hospitalisation du patient.

Dans certains cas, l'entourage peut être directement ou indirectement intriqué à la situation "précipitante" de la dépression ; l'éloignement du malade du milieu familial peut alors favoriser son rétablissement. L'isolement et l'absence de visites doivent être présentés comme des mesures thérapeutiques décidées par le médecin bien que souhaitées le plus souvent par le patient.

L'hospitalisation constitue également un temps de "rupture" avec le quotidien (temps de suspension, de maternage et de régression), lequel peut avoir des effets thérapeutiques en soi.

## **Quelles questions pose à un patient (et/ou à sa famille) l'éventualité d'une hospitalisation ?**

L'indication d'une hospitalisation pose, au patient comme à sa famille, des questions qui sont directement liées à l'image de la psychiatrie, à sa stigmatisation.

*“ Est-ce aussi grave que vous le dites, Docteur ? Est-ce que je suis fou ? Est-ce que je vais être avec des fous ? ”* Voici donc la question de fond : la stigmatisation du malade, la stigmatisation d'être déprimé au point d'être hospitalisé en milieu psychiatrique. Et, dans ce contexte, une fausse question semble naître : est-ce que l'hospitalisation ne va pas stigmatiser un peu plus fortement que le traitement en ambulatoire ?

R. Priest (42) a mis en évidence que la plupart des traitements psychiatriques (antidépresseurs, psychothérapie, hospitalisation) sont jugés d'une manière péjorative par la population générale.

Dans une enquête australienne menée auprès de la population générale concernant les soins psychiatriques, l'image la plus négative revenait à l'hospitalisation à temps plein dans un établissement spécialisé. (20)

D'où l'importance des campagnes d'information et d'éducation sanitaire au niveau de la population générale. Elles ont fait la preuve d'une efficacité certaine pour modifier ce type de croyances et les fausses représentations. (39)

Bien expliquée, l'hospitalisation finit par être acceptée par le patient et par son entourage.

“ Où ? ” est souvent une des questions qui amènent médecin, patient et entourage à une “ négociation ” difficile. En effet, il existe en France plusieurs possibilités d'hospitalisation : établissements publics – universitaires, associatifs ou sectorisés – et privés. Cependant, les disparités régionales en nombre de lits sont importantes et l'accès en urgence à certains de ces lieux d'hospitalisation est très souvent restreint. Si bien que, dans un contexte d'urgence, le seul hôpital dont le médecin dispose est, en général, l'établissement spécialisé correspondant au secteur psychiatrique du patient.

“ Combien de temps ? ” est la question qui suit, avec l'interrogation sur les soins qui seront prodigués en milieu hospitalier.

Une autre question devrait être : “ Combien ça coûte ? ” Il paraît étonnant que cela ne vienne à l'esprit de personne.

## **Comment négocier une hospitalisation ?**

La “ négociation ” n’est sans doute pas la même selon que la consultation a lieu en ville ou à l’hôpital.

Il s’agit d’un moment important. Le médecin doit être lui-même convaincu de la nécessité d’une hospitalisation avant d’entamer cette discussion avec le patient et/ou avec ses proches.

Les lieux d’accueil sont les services de psychiatrie des établissements publics de santé et des hôpitaux généraux, ainsi que les cliniques spécialisées. Les services de médecine des hôpitaux généraux prennent en charge quelques patients déprimés en fonction des potentiels locaux, mais au-delà des problèmes d’effectifs, le médecin est confronté à la question de la formation et de la motivation du personnel infirmier à s’occuper de ce type de patients. Par ailleurs, le risque suicidaire que présente le déprimé hospitalisé fait que ces services ne sont pas toujours adaptés à cette prise en charge.

Ce sont des arguments à tirer en faveur de la spécialisation du lieu d’accueil pour dépasser la réticence du patient et de son entourage à une hospitalisation en milieu psychiatrique.

Le non-consentement du malade à l’hospitalisation après une explication claire et concise de cette indication est une éventualité peu fréquente, que l’on observe en particulier dans les cas de mélancolie et de dépressions en apparence “ moins sévères ”, mais dont le risque suicidaire est très élevé du fait d’éléments cliniques surajoutés (troubles de la personnalité, troubles addictifs, etc.). La loi du 27 juin 1990 a prévu, pour ces cas-là, des mesures d’assistance psychiatrique, et l’hospitalisation peut se faire sur la demande d’un tiers (HDT). Il apparaît fondamental d’expliquer à l’entourage le péril imminent que la situation fait courir au patient. (47) L’HDT met un terme au choix d’hospitalisation car celle-ci ne pourra se faire que dans des établissements régis par la loi.

Le temps d’hospitalisation (en général, un mois) doit être annoncé d’emblée. Prévoir moins de temps en se réservant de prolonger ultérieurement est à éviter, car cette “ négociation ” après le début de l’hospitalisation s’avère difficile. (13)

## **Conclusion**

La décision de soins est un projet thérapeutique que le médecin établit avec son patient et l'entourage proche de celui-ci.

Les possibilités thérapeutiques validées pour la dépression sont actuellement nombreuses et permettent de tenir compte des préférences du patient, à condition qu'il ait été suffisamment informé des bénéfices et des risques de chaque intervention.

La " négociation " des soins est donc un temps fondamental et riche de la relation médecin-malade-entourage et elle constitue un maillon indispensable dans le devenir de la dépression.

## **2. Le suivi du patient**

Comment se passe le suivi de la prise en charge ?

Dans le chapitre consacré à “ Le temps du diagnostic ” nous avons mis en évidence l'existence d'éléments environnementaux très divers qui constituaient une sorte de “ décor psychosocial ” à l'intérieur duquel allait avoir lieu la consultation.

C'est effectivement dans ce décor que va se produire la rencontre entre une souffrance psychique et un soignant censé la reconnaître, l'identifier comme pathologique et, par voie de conséquence, la prendre en charge. Ces trois temps sont indispensables à la mise en place d'une relation thérapeutique de qualité.

En effet, reconnaître une détresse psychique ne suppose pas forcément la reconnaître comme pathologique, pas plus que le fait de l'identifier comme pathologique n'implique automatiquement le diagnostic de dépression.

Cette première rencontre débouchera sur la mise en place d'un projet thérapeutique qui ne doit pas se résumer à la prescription d'un traitement psychotrope. L'acceptation de la démarche de soins, de la part du malade, est bien sûr indispensable, mais non suffisante au bon déroulement du suivi à long terme.

Une fois obtenue l'adhésion initiale aux soins, on doit accompagner le patient tout au long de sa trajectoire.

Lorsque le malade accepte la démarche de soins qui lui est proposée, son but est de retrouver sa santé perdue, c'est-à-dire son bien-être affectif, psychique, relationnel et peut-être spirituel (bien le définir avec lui).

La trajectoire des patients déprimés implique la prise en compte de :

- leurs événements de vie pénibles et douloureux (solitude, divorce, deuil, maladie, crise existentielle) ;
- leurs plaintes (souffrances) ;
- leurs demandes et attentes ;
- leurs besoins, ainsi que leurs satisfactions.

Cet accompagnement aura comme objectif essentiel la réduction du handicap social, professionnel, affectif ou physique. Pour ce faire, il faut une réelle confrontation du projet médical thérapeutique avec le patient, pour évaluer différents éléments :

- diagnostics, choix des médications avec les critères d'observance ;
- propositions de prise en charge psychothérapeutique ;
- évolutivité de l'épisode : rémission, guérison, amélioration, rechute, récurrence (1) ;
- prévention des risques : conduites suicidaires, suicide, chronicisation, inobservance, effets secondaires ;
- évaluation des symptômes résiduels.

Pour parvenir à cet objectif il faut réussir à faire accepter le suivi médical au patient, de sorte qu'il en soit partie prenante. (9) (10)

Pour ce faire, la mise en place de certaines bases est nécessaire :

- surveillance et proposition de durée et de dose des médicaments ;
- entretiens réguliers (thérapies de soutien, pédagogique, accompagnement) ;
- initiation à des thérapies plus structurées favorisant la connaissance de soi, la gestion des émotions (agressivité, culpabilité), les changements de mode de pensée et de comportement ;
- la prise en charge corporelle (relaxation, remise en forme...) ;
- utilisation du soutien social, culturel et associatif quand ils existent.

L'usage des antidépresseurs au cours de l'évolution de la dépression. Comment le praticien évalue-t-il les effets du traitement (positifs et négatifs) ?

Le bon usage des antidépresseurs nécessite comme préalable une verbalisation approfondie autour du médicament, établie comme un " contrat de confiance ", avec :

- expression des pensées magiques autour des prises (par le patient et son entourage) (9) ;
- accord sur les prises, les doses, la régularité, la durée corrélée à l'évolution des troubles. (1) (4) ;
- description des effets secondaires et des bénéfices positifs (explorer la sexualité, l'appétit, le sommeil, l'anxiété) ;
- plaintes ou dépendances par rapport aux produits ;
- le sens du médicament, vécu vers la guérison ou comme preuve de la maladie encore présente.



Comme nous le verrons plus bas, les obstacles à l'observance ne sont pas les mêmes selon la phase évolutive de la maladie dépressive. Un des moments les plus délicats se situe lorsque le patient se considère " guéri ", ayant du mal à comprendre l'intérêt de la poursuite du traitement.

Effectivement, la frontière entre les domaines thérapeutique et prophylactique devient presque invisible depuis qu'on utilise les antidépresseurs au long cours, au-delà de l'amélioration du tableau clinique qui a été à l'origine de la prescription initiale.

Bien qu'il existe un certain consensus autour de cette stratégie thérapeutique (4) (11), les moyens de la mettre en place ne peuvent pas être identiques dans toutes les prises en charge. L'acceptation, de la part du patient, de poursuivre un traitement antidépresseur au long cours met en jeu des aspects psychopathologiques individuels qui doivent faire l'objet d'une attention particulière (cf. plus bas " Observance ").

En ce qui concerne les aspects les plus " techniques " de la mise en place et de la conduite du traitement, l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM) a publié, en 1995, les *Recommandations et références médicales* sur les médicaments antidépresseurs. Voici les principales indications.

#### Choix de la molécule

Il n'a pas été identifié d'étude contrôlée montrant une molécule comme globalement plus efficace qu'une autre pour le traitement d'un épisode dépressif majeur. Cela est valable également pour les formes les plus graves de dépression. Effectivement, contrairement à une notion retenue par certains prescripteurs, l'efficacité supérieure de certaines molécules (imipramine en particulier) n'a pas été prouvée de manière significative dans cette indication.

#### Posologie et durée de traitement

*Traitement aigu (ou phase d'attaque).* Deux mois en moyenne sont nécessaires pour obtenir une disparition des symptômes.

*Traitement de consolidation.* Quatre mois de traitement en moyenne se justifient après disparition des symptômes dépressifs. La posologie conseillée est la même que celle de la phase d'attaque.

*Traitement de maintenance ou traitement prophylactique.* Il s'agit ici de prévenir la survenue de nouveaux épisodes chez des patients à risque. La posologie est la même que celle utilisée durant la phase de traitement d'attaque. La durée du traitement varie en fonction du nombre d'épisodes dépressifs antérieurs (en moyenne quatre à cinq ans).

## Evaluation de l'effet antidépresseur

*Evaluation précoce de l'efficacité.* Un minimum de deux à trois semaines de traitement à posologie active est nécessaire avant de conclure à une inefficacité et d'envisager un changement thérapeutique.

*Evaluation de l'effet prophylactique.* Cette évaluation doit tenir compte de plusieurs critères :

- fréquence des épisodes,
- durée des épisodes,
- intensité des épisodes,
- qualité des intervalles libres,
- durée des intervalles libres.

Un antidépresseur sera considéré comme efficace s'il modifie un ou plusieurs de ces cinq paramètres.

Plusieurs commentaires s'imposent à propos de ces recommandations. Tout d'abord concernant le choix de la molécule, on constate la remise en cause de certains concepts classiques tels que la supériorité d'une molécule (pourtant produit de référence dans les essais cliniques), même dans les cas de dépression sévère. Ce qui revient à dire qu'il n'existe pas des médicaments pour des dépressions graves (mélancoliques, endogènes...) et d'autres pour des dépressions "névrotico-réactionnelles".

Nous pouvons alors nous demander quels vont être les critères de choix du prescripteur lorsque, dans ces mêmes recommandations, on lui signale que "*la nature des effets biochimiques (sérotoninergiques, cathécholaminergiques, mixtes) d'un antidépresseur ne constitue pas un critère de choix de la molécule*".

En fait, il ne lui reste que deux critères objectifs :

- Un critère d'inclusion : la prise en compte des propriétés sédatives, psychostimulantes ou neutres de la molécule qui ont l'avantage, par rapport à l'effet antidépresseur, de se manifester plus précocement.
- Un critère d'exclusion : la prise en compte des contre-indications, effets secondaires et associations médicamenteuses par rapport à un patient donné.

Au chapitre "Posologie et durée de traitement", en préconisant le maintien d'une posologie identique à celle de la phase d'attaque même en traitement prophylactique, les recommandations remettent à nouveau en cause une vieille habitude de prise en charge. Celle qui consistait à prescrire une dose d'entretien (plus faible) en phase de maintenance ou même de consolidation.

Dans le chapitre sur l'évaluation de l'effet antidépresseur, on peut être surpris non seulement de voir qu'on évalue l'effet prophylactique des antidépresseurs, mais aussi de constater que ces produits reçoivent, du coup, le qualificatif de thymorégulateurs. Catégorie de psychotropes dans laquelle l'immense majorité des prescripteurs ne répertorient que les sels de lithium, la carbamazépine et le valpromide.

Encore une vieille notion à reconsidérer, si l'on en croit cette affirmation qu'on peut lire à la page 9 des recommandations : *“ Un médicament est considéré comme un thymorégulateur efficace dès lors qu'il modifie un de ces paramètres (fréquence des épisodes, durée des intervalles libres, etc.) ”*

Il serait réducteur de n'y voir qu'une confusion terminologique ou un glissement sémantique. Il s'agit bel et bien d'un profond changement conceptuel concernant la composante biologique dans l'étiologie de la dépression. Ainsi un traitement antidépresseur efficace doit améliorer non seulement les symptômes en phase aiguë, mais également prévenir la survenue d'autres épisodes dépressifs. De là à la prescription à vie, selon ce que certains appellent le “ modèle diabétique appliqué à la dépression ”, il n'y a qu'un pas. (Voir à ce sujet le chapitre “ Peut-on prévenir les états dépressifs ? ”)

Toutes ces considérations conceptuelles ne doivent pas faire perdre de vue que ces recommandations engagent la responsabilité juridique du médecin en cas de prescription hors RMO. Cette restriction à la liberté de prescription peut constituer une entrave à la prise en charge de certains patients présentant des caractéristiques particulières qui sortent du cadre habituel prévu par le texte.

Comment le médecin repère-t-il l'inobservance médicamenteuse ?

Quelles sont les motivations du patient à suivre (ou à ne pas suivre) son traitement ?

Après le diagnostic et l'instauration du traitement, l'évaluation de l'observance est le troisième moment fort de la prise en charge des malades déprimés. Elle constitue une des préoccupations essentielles du praticien, tant elle va être à la fois un des éléments déterminants pour l'amélioration du patient, qu'un témoin de la qualité de la relation médecin-malade. (9) (10)

Il serait tout à fait réducteur de considérer l'inobservance comme un problème rencontré plus particulièrement en psychiatrie et/ou lors de la prescription d'antidépresseurs.

Des enquêtes récentes (2) montrent qu'une prescription sur deux n'est pas suivie. Et ce, toutes spécialités et médicaments confondus. Ainsi, pour ne citer que deux exemples hautement significatifs, près de 70 % d'hypertendus et 50 % d'asthmatiques sont non observants. Le côté facilement “ objectivable ” et l'aspect invalidant de ces deux affections montrent bien que l'inobservance ne peut pas s'expliquer uniquement par une non-reconnaissance de la maladie de la part du patient. Même si de réelles attitudes de dénégation existent en psychiatrie comme en médecine somatique, il convient de répertorier ce phénomène parmi l'ensemble des causes d'inobservance.

Voici celles que sont les plus souvent citées dans les différentes études :

- oubli,
- lassitude,
- mauvaise compréhension de l'ordonnance,
- intolérance,
- négligence,
- négation de la maladie,
- méfiance vis-à-vis du traitement,
- abandon pour amélioration de l'état clinique.

Vu le nombre et l'importance de facteurs qui entrent en ligne de compte, nous aurions tort également de focaliser le problème de l'inobservance autour des effets secondaires du traitement. Dans le domaine des antidépresseurs, divers auteurs (2) signalent qu'on obtenait de bien meilleures adhésions au traitement avec les tricycliques qu'avec les antidépresseurs "modernes", pourtant beaucoup mieux tolérés. Depuis longtemps les études menées, tant en psychiatrie qu'en médecine somatique, ont montré que le fait de répertorier les divers effets secondaires, en informant clairement le patient même des risques majeurs encourus, était un des éléments qui contribuait le plus à améliorer l'observance (9) (10).

Après ces considérations générales il convient d'identifier quelles sont les motivations spécifiques du patient déprimé à suivre (ou ne pas suivre) son traitement. Elles sont multiples et n'interviennent pas toutes au même moment de la prise en charge.

- Le premier obstacle à l'observance des patients dépressifs vient de la maladie elle-même, surtout en début de traitement. Les troubles de l'attention et l'atteinte mnésique peuvent être à l'origine d'oublis ou de prises irrégulières, voire chaotiques, et ce de façon tout à fait involontaire. Le malade peut également avoir du mal à comprendre les indications figurant sur l'ordonnance à cause de ces mêmes troubles. Les sentiments de découragement et d'incurabilité peuvent provoquer un refus immédiat (souvent non avoué) ou un abandon précoce (souvent dissimulé également).
- Viennent ensuite les inobservances liées à la sous-estimation, voire la négation de la maladie. C'est un obstacle fréquent chez des déprimés présentant des formes cliniques dites mineures ou à forte expression somatique. (Cf. "Le temps du diagnostic")
- Le patient peut aussi douter de l'efficacité d'un traitement médicamenteux pour résoudre des problèmes psychologiques. Cette résistance au traitement est particulièrement signalée chez des patients ayant clairement identifié l'élément déclenchant ou la situation ayant provoqué leur état dépressif.

- La méfiance vis-à-vis du traitement peut être due à différents facteurs, qui peuvent se potentialiser chez un même patient. Les voici :
- *La peur de la dépendance* peut trouver son origine dans la mauvaise presse des tranquillisants (benzodiazépines en particulier, y compris certains hypnotiques) desquels “on ne peut plus se passer”. Cet amalgame entre tranquillisants, hypnotiques et antidépresseurs a été favorisé par la médiatisation de la difficulté de certains patients à arrêter la prise de certains produits sérotoninergiques.
- *La peur du traitement à vie* trouve sa source dans l'idée que la dépression serait une maladie chronique, l'équivalent du “modèle diabétique” en psychiatrie.
- *La peur du médicament “assommant”* participe à la fois du modèle benzodiazépinique (calmant abrutissant) et de l'effet “camisole chimique” des médicaments utilisés en psychiatrie.
- La position de défi existe chez des patients ayant pourtant admis, dès le début de leur prise en charge, autant la nature dépressive de leurs troubles que la nécessité d'un traitement psychotrope. Les propos du pneumologue Yves Magar (2), à propos de l'inobservance de certains asthmatiques, illustrent parfaitement l'“universalité” de ce mécanisme psychopathologique mis en œuvre par certains malades : *“La non-adhésion au traitement peut représenter une manifestation d'indépendance, un moyen de se réapproprier le contrôle de la maladie et de son destin.”*
- Non loin de la position de défi on peut trouver l'abandon pour amélioration de l'état clinique. C'est peut-être, proportionnellement, une des raisons d'inobservance la plus fréquemment retrouvée dans le suivi des patients déprimés. Cet obstacle à la prise en charge peut difficilement être résolu au moment où il se présente. Pour l'éviter il faut, dès le début de la prise en charge, informer le patient. (Voir plus bas)

Nous venons d'analyser les motivations spécifiques du patient déprimé à suivre (ou ne pas suivre) son traitement.

Voyons à présent quel est le rôle de l'entourage du malade sur l'observance.

La psychiatrie n'échappe pas à une certaine attitude “consommériste” qui se développe dans tous les secteurs, que ce soit à l'hôpital ou dans les cabinets des médecins. Le malade n'est plus en position de “patient” mais d'“usager” d'un dispositif de santé à l'intérieur duquel il a son mot à dire. Cela ne se limite pas à ce “droit du malade de savoir ce qui est bon pour lui”. C'est aussi son entourage qui souvent prend fait et cause, intervenant, et conseillant le patient.

Ce ne sont pas seulement les choix thérapeutiques ou la qualité des soins qui peuvent être mis en cause, mais aussi l'orientation diagnostique, donnée par le médecin, aux troubles pour lesquels le patient a consulté.

A ce sujet, certains parlent des “ *experts profanes* ” qui, tout particulièrement en psychiatrie, n'hésitent pas à proposer tant des “ explications au problème ” que des “ solutions ” alternatives en dehors du cadre médical.

Le phénomène a pris une telle ampleur qu'on a vu fleurir, depuis quelque temps, des petits prospectus destinés tant aux patients et à leur entourage qu'aux praticiens, qui sont autant de mises en garde contre de tels agissements. On peut y lire (12) des “ conseils à l'entourage ” tels que :

- *Ne faites pas la morale. Inutile de multiplier les “ tu devrais ” et les “ il faut que ”. La personne déprimée est suffisamment culpabilisée comme ça.*
- *Soyez tolérant, la personne déprimée agace parfois son entourage quand elle se plaint...*
- *Faites confiance au médecin, et laissez-le soigner ! Le médecin sait ce qui est nécessaire au patient déprimé. Il ne lui est pas facile de trouver le meilleur traitement d'emblée, mais il y arrivera.*
- *Encouragez la prise régulière du traitement. L'antidépresseur est le plus souvent indispensable à la guérison.*

Même si l'évaluation de l'observance constitue, telle que nous l'avons signalée, un élément indispensable de la prise en charge, l'accompagnement du patient déprimé ne doit pas se réduire à ce “ contrôle ”. D'autres paramètres doivent faire l'objet d'une attention particulière. Tout spécialement les voies d'amélioration empruntées par chaque patient. C'est là que la relation thérapeutique, le soutien psychologique et la psychothérapie prendront toute leur place.

#### La place de la psychothérapie au cours du traitement

En dehors des cas de dépression mélancolique où l'inhibition et le ralentissement sont à leur comble, il convient de proposer très tôt, de façon concomitante à la prescription du traitement chimiothérapeutique, un travail psychothérapeutique.<sup>9</sup>

Cette prise en charge doit être adaptée à chaque dépressif et à chaque phase évolutive de sa maladie. (Cf. “ Du projet thérapeutique au projet de vie ”)

---

<sup>9</sup> Cf. aussi le chapitre “ Arrêts des prises en charge ”

Tout comme la prescription d'un antidépresseur, la prise en charge psychothérapique aura le double objectif d'aider le patient à sortir de son état dépressif tout en lui évitant les rechutes.

A ce sujet, on trouve plus d'éléments communs entre les malades en ce qui concerne leur façon de " rentrer " dans un état dépressif que dans leur façon d'en sortir.

L'expérience dépressive constitue, pour certaines personnes, l'occasion d'un réel remaniement psychologique et relationnel qui n'est pas toujours bien compris par l'entourage. Celui-ci peut considérer le nouvel état du sujet non comme un changement positif, mais comme une amélioration partielle, ou des séquelles de son état dépressif. Il revient au thérapeute d'aider les proches de son malade à comprendre que la *restitutio ad integrum* n'implique pas forcément un " retour à l'identique " .

Certains " nouveaux départs " , à l'issue d'un épisode dépressif, peuvent entraîner des réorganisations existentielles du sujet, qui impliquent souvent un entourage qui n'en demandait pas tant...

### **3. Arrêts de prise en charge**

#### **Introduction**

Etant donné l'hétérogénéité du spectre des troubles dépressifs et compte tenu de la pluralité des facteurs intervenants, il apparaît aléatoire, particulièrement au niveau individuel, de pouvoir prédire avec précision la durée d'un traitement par antidépresseurs. Et la relation thérapeutique médecin-malade constitue une variable très importante dans la réponse au traitement et, par conséquent, joue sur sa durée. (38)

Nous envisagerons ici les modalités d'arrêt d'un traitement antidépresseur dans les cas des épisodes dépressifs majeurs (caractérisés), sensibles à une telle thérapeutique.

Nous n'envisagerons donc pas les diverses et spécifiques modalités de traitement des dépressions résistantes ou chroniques.

Le vrai problème de l'arrêt de la prise en charge se situe au moment du premier épisode. Là où la question de combien de temps traiter devient cruciale : Que fait-on après guérison clinique ? Convient-il de maintenir ou d'arrêter le traitement ? Et s'il convient de le poursuivre, pendant combien de temps ?

#### ***Durée recommandée d'un traitement antidépresseur***

Si l'on a bien mené les choses, on peut avoir la chance qu'au bout de deux mois le patient soit guéri ; il faut alors baisser progressivement les doses et rester attentif à l'évolution ; pour s'orienter vers six mois de traitement.

La littérature professionnelle s'accorde généralement pour préconiser une durée de traitement de l'épisode dépressif caractérisé de six mois + ou – deux mois.

La phase initiale (**traitement d'attaque**) fait l'objet d'un consensus : deux mois en moyenne sont nécessaires pour obtenir une disparition des symptômes.

Vient ensuite ce que l'on s'accorde à appeler **traitement de consolidation**, ayant pour but de réduire le risque de rechute, c'est-à-dire la réapparition des manifestations de l'épisode dépressif en cours de traitement. Là, quatre mois de poursuite du même traitement d'attaque se justifient avec un fort accord professionnel.



Le **traitement de maintenance ou prophylactique** est en principe réservé à des patients présentant des risques de récurrence ; il peut durer deux ou trois ans (2) et jusqu'à quatre ou cinq ans. (1) (3)

Différentes molécules antidépressives ont été testées dans des protocoles en double aveugle contre placebo, pendant une durée variant entre six mois et cinq ans. Toutes ces études démontrent la supériorité d'un traitement antidépresseur par rapport au placebo, en ce qui concerne la diminution de la fréquence des rechutes et des récurrences qui constituent un risque avéré dans la dépression. (9)

Il n'existe pas d'études permettant d'objectiver une durée optimale du traitement après résolution de l'épisode aigu. En pratique, le médecin tient compte à la fois de l'évolution clinique, du contexte sociofamilial et de la capacité du sujet à poursuivre son traitement.

Dans le traitement à visée préventive des dépressions unipolaires ou bipolaires avérées, l'arrêt du traitement peut être envisagé après une période de stabilité thymique équivalente ou supérieure à la durée cumulée de trois ou quatre cycles antérieurs au traitement. Le risque sera d'autant moins grand que le patient est bien entouré et que sa famille possède un bon niveau d'éducation par rapport à la maladie dépressive, lui permettant de repérer les signes avant-coureurs de récurrence. (12)

Mais ce sont des cas bien particuliers et, pour ce qui est de l'épisode dépressif caractérisé, l'intérêt du maintien de la prescription au-delà de six +/- deux mois n'est pas entièrement établi.

De même, la littérature diverge quant à la posologie des antidépresseurs au long cours. On accepte aujourd'hui volontiers que la dose efficace soit maintenue pendant la période de consolidation, voire pendant la phase du traitement de maintenance, mais rien n'a été établi au-delà de ces termes. (9)

Bien évidemment, cette " règle des six mois " n'est applicable que pour le premier épisode dépressif, la question de la durée se posant différemment pour les tableaux dépressifs de la psychose maniaco-dépressive et des formes cycliques (dépression unipolaire récurrente ; dépression récurrente brève).

Premier épisode ou non, mais à condition que le deuxième survienne à distance du premier ; si le tableau dépressif survient cinq ans après, il sera considéré comme un premier épisode ; le traitement sera le même, bien qu'il existe cet antécédent dans l'esprit du clinicien et du patient.

### ***Mais les itinéraires des patients déprimés sous traitement sont plus complexes***

Cette règle de prescription était particulièrement vraie quand on n'avait à disposition que des antidépresseurs " lourds " à manier et mal supportés (effets secondaires). Maintenant que l'on dispose de produits bien mieux tolérés et faciles à prendre, le problème se pose différemment.

Si bien que la question de la possibilité de dépendance vis-à-vis de certains antidépresseurs de la famille des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRSS) est loin d'être simple. Nous reviendrons sur ce point.

Dans la durée du traitement de l'épisode dépressif majeur se pose aussi la question de ce que l'on entend par guérison.

### ***Quels sont ces critères de guérison ?***

Les publications sur l'efficacité des antidépresseurs amalgament volontiers " bons " et " assez bons " résultats. C'est-à-dire guérison totale et rémission partielle. Par ailleurs, leur critère de guérison est la diminution conséquente d'un " score " dans une échelle prévue à cette intention, ce qui est un critère flou et loin de signifier un état asymptomatique chez le patient. (5)

En pratique, on observe, outre les 10 % de dépressions dites résistantes, un fort pourcentage de malades présentant plaintes et symptômes durables issus de la dépression.

Il y existe, d'autre part, des critères concernant la qualité de la réinsertion familiale et socioprofessionnelle et l'opinion de l'entourage, qui définissent aussi la guérison. (6)

Il y a, enfin, le vécu subjectif du patient. Auparavant, quand le sujet était au fond de la mélancolie et qu'il prenait un antidépresseur tricyclique avec tous ses effets indésirables (bouche sèche, constipation, troubles de l'accommodation visuelle, pour n'en citer que quelques-uns), il se considérait comme presque guéri dès qu'il se sentait mieux. Maintenant le sujet, avec le confort des nouvelles molécules, en demande plus. Cela peut amener le clinicien à prolonger le traitement. Et c'est un vrai problème : on ne peut en effet, en aucun cas, banaliser ces prescriptions. Ce serait une vraie dérive, en cela que les inconvénients seraient supérieurs aux bénéfices non seulement dans ce qui pourrait être une prolongation inutile avec des conséquences en termes de santé publique, mais surtout au niveau des conséquences physiques et psychiques individuelles.

En effet, les antidépresseurs sont loin d'être des molécules banales ; au long cours, elles peuvent entraîner des modifications tant sur le plan physiologique (altérations des différents rythmes biologiques, des modifications du sommeil, etc.), cognitif (altération de la mémoire), que sur le plan psychique (altération de l'évolution spontanée de la maladie, virages maniaques, rapprochements des cycles... et dépendance par sensibilisation des neurotransmetteurs). (7)

C'est une des raisons pour lesquelles la période de six +/- deux mois apparaît, en pratique, comme un bon choix, et il est satisfaisant de constater que le consensus n'est pas à l'écart de la pratique.

Surtout, ce qui se révèle intéressant dans la fixation de cette durée, hormis le fait qu'elle apparaît comme une durée nécessaire pour la guérison de l'épisode, c'est qu'elle évite les effets " pervers " des prescriptions maintenues au-delà de ce laps de temps, sans critique de la part du clinicien.

Grâce à cette recommandation consensuelle dont nous voyons aussi les limites, le médecin trouve un repère et une proposition qui seraient " essayons de ne pas dépasser ", c'est-à-dire de rester critique de cette prescription au-delà de cette durée, sans être dogmatique.

### ***Des traitements antidépresseurs bien plus longs***

Toutefois, d'après les enquêtes SOFRES (1) (31) (34), on observe une majorité de traitements plus longs que les durées préconisées dans le traitement d'un épisode dépressif (six mois +/- deux mois) : 60 % des patients sont sous le même antidépresseur depuis plus de huit mois, et 50 % le sont depuis plus d'un an.

De la communication faite par M. Legrain et Th. Lecomte (17) sur la consommation des psychotropes en France, il ressort que la prescription initiale, le plus souvent validée, est fréquemment renouvelée de façon routinière.

Qu'est-ce qui fait au fond que l'on traite plus longtemps ?

Est-ce que nous n'avons pas des craintes excessives ?

Est-ce qu'à force de banaliser les antidépresseurs par rapport aux benzodiazépines, on n'est pas en train de faire la même chose qu'avec ces dernières ? (17)

De nombreuses questions se posent... et, en particulier, celle des dépendances.

Bien des patients gardent un antidépresseur à doses filées après guérison, et quand cet antidépresseur est arrêté ils ne vont pas bien. C'est une vraie question. (7) (18)

Du point de vue neurobiologique, une “ sensibilisation ” des neurones a été évoquée pour expliquer ce phénomène. J.-P. Tassin le dit en ces termes : “ *Quant à la répétition ou le maintien des traitements antidépresseurs, elle ne peut être qu’une solution extrême dans la mesure où, vraisemblablement, l’économie apportée aux neurones monoaminergiques les conduira à fonctionner a minima de façon chronique, et rendra le système nerveux central sensible à des événements qui, en l’absence d’antidépresseur, auraient pu être traités sans difficulté. Qui plus est, pour ces mêmes raisons, l’arrêt d’un traitement antidépresseur paraît d’autant plus délicat qu’il aura été suivi trop longtemps.* ” (36)

Le travail de Suppes et coll. (35), qui comporte une méta-analyse, démontre bien qu’il existe un risque accru de récurrence à l’arrêt d’un traitement prolongé par imipramine (trois ans), en particulier quand ce traitement a été conduit à doses élevées. Cela coïncide avec les taux observés dans des évolutions spontanées, et l’on peut penser qu’il s’agit d’une récurrence qui survient de manière indépendante du traitement de maintien, ou encore qu’il s’agit d’une rechute d’un épisode non complètement guéri.

Mais les auteurs suggèrent, au vu de la littérature consultée, que l’“ exposition ” prolongée aux tricycliques induit un état neurocomportemental altéré. Probablement, le stress pharmacologique lié au retrait du médicament augmente ce risque chez des patients présentant une vulnérabilité clinique (antécédents d’autres épisodes). Les bases psychobiologiques d’un tel phénomène restent obscures. Il pourrait être dû à la diminution de la quantité et de la sensibilité des récepteurs adrénergiques et sérotoninergiques. Ces réactions diffèrent des symptômes autonomes ou subjectifs qui apparaissent dans les jours qui suivent l’arrêt (brutal) de tout psychotrope, et elles diffèrent aussi des manifestations de sevrage aux opiacés.

Il existe moins d’études concernant les IRSS.

Par ailleurs, on le disait plus haut, il existe souvent une demande de “ meilleures performances ” ou d’un plus grand confort, qui hausse la barre de la guérison. (7) (8)

Un autre commentaire, par rapport à ce chiffre important de “ traitements longs ”, est la distinction entre *vrais* déprimés et les autres patients, jugés “ déprimés ” par des interprétations diagnostiques trop laxistes, à qui des antidépresseurs sont prescrits parfois de manière plus prolongée.

Deux événements ont eu une influence considérable dans l’évolution de l’usage des antidépresseurs :

- l’utilisation de l’imipramine dans le traitement des attaques de panique, remplaçant les benzodiazépines que les anxieux supportaient mal, à cause de leur impact sur la vigilance ;
- parallèlement, le “ désamour ” pour les benzodiazépines.

De plus, beaucoup de symptômes sont longtemps non spécifiques avant de devenir caractéristiques de la dépression, et la tendance est de les traiter avec des antidépresseurs avant qu'ils ne s'aggravent.

De l'étude de la prescription et de la consommation des antidépresseurs en ambulatoire (1), on note que plus d'un tiers des prescriptions de ces produits (toutes sous-classes confondues) se font en dehors des indications de l'AMM. 20 % ne présentent aucun diagnostic psychiatrique caractérisé (selon le CIDI), et 10 % présentent un diagnostic hors AMM : anxiété généralisée, épisode maniaque, psychose, trouble phobique, trouble de la conduite alimentaire. Ce phénomène serait en augmentation.

Dans l'étude de F. Rouillon (31), résultats des diagnostics rétrospectifs avec l'outil MINI obtenus auprès de 343 personnes, il apparaît que 74 d'entre elles (22 %) ne présentent aucun diagnostic complet. Ces personnes utilisaient toutes un antidépresseur depuis au moins un an, et certaines n'avaient qu'un ou plusieurs symptômes mais en nombre insuffisant pour pouvoir parler de trouble caractérisé.

Parfois un antidépresseur est prescrit depuis plusieurs mois comme hypnotique, et pas forcément à mauvais escient ; en effet, si on ne règle pas le problème de sommeil cela peut entraîner des rechutes ou récurrences dépressives.

Mais, autour de cette question, on peut se demander si le prescripteur n'aurait pas dû se poser la question d'arrêter cet antidépresseur au bout de deux mois.

Mais il s'agit là du traitement de troubles du sommeil. Et cela ne peut pas être chiffré. On rejoint la nécessité d'être critique de sa prescription précédente.

Si l'on prescrit un antidépresseur pour des troubles du sommeil, la prescription sera hors AMM... et pourtant !

Cela concerne aussi les durées des prescriptions des antidépresseurs.

D'après les statistiques, seul un tiers des patients aurait une durée de traitement conforme à l'AMM, et il s'agit généralement de ceux qui ont également une indication conforme à l'AMM.

Tout clinicien a des " tics " de prescription qui sont sans doute critiquables mais pas pour autant négligeables. La notion de séquelles postdépressives pourrait venir expliquer la fréquence des " rechutes " dépressives. On peut avoir l'idée erronée que la prescription d'antidépresseur, dans ce cas, n'est plus justifiée, alors que l'on vise des symptômes qui restent " chimiosensibles " soit par les effets latéraux de l'antidépresseur, soit par son effet spécifique sur l'humeur. (5)

C'est dans les cabinets que l'on voit les mille visages de la dépression et des stratégies de soins.

La question de la durée du traitement devrait se poser d'emblée lors de son instauration, et cette question se doit d'être abordée, par souci d'information, avec le patient. L'observance ne peut qu'y gagner. (26) (37)

Pourtant, le plus souvent, la durée du traitement n'est pas précisée au patient, en grande partie du fait de l'incertitude quant à cette durée : certains praticiens attendent, avant d'arrêter, qu'un travail psychothérapeutique soit engagé de manière satisfaisante, ou qu'une stratégie de réappropriation d'ordre "cognitivo-comportementale" ou psychodynamique s'avère possible ; d'autres craignent les problèmes de sevrage avec les antidépresseurs ; parfois, il y a à régler des problèmes de coprescriptions qui peuvent présenter d'autres difficultés. (30)

Les raisons qui amènent un praticien à prolonger un traitement antidépresseur sont donc diverses, et l'on peut les résumer ainsi :

- Dans la phase curative : une rémission incomplète, avec des symptômes résiduels ou une expression subsyndromique de la maladie ; la persistance de signes isolés capables par eux-mêmes de déclencher une rechute (troubles du sommeil, par exemple). Mais aussi des objectifs curatifs trop importants ; un retour à l'état antérieur avec réinsertion familiale et socioprofessionnelle pleine.
- Dans la phase préventive : le maintien prophylactique de l'antidépresseur pour éviter les récurrences.

### ***Quelles raisons amènent le patient à ne pas vouloir arrêter son traitement antidépresseur ?***

Les molécules actuelles sont très efficaces et de plus en plus dépourvues d'effets secondaires. Les patients ont développé des pratiques qui les ont conduits soit à l'automédication, soit à des ajustements de leur consommation loin des prescriptions thérapeutiques initiales. Cela amène à des manipulations des prescriptions médicamenteuses, dont la prolongation de la prise au-delà du nécessaire. Il existe donc des facteurs biopsychosociaux qui sous-tendent ces pratiques de consommation. De même, il faut tenir compte de la personnalité du patient et de l'association à d'autres troubles : troubles anxieux, hyperactivité avec trouble déficitaire de l'attention. (26)

Le patient, faute d'indication précise sur la date d'arrêt souhaitée, reconduit ainsi "ses médicaments" qu'il fait renouveler souvent par un autre prescripteur, lequel ne s'interroge pas sur le bien-fondé de la continuation du traitement.

Le sociologue A. Ehrenberg, dans son ouvrage *La fatigue d'être soi* (10), souligne le fait que, de nos jours, la fatigue, l'inhibition, l'insomnie, l'anxiété et l'indécision, ainsi que la plupart des difficultés rencontrées dans la vie quotidienne, sont assimilées à une dépression. L'auteur suggère que, pour beaucoup de ses aspects, cette "maladie" est en étroite relation avec une société où la norme n'est plus fondée sur la culpabilité et la discipline qui assignaient, aux classes sociales comme aux deux sexes, un destin, mais sur la responsabilité et l'initiative en enjoignant l'individu à devenir lui-même. "*La responsabilité entière de nos vies se loge non seulement en chacun de nous, mais également dans l'entre-nous collectif.*" La dépression serait donc la contrepartie de l'énergie que chacun doit mobiliser pour devenir soi-même. Dans ce contexte, les psychotropes, en particulier ceux qui stimulent l'humeur et multiplient les capacités individuelles, sont vécus sur le mode du dopage en sport. Les antidépresseurs, en particulier ceux de la dernière génération, susciteraient l'espoir de surmonter toute souffrance psychique, même chez les personnes qui ne sont pas "véritablement" déprimées. La dépression se verrait ainsi dans les représentations sociales (qui n'excluent pas les médecins) étroitement liée à la notion d'"insuffisance".

Les médias participent aussi à ce processus social de culte pour la performance, de dénonciation des insuffisances (le mal-être psychologique) et, en déculpabilisant le sujet, l'invitent à formuler une demande en lui fournissant les mots. La fatigue, l'insomnie et l'anxiété constituent la triade de cette dépression, faisant reculer la tristesse et la douleur morale. Les personnes qui consultent demandent à être soulagées et stimulées... et à le rester ! (10)

Jusqu'à l'avènement des nouveaux antidépresseurs, bien plus dépourvus d'effets secondaires que les précédents, on pouvait affirmer que les antidépresseurs n'étaient pas une médication de confort, leur effet psychostimulant étant très spécifique, et leurs effets secondaires, s'ajoutant à ce dernier, n'apportant rien d'agréable chez les personnes non déprimées.

L'ouvrage de P. Kramer, *Serotonin solution*, paru en 1996 (10), explique au public quelques moyens simples de lutter contre les déséquilibres neurochimiques qui sont la "cause" de tous les troubles de l'humeur.

Herman Van Praag (10) le dit ainsi : "*Les ISRS sont la première génération de médicaments qui affectent vraiment les traits de la personnalité.*" D'où la question posée par beaucoup : l'usage des psychotropes doit-il être restreint au traitement des maladies ou étendu à la modification des comportements, voire à rendre la vie plus agréable ?

Cuche et Gérard (7), dans une perspective différente, soulignent également que les effets parallèles des antidépresseurs sont censés améliorer la qualité de vie de certains patients, en restituant leur narcissisme et en diminuant de ce fait les risques dépressifs. Cela semble justifier un type de prescription ou de renouvellement, mais paraît être également à la base d'une banalisation de la prescription.

Certains patients ont ressenti, après arrêt provisoire de l'antidépresseur, des symptômes de sevrage<sup>10</sup> qu'ils ont attribués à une rechute dépressive. Ces manifestations (symptômes digestifs, quelques troubles moteurs, troubles du sommeil, de l'anxiété, des symptômes généraux de type pseudo-grippaux), décrites à l'arrêt de tout antidépresseur indépendamment de sa classe thérapeutique (22), peuvent être à l'origine d'une volonté de maintien du traitement. La fréquence de survenue est élevée (87,5 %) (d'autres auteurs signalent une fréquence de plus de 20 %) et leur caractère bénin. (22)

Il est souvent ignoré, rappelle M. Linden (18), que les patients ont un rôle important dans les décisions de soins et notamment lors de l'arrêt de traitement, surtout après des périodes prolongées de thérapie. Il appelle cette forme particulière de non-observance : " traitement par insistance " (*insistency treatment*). Il s'agit de patients qui ne sont jamais prêts à arrêter. Ils n'arrêtent que par accident ou situation fortuite. Ils craignent une récurrence d'une manière phobique et ne veulent prendre aucun risque. Par ailleurs, ces patients ont une attente très modeste vis-à-vis du traitement, et restent convaincus qu'il est encore utile et qu'ils ne pourront pas s'en passer. Ces patients exercent une forte pression psychologique sur leur médecin et sont capables d'aller voir un autre praticien pour poursuivre le traitement. Cette " insistance ", du point de vue théorique, doit être traitée comme un trouble anxieux. Des interventions psychothérapeutiques (notamment de type cognitivo-comportementales) peuvent être nécessaires pour surmonter les anticipations anxieuses et les pensées " catastrophiques ". (18)

---

<sup>10</sup> Cf. la section " La décision de soins " du chapitre " Du projet thérapeutique au projet de vie " de ce même rapport.



### ***Des traitements antidépresseurs plus courts que la durée préconisée***

Il y existe également une prédominance de traitements “ courts ” avec un taux d'**arrêts prématurés** (moins de quatre mois) de 61 %. (34)

Ce sont des patients qui arrêtent leur traitement après un mois ou deux, et que le médecin ne revoit plus dans sa consultation, à la différence de ceux qui perdurent dans la demande de renouvellement.

En fait, la durée de la prescription dépend beaucoup de ce qui entoure l'acte de prescrire.

L'arrêt prématuré, même quand le patient le décide, est extrêmement dépendant du prescripteur, s'il sait informer le malade et dialoguer avec lui de certains effets secondaires par rapport à ses attentes. Il y a dix ans, la question ne se posait sans doute pas de la même manière.

On peut distinguer deux autres modalités d'arrêts “ prématurés ”. Toute interruption de traitement de quelques jours (deux semaines) est appelée “ interruption momentanée ”. Les interruptions plus longues et suivies d'une reprise du même traitement sont, elles, considérées comme des *arrêts provisoires*. (34)

**Interruptions momentanées** (ne dépassant pas deux semaines). Elles sont peu fréquentes : 3 %. Dans 68 % des cas, le patient en est à l'origine.

**Arrêts provisoires** (plus de deux semaines, dépassant rarement les quatre mois). Ces arrêts trouvent leur origine aussi bien dans les décisions des médecins que dans l'initiative des patients (environ 45 % pour chaque).

### **Qu'est-ce qui amène un patient à arrêter prématurément son traitement ?**

Dans une étude “ naturaliste ”, Linden et coll. (18) trouvent 37,6 % de 3 366 patients ayant terminé prématurément (moins de trois mois) leur traitement avec l'accord de leur médecin. Les raisons principales étaient : la gêne occasionnée par des effets secondaires (parfois subjectifs), une réponse insuffisante par rapport aux attentes, et une réponse satisfaisante ou jugée complète (après un mois de traitement bien conduit).

Avec Haynal (14) nous pouvons distinguer cinq catégories de facteurs qui modifient l'adhésion au traitement :

1. facteurs liés à la maladie,
2. facteurs liés au vécu de la maladie et à sa compréhension intellectuelle par le malade,
3. facteurs liés au traitement,
4. facteurs liés à la relation médecin-malade,
5. facteurs liés à l'entourage du malade.

## **1. Facteurs liés à la maladie**

La maladie dépressive comporte des dysfonctionnements cognitifs dont le dénominateur commun est une production excessive d'interprétations pessimistes. Parmi les altérations du jugement, on retient : la pensée dichotomique du " tout ou rien " qui empêche le déprimé sous antidépresseur d'apprécier les changements partiels de son état ou les passages par des états intermédiaires ; les inférences arbitraires ; l'abstraction sélective ; l'attribution " interne et globale " par laquelle le sujet met constamment en cause sa propre responsabilité dans le déroulement des événements (" *c'est à cause de moi...* "). (13)

La maladie dépressive joue ainsi un rôle important. L'attribution d'un lieu et d'une cause à la maladie gêne souvent le traitement : que la cause soit introjective (" *tout est ma faute* ") ou projective (" *c'est la faute des autres* ").

Le sentiment d'incurabilité lié aux dépressions sévères et l'idée du déprimé " névrosé " que sa souffrance morale n'a que peu à voir avec la solution médicamenteuse proposée sont aussi des facteurs d'arrêt du traitement. (4)

En fait, le facteur maladie prend son importance à deux niveaux différents : cognitif et psychodynamique. (33)

### **Les cognitions perturbées du déprimé :**

- la pensée dichotomique qui réduit les nuances de la pensée à une vision manichéenne : soulagement immédiat ou incurabilité, causalité dépressive attribuée à l'extérieur ou bien conviction d'une faute personnelle ;
- la perception sélective des aspects négatifs ;
- les inférences arbitraires vers des conclusions pessimistes.

### **Au niveau fantasmatique :**

- un surinvestissement masochiste de la douleur dépressive,
- la crainte d'une reddition en se confiant à autrui,
- le statut de malade mental défini par le traitement,
- un sentiment d'hostilité à l'égard d'une aide thérapeutique.

Les troubles de la personnalité, quand ils accompagnent la dépression, peuvent modifier également l'observance au traitement.

Les aspects omnipotents et omniscients des structures narcissiques, citant H. Rosenfeld, amènent souvent à une rupture du contrat thérapeutique.

La présence de traits pathologiques (hystériques, obsessionnels, borderline, phobiques ou d'évitement...) agit de toute évidence à plusieurs niveaux de l'inobservance. (13)

Par ailleurs, il a été constaté que lorsque la maladie s'exprime peu, quand elle est paucisymptomatique (et on peut penser que c'est le cas dans certaines phases de la prise en charge) l'observance tend à être mauvaise. (14)

C'est aussi vrai, d'une manière paradoxale, quand il y a aggravation des symptômes dépressifs. (15)

## **2. Facteurs liés au vécu de la maladie et à sa compréhension intellectuelle par le malade**

La moitié des arrêts sont motivés par une amélioration apparente de l'état de santé du patient, que celle-ci soit ressentie par le patient lui-même ou confirmée par le médecin. (34)

Katon, dans son étude menée auprès des patients déprimés suivis au niveau des soins primaires, trouve aussi que l'une des raisons principales de l'arrêt prématuré du traitement est cette rémission jugée suffisante par le patient. (15)

Hantouche, (13) tout en soulignant aussi cet aspect si important, remarque que, dans des cas contraires, devant un retard de survenue d'un effet thérapeutique, l'impatience du sujet peut précipiter cet arrêt.

Ces arrêts liés au vécu de la maladie par le patient renvoient à nouveau à la question des critères de guérison et à l'importance de l'information permanente dans le suivi médical de ces patients.

Les bénéfices primaires et secondaires au fait d'être déprimé, malade ou souffrant, le surinvestissement de ces bénéfices, les interactions entre les événements dépressifs et la problématique névrotique, le surinvestissement masochiste de la douleur dépressive peuvent être à la base d'une certaine "opposition" ou "négligence" face au traitement antidépresseur. (13)

Dans une perspective toute différente, il a été signalé que le modèle médical de la dépression soulage beaucoup de patients, mais qu'il en est d'autres qu'une telle conception révolte et dont elle renforce l'opposition au traitement. Olivier-Martin l'exprime ainsi (24) : *“ Certains ne supportent pas l'idée que leur vie psychique puisse échapper à leur volonté et à leur responsabilité, pour dépendre d'un mécanisme biochimique dont ils n'ont pas le contrôle ; d'autres interprètent cela comme une tare, une insuffisance, une défaillance de leur personne, et répugnent à prendre un traitement qui en est le signe le plus apparent et le plus quotidien ; d'autres, enfin, craindront de devenir dépendants d'un médicament, de la même manière qu'ils luttent en général contre la culpabilité plus ou moins inconsciente que leur procure leurs désirs de dépendance. Cette assimilation à "la drogue" est renforcée par les rechutes déclenchées à l'arrêt du traitement. Ce type de résistance apparaît souvent dans les traitements au long cours. ”*

### **3. Facteurs liés au traitement**

Le pourcentage de patients qui arrêtent leur traitement antidépresseur au bout de trois semaines est important. Il varie entre 20 % et 60 % (15). Les raisons évoquées sont diverses, mais elles concernent souvent le traitement lui-même.

Les effets secondaires légitiment ou sont le prétexte à une mauvaise observance, d'autant plus que, pour les antidépresseurs, ces effets indésirables peuvent apparaître avant que les premiers effets positifs du traitement ne deviennent manifestes. (4) (15)

Un autre facteur lié au traitement, moins souvent spontanément signalé, est la peur de devenir dépendant du produit. Une campagne éducative menée en Angleterre au niveau des soins primaires a mis aisément en évidence que la plupart des patients traités avec des antidépresseurs abandonnent leurs traitements prématurément de peur d'en devenir dépendants. (28)

Une notion souvent omise est la temporalité.

La qualité de l'adhésion aux recommandations du médecin diminue mais surtout fluctue avec le temps. (4) (32)

La durée de l'affection peut entraîner une perte de confiance après un traitement prolongé, sans efficacité perçue par le patient. (13)

La durée du traitement a un rôle sur l'observance : désinvestissement des consultations, déplacements devenus compliqués ou coûteux, perte de l'efficacité initiale du médicament. L'amélioration des symptômes les plus bruyants provoque un désinvestissement du traitement.

L'étude de Prien et coll., citée par Hantouche (13), confirme que la période la plus critique correspond aux huit premières semaines après rémission de l'épisode aigu (rappelons que l'arrêt de l'antidépresseur durant cette période entraîne 70 % des rechutes). (13)

Pour Myers (23), quel que soit le régime d'administration des doses, les patients deviennent peu observants au bout du troisième mois de traitement.

### **4. Facteurs liés à la relation médecin-malade**

Il est difficile d'identifier lors de la consultation les malades qui ne suivront pas leurs prescriptions. (14)

D'autant plus qu'il apparaît évident que l'observance au traitement est étroitement liée à la qualité de la relation médecin-malade.

Le médecin résisterait-il à la prescription ? – s'interroge Olivier-Martin (24) dans son étude sur l'observance. Et les psychiatres, de surcroît. Il faudrait réfléchir, nous fait remarquer cet auteur, sur le rapport des médecins aux médicaments, non seulement ceux qu'ils prescrivent mais ceux qu'ils sont censés prendre.

Ainsi, le médecin peut aussi se montrer “ non adhérent ”. Arriver en retard, garder peu de temps les patients lors de la consultation, prescrire sans conviction ou de manière “ automatique ”, changer sans cesse de prescription sans plus d’information, constituent autant d’attitudes qui n’encouragent pas une bonne adhésion de la part du patient. (4)

S’engager dans un traitement de consolidation et prophylactique au long cours, c’est s’engager dans une relation prolongée avec un patient qui, idéalement, devrait bien mieux se porter. Cette situation n’est pas si facile à gérer. De fait, la non-observance tend à augmenter avec la durée de la prise en charge.

La relation s’émousse-t-elle de part et d’autre ? Quoi qu’il en soit, dans bon nombre de cas, la rupture du traitement de maintenance se présente comme la rupture d’une relation thérapeutique. (24).

### **5. Facteurs liés à l’entourage du malade**

L’entourage, nous l’avons vu<sup>11</sup>, joue un rôle primordial dans le suivi du patient déprimé.

En ce qui concerne l’adhésion au traitement, une attitude infantilisante et surprotectrice de surveillance de la prise des médicaments, aussi bien qu’une non-reconnaissance du besoin de cette thérapeutique exprimée à travers des commentaires malencontreux et dévalorisants, peuvent entraîner une rupture dans le suivi.

La prévention au long cours dépendra donc de la qualité de la relation psychothérapeutique qui s’instaure entre le patient, son entourage et le médecin.

Les “ cothérapies ” qui peuvent surgir par initiative propre du patient ou par influence de l’entourage proche méritent une attention particulière.

Schmitt (32) signale que 50 % des patients psychiatriques, dont les déprimés, ont consulté au moins une fois un autre thérapeute qui peut être un guérisseur une fois sur trois. Il peut s’agir aussi d’un homéopathe ou d’un acupuncteur. Les patients parlent rarement à leur médecin de cette démarche parallèle. Ces “ cothérapies ” réduisent l’observance et pourraient illustrer l’échec d’une médecine scientifique. (32)

---

<sup>11</sup> Voir le chapitre “ Les trajectoires évolutives ” et la section “ La décision de soins ” du chapitre “ Du projet thérapeutique au projet de vie ”.

***La non-observance d'un traitement antidépresseur ne signifie pas nécessairement un comportement inadapté du patient (13)***

Dans certaines situations, l'arrêt volontaire peut être plus ou moins bénéfique :

- indication inappropriée de l'antidépresseur (diagnostic insuffisamment posé),
- " exposition " inutile à un antidépresseur qui serait maintenu sans aucune justification,
- lors d'effets secondaires gênants non pris en compte par le prescripteur.

Par rapport à l'arrêt provisoire, il faudrait donc bien considérer ce qui a amené le patient à arrêter. Si la raison en est qu'il se sentait bien mieux, il faut peut-être que le médecin tienne compte de cet acte. On sait que parfois on traite de manière abusive ! D'autant plus qu'il n'y a pas de critères objectifs. On peut penser qu'il est conseillé de traiter pendant six mois, alors que, pour certains patients, deux mois suffiront.

Mais pour ce qui est des arrêts momentanés ou provisoires avec reprise par le patient lui-même quelques semaines après parce qu'il ne se sentait pas bien, il s'agit bien d'automédication, de mésusage et de détournement des molécules.

En cas d'arrêt prématuré décidé par le patient sans signes de récurrence, il est préférable, en l'absence de critères objectifs, de s'en tenir à ce " passage à l'acte " du patient (en ce que ce n'est pas concerté avec le médecin), et ne pas renouveler la prescription sous prétexte d'une durée préconisée par consensus.

Il faut que le praticien écoute son malade !

Certains patients, influencés par une certaine " mauvaise presse " qui pèse sur les psychotropes, s'empressent d'arrêter. Là, il faut expliquer et informer pour être exigeant sur la qualité du résultat.

***Y a-t-il lieu de distinguer cela par classe d'âge ?***

La durée des traitements ne se pose pas du tout de la même manière selon la classe d'âge.

Avec l'adolescent, il faudra nécessairement " faire court ". Si on ne pratique pas ainsi il se chargera tout seul d'écourter. La prescription de psychotropes chez des adolescents, souvent nécessaire, doit être brève, contrôlée et associée à une relation psychothérapique.

Chez le sujet âgé les traitements tendent à être plus longs. Les résistances “ naturelles ” augmentent avec l’âge, et l’arrêt du traitement entraîne un retour de l’anxiété, de l’insomnie et d’une certaine dysphorie, faisant craindre la reprise d’un état dépressif franc. (7)

Avec l’âge, les rechutes et récurrences augmentent, ainsi que la tendance à rapprocher les cycles.

5,8 % des sujets de 65 ans et plus reçoivent un antidépresseur en France métropolitaine, et 1,9 % des sujets seront utilisateurs chroniques (plusieurs années). (Fourrier.)

Greden (37) propose un traitement à vie en prenant uniquement en compte l’âge et le nombre d’épisodes : si le sujet a plus de 50 ans, un seul épisode pourrait justifier que le traitement soit maintenu.

### ***Y a-t-il un rapport de la durée du traitement avec le suicide ?***

Il existe deux logiques pour aborder cette importante question du rapport entre traitement antidépresseur et suicide.

La première logique thérapeutique consiste en un raisonnement de type syndromique et préventif : la prise en charge du suicide vise à en atténuer le poids des facteurs de risque. La maladie dépressive est un des principaux facteurs de risque du suicide, sinon le plus important. Soigner de manière appropriée la dépression c’est, pour beaucoup, prévenir le suicide.

L’arrêt prématuré du traitement, médicamenteux et psychothérapeutique, comporterait donc un risque d’autolyse.

Cette perspective détermine que, vis-à-vis du suicide, c’est la pertinence du traitement de la dépression qui impose les règles de la prescription médicamenteuse et l’adéquation du suivi médical.

Cependant, force est de constater qu’en pratique ce n’est pas encore une habitude thérapeutique tout à fait acquise.

En effet, la dépression majeure est le diagnostic post mortem le plus fréquemment posé chez les suicidés (20), et ce malgré le développement de la prescription des antidépresseurs ces trente dernières années.

50 % des patients déprimés ne reçoivent pas de traitement, et 15 % des patients déprimés traités conservent un risque de suicide sur la vie.

Les autopsies psychologiques ont montré que seulement 9 % à 33 % des suicidés recevaient un traitement antidépresseur au moment du décès, et que le pourcentage de ceux traités avec des doses adéquates était encore bien moindre (25). En effet, les études cliniques montrent bien que la dépression majeure est insuffisamment diagnostiquée et traitée, et ce indépendamment de la présence du risque suicidaire. Ce risque, quand il est repéré – surtout par l’existence d’antécédents d’actes autodestructeurs –, ne modifie malheureusement pas non plus ces (mauvaises) habitudes de prescription.

La deuxième logique consiste en une approche de type symptomatique et spéculer sur la spécificité de l'action thérapeutique : les antidépresseurs pourraient avoir un effet particulier sur l'acte suicidaire, que ce soit au niveau de l'idéation suicidaire elle-même ou au niveau du comportement autolytique.

Dans cette perspective, une question s'impose : quelle est l'adéquation de la prescription des antidépresseurs quand on vise cette action thérapeutique ? En d'autres termes, et plus particulièrement par rapport à la durée du traitement, faut-il maintenir cette prescription au nom d'un effet curatif ou préventif des actes suicidaires ? Et pendant combien de temps ?

K. Malone (20) défend l'hypothèse d'une spécificité d'action des antidépresseurs sur la conduite suicidaire, en distinguant l'idée suicidaire de l'acte : autant les idées suicidaires apparaissent extrêmement liées à la dépression, autant le passage à l'acte suicidaire se révèle plus complexe. Les antidépresseurs sérotoninergiques cibleraient le seuil au-dessous duquel se concrétise la conduite autodestructrice. Cet effet protecteur est d'apparition précoce (vers la deuxième semaine) et précède l'effet sur l'humeur dépressive. En revanche, les tricycliques semblent augmenter, pendant cette même période, le risque d'action suicidaire. Mais, au bout des quatrième et sixième semaines, ces deux classes d'antidépresseurs se retrouvent avec les mêmes résultats favorables. Cela nécessite confirmation par d'autres études. Les autres classes d'antidépresseurs n'ont pas été considérées.

Appuyant l'hypothèse de l'autonomie du mécanisme de la conduite suicidaire (par rapport aux idées dépressives de suicide), l'auteur note que la sismothérapie (ou électroconvulsivothérapie) en est un traitement très efficace (plus que les antidépresseurs), et que les médicaments anticonvulsivants se montrent très prometteurs.

Montgomery (21) distingue, lui aussi, l'idéation suicidaire de la conduite suicidaire en tant que cibles d'un traitement antidépresseur. Il déplore qu'il y ait si peu d'études qui explorent la spécificité "antisuicidaire" de chaque antidépresseur. En dépit de la faiblesse des travaux spécialisés dans ce domaine, les sérotoninergiques semblent être plus efficaces que les tricycliques à l'égard des conduites suicidaires. Ces derniers ont d'ailleurs un risque léthal en cas de surdosage, que les sérotoninergiques ne présentent pas. De surcroît, un certain "effet inducteur" a été attribué aux tricycliques, au vu du taux élevé de suicidants parmi ceux qui recevaient ce traitement.

Les sérotoninergiques, pour leur part, n'ont pas montré d'effet protecteur prophylactique dans un groupe de patients portant le diagnostic de dépression double (dépression majeure + dépression récurrente brève), c'est-à-dire le groupe présentant le plus haut risque de conduite suicidaire. Le flupentixol (neuroleptique avec une AMM d'antidépresseur dans certains pays européens) apparaît comme étant le produit qui réduirait le plus le risque d'acte suicidaire, selon une étude menée auprès de patients récidivistes.



Ce sont donc des voies de recherche très intéressantes, mais qui n'autorisent pas encore à faire des extrapolations pratiques pour la thérapeutique.

Radat (29) souligne qu'il n'existe aucune étude disponible permettant d'affirmer ou d'infirmer que les suicides sous antidépresseurs seraient dus à la levée de l'inhibition psychomotrice. Les données disponibles vont plutôt dans le sens de suicides dus à la combinaison d'une non-réponse au traitement et d'un dyscontrôle impulsif prémorbide.

Il semble clair que dans la majorité des cas de suicide c'est l'absence de prise en charge adéquate d'une affection psychiatrique potentiellement suicidogène (notamment la maladie dépressive) qui est retrouvée, et cela malgré une demande de soins de la part des futurs suicidants.

L'attention peut ici être attirée sur les arrêts intempestifs des antidépresseurs et le risque accru, à ce moment, de passage à l'acte suicidaire dans un contexte de sevrage abrupt accidentel. L'arrêt intempestif survient, souvent, par intervention intercurrente d'un praticien somaticien, lors d'une consultation pour pathologie concomitante.

A l'heure actuelle, on ne peut pas affirmer que les antidépresseurs aient un effet antisuicidaire spécifique. En revanche, un consensus semble se dégager pour affirmer que le lithium, à la condition que ce traitement soit bien conduit, possède une action spécifiquement antisuicide<sup>12</sup>.

Il semble tout de même difficile de se fier uniquement à un psychotrope pour évacuer le risque suicidaire.

### Place et rôle des instances régulatrices (RMO, médecin conseil) dans l'arrêt des prises en charge

Les RMO (références médicales opposables) sont un souci louable. Quand le médecin conseil demande des explications, il paraît bien normal que le praticien ait à lui répondre.

L'idéal serait que tous les médecins adhèrent aux mêmes standards scientifiques, et qu'ainsi chaque patient puisse être traité de la même manière, indépendamment de l'endroit et de la personne qui doit le traiter. Mais ce n'est pas le reflet de la réalité.

---

<sup>12</sup> Cette question est particulièrement développée dans la section “ La décision de soins ” du chapitre “ Du projet thérapeutique au projet de vie ” de ce même rapport.

Il existe un écart entre les pratiques recommandées à partir des données scientifiques et les pratiques quotidiennes. L'étude de Langwieler et Linden (16), pour ne citer que celle-là, a mis en évidence les différences thérapeutiques qui existent entre les praticiens alors qu'il y a coïncidence en ce qui concerne le diagnostic, l'intensité du tableau dépressif et le besoin de traiter. Ces diverses stratégies de soins sont directement corrélées aux différences étiopathogéniques évoquées pour la dépression. Mais, pour ce qui est des abords chimiothérapeutiques, ils sont, eux aussi, différents (choix de la molécule, posologie, durée), et cela s'explique moins bien par les différences d'approche théorique.

Par ailleurs, nous venons d'examiner quelques aspects de la complexité du suivi des patients déprimés, ce qui amène le praticien à assumer, à bon escient, les nuances des décisions thérapeutiques prises pour un malade.

Les instances régulatrices, porte-parole des références scientifiques, permettent, au sein de la relation du médecin avec son malade, d'accommoder ces contradictions dans un art de soigner qui consiste essentiellement à faire que, d'une manière critique, les avantages escomptés d'une option thérapeutique l'emportent largement sur les inconvénients.

Arrêt du traitement médicamenteux ou arrêt de la prise en charge ?

Il a souvent été dit dans les pages de ce rapport que toute prise en charge médicale comporte une dimension psychothérapeutique.

Il s'agit d'une prise en charge relationnelle non structurée, s'adressant aussi bien aux symptômes qu'à la personne malade, sans utilisation technique particulière.

Cette relation et ses impacts psychologiques sont indissociables de l'acte de prescrire.

Dans le suivi des épisodes dépressifs francs on reconnaît en général trois grandes phases (12) :

- Dans la phase initiale de traitement, le médecin " remplace " en quelque sorte le patient déprimé, tellement le sujet, sous l'emprise de la dépression, est devenu transitoirement incapable de se prendre en charge.
- Dans un deuxième temps, le clinicien fonctionne sur le mode d'un moi auxiliaire, le patient ayant récupéré partiellement ses capacités de décision et d'entente.
- A la fin, le médecin s'efface de plus en plus, et laisse le patient se prendre en charge, en l'invigorant même, parfois, pour qu'il reprenne toutes ses activités antérieures.

Cette relation, comme l'arrêt est programmé, s'arrêterait à peu près en même temps que le médicament. Lorsqu'il y a risque de sevrage, certains préconisent d'intensifier les consultations après l'arrêt des médicaments afin d'augmenter la surveillance du sevrage et des signes de rechute. Mais cela n'est pas sans risque.

On peut arrêter en même temps, étant entendu qu'une relation ne s'interrompt jamais véritablement : le sujet peut appeler son médecin quinze jours ou quinze ans plus tard !. Là aussi il s'agit d'une dynamique ; et il est très important pour le patient de savoir que son médecin est accessible et disponible.

Bien évidemment, il en est tout à fait autrement pour ce qui est des psychothérapies formelles, psychodynamiques ou cognitivo-comportementales, lesquelles possèdent dans leur corpus théorique des consignes spécifiques concernant la fin d'un traitement.

## CONCLUSION

La prescription doit toujours se faire pour un temps limité, en fonction d'objectifs thérapeutiques définis à l'avance en référence à la pathologie dépressive et aux maladies concomitantes.

Cette prescription doit être accompagnée d'informations et de recommandations au patient sur les effets désirables et indésirables des molécules, sur les règles d'utilisation.

Mais une prescription se fait à deux, dans une relation unique établie entre le médecin et le malade.

De plus, la prescription médicamenteuse demeure avant tout syndromique, alors que dans la pratique le clinicien se trouve dans une équation bénéfices/inconvénients avec son patient. Cela échappe à toutes les études statistiques.

Comment élaborer à deux ce que l'on appellera la guérison ? Que va-t-on accepter comme séquelles ?

Il s'agit d'expliquer beaucoup au malade et de décider ensemble. C'est avec lui que l'on pourra situer les différents niveaux de sa souffrance et ce qu'il faut mobiliser pour la soulager.

C'est pour cela aussi qu'il faut que le praticien soit bien informé pour informer les malades eux-mêmes.

Son rôle dans l'observance ou non du traitement est primordial : une mauvaise communication avec peu d'informations, des explications insuffisantes, un manque de compréhension, le manque de maîtrise technique d'une juste prescription, un rapport ambigu avec le médicament, une approche biologique exclusive de la maladie dépressive sans considérations des facteurs psychologiques et socioenvironnementaux, sont tous des facteurs qui vont influencer d'une manière ou d'une autre les modalités de la prise en charge.

Les décisions thérapeutiques, notamment autour de la réflexion cruciale d'arrêter ou de maintenir un traitement, constituent un engagement réciproque, car les deux parties travaillent ensemble afin de trouver la meilleure issue à la maladie.

C'est dans ce sens que la notion de psychothérapie accolée à cette chimiothérapie est forcément impliquée.

Il importe aussi d'informer l'entourage du malade pour qu'il contribue à améliorer le niveau d'adhésion aux soins.

Sur un autre plan, apparaît plus nettement le besoin de mener des campagnes éducatives pour améliorer le niveau sanitaire de la population générale et la participation des patients au traitement de la maladie dépressive.

## **PEUT-ON PREVENIR LES ETATS DEPRESSIFS ? (Pour une ambition prophylactique des états dépressifs)**

### **INTRODUCTION**

La diversité des situations et le caractère multifactoriel de l'origine des états dépressifs rend difficile, mais nécessaire, l'approche prophylactique.

Le médecin traitant, " en première ligne " sur le front, doit être à même de détecter les situations de vulnérabilité et aider le patient à y faire face. Tout comme le médecin du travail qui ne se cantonne plus aux purs aspects réglementaires et joue, de nos jours, un vrai rôle de dépistage et de prévention.

La prévention des états dépressifs est un objectif essentiel que le médecin ne doit pas perdre de vue dans sa pratique quotidienne. Si le risque de suicide justifie, à lui seul, cette démarche, il ne résume pas les conséquences de la dépression sur la santé des patients qui en souffrent.

Tous les troubles dépressifs s'associent à une morbidité et une mortalité importantes :

- 15 % des patients souffrant de troubles de l'humeur se suicident. (5) (7) (16)
- Les chiffres de mortalité de l'*Epidemiological Catchment Area (ECA) Study* (18) sur une période de quinze mois sont 4 fois plus élevés chez des patients déprimés, âgés de 55 ans et plus, que chez des sujets non déprimés.
- En ce qui concerne la morbidité, une étude de Wells (36) et coll., faite sur une population de Los Angeles, montrait que 23 % des patients atteints d'un trouble dépressif majeur avaient dû rester au lit, pour des raisons de santé, pendant quelque temps, durant les deux dernières semaines, par comparaison au 5 % de la population générale.
- Par ailleurs, 30 % des patients rapportaient une baisse de leur activité pendant la même période, et 38 % une limitation chronique de leur activité.
- En France, l'étude du CREDES publiée en 1996 (24) montre également que les personnes atteintes de dépression souffrent de 7 maladies, contre 3 pour les sujets non déprimés, au cours des trois derniers mois.
- Selon les estimations de Davidson (12), si rien n'est fait en matière de prévention, en 2020 la dépression sera la deuxième cause d'invalidité mondiale, derrière les maladies cardiaques.

Ces chiffres montrent bien qu'en matière de dépression la prévention doit considérer autant les facteurs de risque que l'ensemble des conséquences de la maladie. Ainsi, les actions menées par l'ensemble des acteurs de la filière de soins ne seront pas les mêmes selon qu'on vise à prévenir :

- La survenue d'un premier épisode dépressif, chez des sujets présentant des facteurs de risque et/ou ayant des difficultés existentielles.
- La mortalité et la morbidité. Autrement dit, les conséquences ou complications, dont le suicide, d'un état dépressif en cours de traitement.
- Les rechutes et récurrences.
- Les symptômes résiduels.
- La chronicisation.

Voici l'analyse de chacune de ces **cinq étapes** (présentées chronologiquement) avec les stratégies thérapeutiques adaptées à chaque situation particulière.

### ***1 – Prévention de la survenue d'un premier épisode dépressif chez des sujets présentant des facteurs de risque et/ou ayant des difficultés existentielles***

La démarche consiste ici, pour le médecin, en un *double repérage anticipatif* :

- identifier les caractéristiques personnelles et environnementales du patient, ainsi que les événements vitaux (anciens ou récents) susceptibles de contribuer à l'apparition d'un état dépressif ;
- reconnaître (et éventuellement traiter) les signes prodromiques d'un état dépressif naissant.

En exergue de cette démarche se pose encore la question du “ modèle ” à partir duquel le praticien va porter le diagnostic de dépression. (Cf. chapitre “ Le temps du diagnostic ”)

Ici la modélisation ne se situe pas au niveau sémiologique mais psychopathologique, puisque dès qu'on évoque *la réaction face à un événement* on est dans le domaine de la dépression réactionnelle.

Sans entrer dans la polémique (certains auteurs, dont Andreassen (17), s'appuyant sur les résultats des études du NIMH, nient la validité du concept de dépression réactionnelle), force est de constater qu'en pratique clinique courante, la dichotomie “ endogène/exogène ” n'est guère opérationnelle.

Pour ne pas réduire le patient à la maladie dont il souffre, il faut tenir compte des liens existant entre la vulnérabilité biologique, les événements de vie, la personnalité, les stratégies d'adaptation (*coping*, "faire face") et une éventuelle comorbidité avec des troubles psychiques et organiques.

En ce sens, sans aller jusqu'à préconiser l'utilisation systématique des guides d'évaluation des *life events* (LEDS, EVE etc.), le fait de répertorier et prendre en compte les événements déstabilisants dans la vie du patient est indispensable.

Il est habituel (14) de classer les événements vitaux traumatiques de façon chronologique :

- **Événements récents.** Apparus peu de temps avant le commencement de l'état dépressif. Considérés comme facteurs précipitants et non étiologiques.
- **Événements contemporains.** Apparus pendant l'évolution de l'état dépressif. Considérés comme facteurs aggravants.
- **Événements anciens.** Apparus précocement dans l'enfance. Considérés comme facteurs prédisposants.

L'étude des facteurs précipitants doit tenir compte tant de l'ampleur de l'événement que du retentissement subjectif sur un individu donné. La réaction dépendra autant des capacités du sujet à élaborer ("coping") des stratégies adaptatives opérationnelles que de la présence d'éventuels facteurs protecteurs. Comme aimait à le rappeler Tatossian, en inversant les termes du problème : " *Un changement n'est événement que pour celui dont il change la vie.* "

Concernant les événements anciens, depuis les travaux de Bowlby et Winnicott, on sait que les perturbations des relations précoces induisent une vulnérabilité dépressive chez l'adulte.

Il est intéressant d'établir un parallèle entre ces constats et les études actuelles menées par les psychogérialtres sur les événements anciens chez les patients atteints de démence. Clément a évoqué, lors d'un récent symposium (11), une hypothèse analogue à celle de l'étiopathogénie de la schizophrénie : elle associerait une anomalie neurodéveloppementale à des traumatismes précoces, ce qui donnerait des sujets avec une faible capacité d'adaptation aux situations nouvelles et contraignantes. Parmi ces traumatismes précoces, le fait de perdre ses parents dans l'enfance serait un facteur de risque psychosocial important dans l'étiologie de la démence. L'étude de Kivela (19) sur la perte parentale précoce trouve des données statistiquement significatives à ce sujet.

Même si ces données sont à considérer avec précaution, elles semblent démontrer déjà que l'idée que le *biologique* peut l'emporter sur l'*existentiel* (ou le contraire) n'est pas d'un grand secours lorsqu'on prétend avoir une vision globale des troubles psychiques.

## 2 – Mortalité et morbidité, prévention du suicide

*“ Il n'y a rien de plus mystérieux qu'un suicide. Quand j'entends expliquer les raisons de tel suicide, j'ai toujours l'impression d'être sacrilège. Car il n'y a que le suicidé qui les ait connues, et qui ait été en mesure de les comprendre : elles sont le plus souvent multiples et inextricables et hors de la portée d'un tiers. ”*

Ces mots d'Henry de Montherlant résument la question préalable à toute prise en charge et/ou programme de prévention : est-ce que le geste suicidaire est toujours imputable à un état dépressif ?

Th. Lempérière (23) apporte un début de réponse lorsqu'elle rappelle que la tentative de suicide n'est pas qu'un simple échec du geste suicidaire, c'est un mode de comportement particulier dont l'épidémiologie et la signification psychologique ne sont pas entièrement superposables à celles de suicide.

La tentative de suicide s'inscrit aujourd'hui dans un contexte socioculturel qui la valide.

Les études de prévalence des pathologies psychiatriques, et de la dépression en particulier, à partir des autopsies psychologiques des suicidés, permettent de mieux cerner les relations entre les éventuelles pathologies sous-jacentes et les différents comportements autolytiques.

Les statistiques montrent que 90 % des suicidés présentent un trouble psychiatrique.

(3) La dépression s'observe dans la moitié des cas et multiplie par 20 le risque suicidaire. De même, une tentative de suicide est retrouvée dans les antécédents d'un suicidé sur deux et multiplie par 40 la probabilité d'une réussite ultérieure.

Mais le chiffre le plus significatif, lorsqu'on se place dans une optique de prévention, est celui qui signale que 60 % à 70 % des suicidants ont consulté un médecin (souvent leur généraliste) dans le mois précédant une tentative de suicide. (3)

Il est donc évident que des programmes de formation destinés à améliorer la reconnaissance de la dépression et son traitement pourraient contribuer à optimiser la prise en charge de la dépression et, par voie de conséquence, prévenir le suicide. (Cf. “ La dépression : impact économique et atteinte à la qualité de vie ”)

Une telle expérience a été menée sur l'île de Gotland en Suède par Rutz (28) (29), avec un programme d'éducation complet auprès de tous les médecins généralistes de l'île, sous forme de séminaires et de documentation.

Elle a montré des résultats satisfaisants concernant la prise en charge de la dépression. Les médecins ont ainsi augmenté leur prescription d'antidépresseurs et diminué celle des tranquillisants, réduisant alors le recours aux services psychiatriques et aux hospitalisations. Les arrêts maladie ont été diminués de moitié. Et, surtout, le taux de suicide a été significativement réduit.

---

	1982	1985
Taux de suicide	25/100 000	7/100 000

---

Les résultats de cette étude sont souvent cités dans la littérature sous forme d'exemple, mais ils sont loin d'être le seul cas où l'on constate des améliorations tangibles en matière de prévention du suicide.



On distingue trois éléments communs dans tous ces programmes.

Le premier, prioritaire, est celui qui consiste à centrer les actions de formation sur un dépistage et une prise en charge précoces des troubles dépressifs.

Viennent ensuite le repérage des populations à risque et l'amélioration de la prise en charge des suicidants.

### **3 – La prévention des rechutes et des récurrences**

#### **Epidémiologie**

La plupart des patients souffrant de dépression majeure réagissent favorablement au traitement, mais entre 30 % et 50 % d'entre eux rechutent dans les quatre ou cinq mois qui suivent l'arrêt du traitement antidépresseur.

En moyenne, le nombre d'épisodes dépressifs est de 3, allant de 1 à 6 épisodes dans la vie d'un même patient.

Par ailleurs, le risque de rechutes tend à augmenter après chaque épisode. Seulement 50 % des patients atteints de dépression unipolaire sera asymptomatique un an après le début d'un épisode dépressif majeur. Dans 10 % à 15 % des cas, les récurrences dépressives évoluent vers une maladie bipolaire. Dans les formes précoces de dépression, les récurrences sont fréquentes, s'accroissent et se multiplient au fil du temps. (27)

#### **Définitions**

Frank et al. (15) ont proposé des critères pour décrire et évaluer l'évolution et le traitement de la dépression. Trois phases successives du traitement y sont identifiées : **aiguë, continuation/consolidation et maintenance.**

L'objectif du traitement antidépresseur en phase **aiguë**, qui dure en moyenne de six à huit semaines, c'est d'arriver à la rémission qui est définie par une diminution significative de la sévérité de l'état dépressif (50 % de réduction de la sévérité des symptômes).

Dans la phase de **continuation/consolidation**, il s'agit de prévenir le retour des symptômes de la phase aiguë : rechute. Beaucoup d'auteurs (25) préconisent que le traitement avec le même antidépresseur doit être maintenu pendant au moins quatre mois pour prévenir les rechutes.

**Maintenance** : la guérison est définie par la fin de l'épisode dépressif. Un épisode ultérieur est appelé une récurrence pour indiquer qu'il s'agit bien d'un nouvel épisode dépressif et non d'une réémergence de l'épisode précédent.

La séparation des notions de “ rechute ” et “ récidence ” s'avère donc décisive pour évaluer l'efficacité à long terme d'un traitement antidépresseur. (2)

Nombreux sont les travaux, comme celui cité plus haut, qui proposent des stratégies thérapeutiques en fonction du moment évolutif et des éventuelles complications de la maladie dépressive. On constate également des “ habitudes ” de prise en charge empiriques et intuitives, qui sont loin d'être homogènes entre les praticiens.

Devant cette absence de consensus terminologique et thérapeutique, l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM), dans ses *Recommandations et références médicales* (1) concernant les médicaments antidépresseurs, propose le lexique suivant :

- **Une rémission partielle** correspond à une période pendant laquelle est observée une amélioration d'un niveau tel que l'individu n'a plus les critères symptomatiques nécessaires pour que soit retenu le diagnostic d'épisode dépressif majeur, tout en conservant certains symptômes de la maladie.
- **Une rémission complète** est la période durant laquelle est observée une amélioration d'une qualité suffisante pour que le patient soit considéré comme asymptomatique.
- **La guérison** est une rémission complète pendant une durée suffisante (en théorie, égale ou supérieure à six mois).
- **La rechute** se définit par la réapparition de symptômes dépressifs avant la guérison. Une rechute survient dans le cours évolutif d'un même épisode pathologique (de l'ordre de quelques mois).
- **La récidence** (ou récurrence) correspond à la réapparition d'un nouvel épisode dépressif après guérison du précédent.

## Recommandations thérapeutiques

Comme nous l'avons déjà signalé dans le chapitre “ Le suivi du traitement ”, la frontière entre les domaines thérapeutique et prophylactique devient presque invisible depuis qu'on utilise les antidépresseurs au long cours, au-delà de l'amélioration du tableau clinique qui a été à l'origine de la prescription initiale. Nous ne reviendrons donc pas sur le suivi du patient en phase aiguë.

Néanmoins, en ce qui concerne le suivi à long terme, une des études la plus ambitieuses vient d'être publiée dans *Am. J. Psychiatry* (31). Elle concerne une cohorte de 318 patients porteurs d'un diagnostic de dépression majeure, qui ont été suivis pendant dix ans. Pratiquement les deux tiers des patients ont présenté au moins une rechute, et le nombre moyen de rechutes annuelles est de 0,21. Après chaque récurrence, le risque d'une nouvelle rechute est encore augmenté de 16 %. En revanche, le risque de rechute diminue au fur et à mesure que la durée du temps de rémission augmente.

En conclusion, selon les auteurs, il faut être conscient du haut potentiel de récurrence de la dépression, et par conséquent ne pas hésiter, surtout après plusieurs rechutes, à poursuivre indéfiniment le traitement antidépresseur à dose efficace.

Cette préconisation du *traitement à vie* semble rencontrer un assentiment de plus en plus large. Précisément, on trouve dans les recommandations de l'ANDEM un chapitre consacré au *Traitement de maintenance ou traitement prophylactique*, où il est dit clairement que l'objectif est de prévenir la survenue de nouveaux épisodes chez des patients à risque.

En ce qui concerne les moyens d'y parvenir il semble y avoir un consensus international autour du traitement médicamenteux : il est conseillé d'utiliser la même posologie que celle utilisée en phase d'attaque.

En revanche, pour ce qui est de la durée du traitement à visée prophylactique et les éléments permettant d'identifier les patients à risque, les avis divergent. Selon l'ANDEM, la durée du traitement varie en fonction du nombre d'épisodes dépressifs antérieurs (en moyenne quatre ou cinq ans).

La prise en compte des antécédents personnels de dépression est indispensable mais pas suffisante lorsqu'il s'agit d'établir une stratégie de prévention. L'étude d'autres facteurs prédictifs s'avère un élément essentiel dans la prise en charge, à long terme, des états dépressifs.

## Facteurs prédictifs

Toutes les recommandations centrées sur la dépression et la conduite du traitement psychotrope ne doivent pas nous faire oublier le patient et son environnement. Les études concernant les facteurs prédictifs de rechutes et récurrences dépressives sont innombrables. Parmi les plus importantes, on trouve celle de “ Epidemiological Catchment Area (ECA) Program ” datant de 1990.

Voici les facteurs ayant un impact négatif sur le pronostic d'un épisode dépressif.

- Sexe féminin : 21 % des femmes ayant fait un accès dépressif rechutent, contre 12 % des hommes.
- Age : A partir de 30-40 ans le pronostic de la dépression est, statistiquement, moins favorable.
- Statut marital : veuf(ve), divorcé(e), séparé(e).
- Antécédents familiaux de dépression.
- Antécédents personnels de dépression.
- Association d'un trouble psychiatrique ou d'une personnalité pathologique.
- Episode dépressif sévère et durable.
- Pathologie organique associée.
- Episode dépressif survenant dans le cadre d'une maladie bipolaire.
- Présence d'événements stressants et de difficultés existentielles.
- Absence de support social.
- Grossesse et accouchement.

En ce qui concerne les niveaux socioéconomiques ou socioéducatifs et le lieu de résidence, ils ne semblent pas corrélés à un mauvais pronostic. Mais les résultats des études divergent sur ces facteurs.

Quoi qu'il en soit, ces éléments sont autant de points de repère pour le praticien qui doit tenter de dépasser le niveau d'analyse sémiologique pour entrer en relation avec les composantes les plus individuelles, les plus subjectives de son patient.

#### **4 – Prévention des symptômes résiduels**

La nécessité de prendre en compte une éventuelle symptomatologie résiduelle, voire certains remaniements de la personnalité consécutifs à l'épisode dépressif, est évidente.

Diverses études ont montré une fréquence élevée de manifestations telles que l'anxiété, les troubles du sommeil, la perte d'initiative, des modifications du caractère, après disparition de la pathologie dépressive. (1)

Ces séquelles dépressives, trop souvent oubliées, peuvent être repérées à l'aide de l'échelle de dépression de Hamilton, où l'on obtient des scores de 7 à 10. L'importance de ces symptômes résiduels est illustrée par une étude (13) dans laquelle 51 des 101 patients souffrant de dépression unipolaire rechutaient avant un an et montraient des niveaux supérieurs de symptômes résiduels à ceux qui allaient bien après l'épisode dépressif.

De ce fait, certains auteurs (21) pensent qu'il n'est pas justifié de prolonger le traitement au-delà de six mois après la guérison de l'épisode dépressif, sauf pour les patients pour lesquels on décèle l'existence de symptômes résiduels.

Il s'agit le plus souvent de patients ayant eu des épisodes dépressifs particulièrement sévères.

Les préconisations de l'ANDEM sont un peu plus modérées : *“ Les modalités thérapeutiques de ces "cicatrices" n'ont pas été systématiquement étudiées. L'usage est généralement de recourir à une thérapeutique purement symptomatique et à une aide psychologique. ”* (1)

#### **5 – Prévention de la chronicisation**

L'évolution chronique de la dépression a été constatée chez 15-20 % des patients, et la survenue d'épisodes récurrents chez 75-80 % après des intervalles de plus de dix ans. Certains auteurs (27) affirment que, potentiellement, tous les cas de dépression majeure auront une évolution chronique ou avec des rechutes, à condition de les observer pendant une assez longue période.

Indépendamment du chiffre retenu, il existe un certain consensus concernant la stratégie de prévention du risque de chronicisation. Il porte sur deux points :

- La précocité et la qualité du traitement, lors du premier épisode, sont déterminants pour l'évolution ultérieure de la dépression (cf. plus bas).
- Après plusieurs rechutes, particulièrement chez les patients à risque, le traitement antidépresseur doit être poursuivi indéfiniment à dose efficace.

## Le rôle du médecin du travail dans la prévention des états dépressifs

Comme il a déjà été signalé dans le chapitre “ Le retentissement de la symptomatologie dépressive ”, les médecins du travail, suite à l'évolution de leur rôle premier, se trouvent actuellement dans une position où ils peuvent identifier en priorité les situations professionnelles (le harcèlement, par exemple) pouvant être à l'origine d'une détresse psychologique conduisant éventuellement à une dépression. Leur rôle de prévention. est donc ainsi renforcé, dans cette démarche de santé globale

Concernant le harcèlement moral, le succès médiatique de ce concept ne peut pas s'expliquer seulement par le fait qu'il ait permis de mieux appréhender et circonscrire un phénomène purement psychologique. Trois jugements récents ainsi qu'un projet de loi témoignent du retentissement social de cette question.

- Le 8 décembre 1999, le Tribunal de grande instance de Bobigny (Seine-Saint-Denis) a retenu la responsabilité d'un employeur dans le suicide d'un de ses commerciaux, et a condamné la société à verser des indemnités à sa veuve. (22)
- Le 25 février 2000, la chambre sociale de la cour d'appel de Riom a condamné la Caisse primaire d'assurance maladie de l'Allier à prendre en charge, au titre d'accident du travail, le suicide d'un salarié qui s'était pendu dans les locaux de l'entreprise, estimant que “ *l'altération de l'état psychologique du salarié (...) conduit à écarter, ou tout au moins à atténuer sensiblement, le caractère volontaire et réfléchi de l'acte suicidaire.* ” C'était la première fois qu'un suicide était reconnu officiellement comme un accident du travail. (4) (33)
- Dans ce même état d'esprit, le 28 février 2000, une tentative de suicide a été reconnue comme “ accident du travail ” par un Tribunal des affaires de Sécurité sociale (TASS). Le tribunal d'Epinal a considéré que la tentative de suicide d'une femme de ménage (défenestration sur son lieu de travail) et les séquelles (paraplégie) que celle-ci avait entraînées, rentraient dans le cadre d'un accident du travail. Cela après avoir clairement établi, grâce aux témoignages des collègues, l'existence d'un harcèlement moral de la part de sa supérieure hiérarchique. (22) (35)

Ces jugements ont été très médiatisés et ont permis une prise de conscience collective, tant sur l'ampleur du phénomène que sur le vide juridique existant en la matière.

Dans son article paru dans *L'Express* du 30 mars 2000, " Le harcèlement moral condamné ", à propos des différentes décisions de justice commentées plus haut, la journaliste Marion Festaëts écrivait :

*" Ces décisions de justice entérinent l'existence du harcèlement moral au travail, que la psychiatre Marie-France Hirigoyen décrit dans son livre paru en août 1998. Depuis, des centaines de salariés affirment s'être reconnus dans ces portraits d'employés malmenés, isolés, en proie à des dépressions nerveuses. Les salariés d'une entreprise (...) sont en grève (...) pour protester contre une direction qu'ils accusent de les harceler moralement. "*

Il semble donc évident que nous sommes devant un phénomène d'exemplarité du témoignage véhiculé par les médias, par lequel les personnes reconnaissent non seulement le type de souffrance qu'ils éprouvent mais aussi l'origine de celle-ci. Ce qui leur est proposé, ce n'est pas seulement un modèle clinique, avec une description détaillée de symptômes, mais une modélisation étiopathogénique.

On savait qu'individuellement des personnes souffrant depuis longtemps se décidaient à consulter un médecin lorsqu'elles identifiaient, dans le récit d'un proche où dans la description véhiculée par les médias, la nature dépressive de leur mal-être... Ici le phénomène est analogue, mais la prise de conscience se produit au niveau collectif, comme le montrent ces mouvements de grève. Georges Hage, dans la présentation publique de son projet de loi, fait état d'une situation qui durait depuis fort longtemps :

*" Chez Bouyet, à Montauban, les insultes les plus graves et les plus ordurières fusent en direction des salariés. Pendant plus de dix ans, la direction laissera faire. Exaspérés (...) les salariés se mettent en grève et, au bout de neuf jours (...), obtiennent satisfaction par le remplacement de leur DRH. "*

## **Projet de loi**

Le 14 décembre 1999, le groupe communiste a déposé une proposition de loi " *relative au harcèlement moral au travail* " à l'Assemblée nationale.

Tout comme les médecins, les législateurs ont le souci du consensus terminologique évoqué plus haut, comme en témoignent les 4 pages (d'un texte qui en comporte 8 !) consacrées à la seule définition du concept. En exergue de ce chapitre, il est dit explicitement que " *de la définition du harcèlement moral au travail dépend l'efficacité et l'orientation choisie pour la proposition de loi* ". Le harcèlement devra s'entendre comme " *un harcèlement par la dégradation délibérée des conditions de travail* ".

Les auteurs du rapport justifient le choix du terme "harcèlement" par le fait qu'il est l'équivalent de celui " (...) désigné sous le nom de mobbing par les Anglo-Saxons (...)", et parce que " *il est étroitement lié à la médiatisation qu'a connue récemment le phénomène* ". Les auteurs du rapport suivent donc la terminologie utilisée par Leymann et Hirigoyen (cf. " *Le retentissement de la symptomatologie dépressive* "), tout comme leurs conceptions étiopathogéniques, puisque, dans l'exposé des motifs, ils écrivent que " *la victime du harcèlement moral se trouve souvent atteinte de pathologies multiples pouvant conduire jusqu'au suicide.* "

Il est donc logique de lire plus tard, dans la partie consacrée à la prévention, que “ *le médecin du travail devrait pouvoir intervenir plus efficacement. Les médecins ont des propositions intéressantes comme celle de faire inscrire dans le tableau des maladies professionnelles les pathologies liées aux conséquences du harcèlement moral au travail. Une prochaine réforme de la médecine du travail étant prévue...* ”

Ainsi, en cas d'adoption du texte, la loi entérinerait en fait l'existence d'une “ *relation directe et essentielle* ” (voir plus haut) entre certaines conditions de travail et des troubles psychiatriques, avec, comme conséquence, l'élargissement de la notion de “ *danger grave et imminent pour la vie ou la santé du salarié* ” consacrée par l'article L.231-8 du Code du travail. D'autres articles sont également visés, par les auteurs du projet, en vue d'une modification, comme l'article L.241-10-1, puisqu'il serait question d’*inclure le harcèlement moral au nombre des causes pouvant justifier l'intervention du médecin du travail, à travers notamment le recours au certificat d'inaptitude* ”.

Il s'agirait donc d'un profond remaniement législatif en perspective, dont on peut trouver les prémices dans l'étude commandée en 1998 par l'INSEE et le ministère du Travail à propos de *Travail et charge mentale*. Cette étude est basée sur l'enquête *Conditions de travail*, où sont répertoriés et quantifiés plusieurs indicateurs de pénibilité mentale : sentiment de responsabilité, urgence, moyens insuffisants, relations tendues, peur des sanctions, etc. Les résultats de l'étude montrent que la crainte de sanctions est aujourd'hui le facteur de charge mentale qui pèse le plus sur les salariés.

Lorsque le député Georges Hage, à l'origine du projet de loi, a interpellé Martine Aubry à propos du harcèlement moral, lors de la séance de l'Assemblée nationale du 30 juin 1999, la ministre du Travail a fait référence à cette étude en ces termes :

*“ L'enquête sur les conditions de travail qui a été réalisée par l'INSEE et par mon ministère en 1998 montre que cette charge mentale et ces pressions s'accroissent. C'est en tous cas le sentiment des salariés eux-mêmes, puisque 60 %, contre 45 % il y a sept ans, craignent des sanctions et s'angoissent (...). 30 % des salariés vivent des situations de tension avec leur hiérarchie (...). Vous venez de m'apprendre que le groupe communiste s'apprête à déposer une proposition de loi en la matière. Je peux vous dire, d'ores et déjà, que je lui porterai une grande attention et que je la considère avec un a priori favorable. ”*

En somme, bien que le terme pour désigner le phénomène soit apparu récemment, le harcèlement moral a préexisté à sa propre définition et à sa médiatisation. Ce n'est donc pas la découverte d'un événement nouveau mais son amplification qui a déclenché le signal d'alarme. La ministre légitime le remaniement législatif à venir par le fait que “ *ces pressions s'accroissent* ”. Tout comme Georges Hage qui, dans l'exposé des motifs de son projet de loi, écrit : “ *Si cette forme de harcèlement moral au travail est ancienne, sa nouveauté réside dans la gravité, l'ampleur et la banalisation du phénomène.* ”<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> Ce projet de Loi a été voté en première lecture à l'Assemblée Nationale en janvier 2001.



## CONCLUSION

L'expérience semble démontrer que les démarches de soin et de prévention ne peuvent plus être considérées comme deux temps différents dans la prise en charge des troubles dépressifs.

De plus en plus de travaux démontrent que les premiers éléments de prise en charge, au début d'un premier épisode dépressif, peuvent déterminer l'avenir du patient.

Parmi les plus récents et significatifs, on trouve une étude française auprès du personnel de l'EDF, qui constitue, pour l'épidémiologie française, un équivalent de ce que représente la population islandaise pour l'épidémiologie internationale. Dans les deux cas, on dispose d'une population très importante, relativement homogène, remarquablement stable, avec des dossiers médicaux très bien tenus... Il s'agit d'une étude de la cohorte GAZEL (6) (9) (10), qui se déroule depuis dix ans et a pris en compte le suivi d'un peu plus de 20 000 employés de la compagnie. Dans cette cohorte, une enquête parmi les patients souffrant de dépression a montré que la qualité de la prise en charge, lors du premier épisode dépressif, revêt une importance particulière. D'après les auteurs, un traitement mal adapté à la gravité des manifestations cliniques peut, en effet, entraîner un passage à la dépression chronique, et cela pratiquement dans un cas sur deux.

La qualité du traitement initial est donc déterminante pour l'évolution ultérieure de la dépression. Cela remet en question la conception selon laquelle – la plupart des épisodes dépressifs ayant une rémission spontanée – l'intérêt du traitement psychotrope se limite à la diminution de l'intensité de la souffrance du patient et à la réduction du temps d'évolution de l'accès.

Ainsi, il est évident qu'un traitement antidépresseur efficace doit améliorer non seulement les symptômes en phase aiguë, mais également prévenir la survenue d'autres épisodes dépressifs.

De cette conception globale et sur le long terme de la prise en charge des états dépressifs découle le fait que les médecins généralistes se trouvent dans une position où ils vont accompagner le patient, même au-delà de la disparition des symptômes.

Cette " mission " semble de plus en plus leur être acquise.

# **LA DEPRESSION : IMPACT ECONOMIQUE ET ATTEINTE A LA QUALITE DE VIE**

## **Introduction**

Sur le plan médical, la dépression se différencie du mal-être. Ainsi, la dépression majeure se définit comme des troubles caractérisés par des symptômes suffisamment aigus, nombreux et durables pour justifier ce diagnostic (3).

La dépression majeure ou “ épisode dépressif majeur ” est définie par les critères du DSM-IV :

Au moins cinq des symptômes parmi les neuf suivants doivent avoir été présents pendant une même période de deux semaines. Ils doivent avoir présenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur (au moins un des symptômes est soit l'humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir) :

- humeur dépressive ou irritabilité chez les enfants et les adolescents ;
- diminution de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quotidiennes ;
- perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime ;
- insomnie ou hypersomnie ;
- agitation ou ralentissement psychomoteur ;
- fatigue ou perte d'énergie ;
- sentiment de dévalorisation ou de culpabilité ;
- diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer, indécision ;
- pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes, tentatives de suicide.

Aucun de ces symptômes ne doit répondre à un critère d'épisode mixte, ne doit être expliqué par un deuil ou imputable aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale. Les symptômes doivent s'accompagner d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel.

La détermination du degré de sévérité de la dépression majeure (léger, moyen, sévère) est fonction de la présence ou non de symptômes supplémentaires par rapport au nombre requis pour établir le diagnostic, et de l'impact des troubles sur le fonctionnement professionnel, social et relationnel (2) (3).

Il est à noter que cette définition n'intègre aucun substrat biologique permettant de confirmer le diagnostic, engendrant ainsi une possible subjectivité dans l'établissement de ce dernier.

Il existe toutefois des outils diagnostiques sérieux permettant d'établir le diagnostic de la dépression majeure, tels que le *Diagnostic Interview Schedule Self Administered* (DISSA), le *Composite International Diagnostic Interview Simplified* (CIDIS), le *Diagnostic Interview Schedule* (DIS), le *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) ou le *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI, cf. Annexe 1). Tous ces outils sont des questionnaires fermés administrés en population dans le but de diagnostiquer la dépression, ils possèdent des sensibilités et des spécificités variables (2). Force est de constater l'existence d'un décalage entre l'outil diagnostique destiné à des études cliniques et son utilisation restreinte en routine par les médecins.

Nous avons effectué une recherche bibliographique afin de déterminer et de quantifier l'impact de la dépression. Nous entendons par impact de la dépression aussi bien les conséquences économiques (traitement et absence de traitement), que les atteintes à la qualité de vie dont souffrent les dépressifs.

Nous avons donc interrogé plusieurs bases de données : Medline, Pascal, Embase, ABPI avec les mots clés suivants : "dépression et coût et antidépresseurs" (*depression and cost and antidepressant*). Nous avons ainsi recensé 301 références. Après lecture des résumés, nous en avons sélectionné 134, et, parmi ces derniers, 43 sont utilisés pour le présent rapport.

L'objectif du travail est de mettre en évidence l'impact économique et l'altération à la qualité de vie engendrés par la dépression.

La dépression se caractérise par une situation complexe. Bien que cette pathologie bénéficie d'un traitement thérapeutique efficace : les antidépresseurs, il existe des lacunes concernant sa prise en charge. En effet, la dépression est sous-diagnostiquée et insuffisamment traitée.

Ce phénomène n'est pas irréversible. La mise en place de programmes d'éducation visant à améliorer les connaissances des médecins et des malades semble être une action prometteuse.

## LA DEPRESSION : UN ENJEU DE SANTE PUBLIQUE

### Une prévalence élevée

La prévalence annuelle de la dépression est estimée entre 3 % et 10 % selon les études.

Tableau 1 : Etudes de prévalence en population générale de la **dépression majeure**

Pays Référence	Année	Effectif	Outils diagnostiques	Prévalence (sur 1 an)
France DEPRES	1997	78 463	MINI	9,1 % <sup>14</sup>
France CREDES	1992	20 416	Autodéclaration à partir du DSM-IV	4,7 %
USA Kessler	1990- 1992	8 098	CIDI DSM-III-R	10,3 %
Nouvelle- Zélande Joyce	1986	1 498	DIS DSM-III-R	5,3 %
USA Robins	1984	19 182	DIS DSM-III	3,7 %
Canada Bland	1998	3 257	DIS DSM-III-R	5,2 %

En France, l'étude menée par le CREDES en population générale en 1992 indique une prévalence de la " dépression majeure " de l'ordre de 4,7 %. Si l'on considère la prévalence vie entière, la dépression apparaît comme étant encore plus répandue : 17 % à 19 % de la population souffrent de dépression majeure nécessitant une prise en charge médicale au cours de la vie (22).

Il convient d'ajouter qu'il s'agit d'une affection liée à des facteurs de risques socioéconomiques, touchant plus fréquemment les femmes que les hommes (1,5 à 4 fois plus), les personnes à revenus modestes, ayant un faible niveau d'éducation (27).

<sup>14</sup> A ce chiffre s'ajoutent 1,5 % de dépression mineure et 11,6 % de symptômes dépressifs.

## Une atteinte à la qualité de vie importante

La dépression est source d'une importante altération de la qualité de vie<sup>15</sup> des dépressifs. C'est une maladie de longue durée : quarante-cinq mois environ (45) à caractère récurrent dans 75 % à 80 % des cas, et chronique dans 15 % à 20 % des cas (5).

L'étude DEPRES II (45) met en évidence les problèmes quotidiens engendrés par la dépression<sup>16</sup>, rencontrés très fréquemment, comme les baisses de l'humeur (pour 76 % des dépressifs), la fatigue (73 %), les problèmes de sommeil (63 %).

La dépression majeure entraîne une morbidité et comorbidité importantes. L'étude menée par le CREDES (27) révèle que les dépressifs<sup>17</sup> souffrent de 7 maladies contre 3 pour les non-dépressifs au cours des 3 derniers mois.

Des estimations menées aux Etats-Unis révèlent des informations encore plus inquiétantes : ainsi en 2020, la dépression sera la deuxième cause d'invalidité mondiale, derrière les maladies cardiaques (13).

Force est de constater que les dépressifs ont une incapacité fonctionnelle et sociale beaucoup plus élevée que celle des non-dépressifs. Des outils tels que le SF-36, le SF-20 (30), ou le QLDSC (*Quality of Life in Depression Scale*) (33) mesurent l'impact des symptômes de la dépression sur la vie des patients. Le SF-20, par exemple, est un questionnaire administré au patient composé de 20 questions sur l'état fonctionnel (physique, social, occupations habituelles) et sur le bien-être (perception de sa santé, et de 5 items mesurant l'humeur générale, l'anxiété). Il s'agit d'un score à 6 dimensions allant de 0 à 100, un score élevé indique une meilleure qualité de vie. Dans un essai randomisé, Wells (47) a comparé la qualité de vie des dépressifs à celle de patients atteints d'autres maladies chroniques. Il a d'abord sélectionné les patients éligibles à partir de la base de données du MOS de 1986. Ces patients souffrent d'un épisode dépressif majeur, de dysthymie ou de double dépression (épisode dépressif majeur et dysthymie), selon les critères du DSM-III, et sont détectés à l'aide du DIS. Par la suite, il a utilisé le *Patient Screener* pour établir un score de qualité de vie (de 0 à 100, 100 étant le meilleur état de santé) sur six domaines, comprenant la capacité fonctionnelle, les occupations habituelles et le bien-être des patients. Il démontre que l'atteinte à la qualité de vie pour les dépressifs est plus importante que celle des personnes souffrant d'hypertension ou de diabète.

---

<sup>15</sup> Définition de la qualité de vie : perception qu'un individu a de sa vie dans le contexte de culture et de système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses attentes et ses objectifs. Conception complexe entre la santé physique, l'état psychologique, les croyances et les relations sociales (OMS).

<sup>16</sup> Il s'agit ici d'épisode dépressif majeur, de dépression mineure et de symptômes dépressifs caractérisés par le test du MINI.

<sup>17</sup> Il s'agit de dépression majeure autodéclarée selon les critères du DSM-IV.

Mis à part les maladies cardiaques, les dépressifs ont une altération physique bien plus importante que dans les autres maladies chroniques. L'indicateur de "santé perçue" souligne l'altération à la qualité de vie rencontrée par les dépressifs, largement plus importante que pour l'hypertension.

Tableau 2 : Atteinte à la qualité de vie de la dépression et de différentes maladies chroniques (source : 47)

	Capacités fonctionnelles		Occupations habituelles		Bien-être	
	Physique <sup>18</sup> (+) <sup>19</sup>	Intégration sociale <sup>20</sup> (+) <sup>21</sup>	Activité <sup>22</sup> (+)	Jours d'alitement <sup>23</sup> (-)	Santé perçue <sup>24</sup> (+)	Douleur <sup>25</sup> (+)
<b>Dépression</b>	<b>77,9</b>	<b>81,2</b>	<b>73,7</b>	<b>1,4</b>	<b>58,7</b>	<b>64,5</b>
Hypertension	86,4 <sup>1</sup>	94,9 <sup>1</sup>	90,0 <sup>1</sup>	0,36 <sup>1</sup>	72,1 <sup>1</sup>	77,5 <sup>1</sup>
Diabète	81,5 <sup>2</sup>	89,6 <sup>1</sup>	80,7 <sup>1</sup>	1,0 <sup>2</sup>	64,2 <sup>1</sup>	76,3 <sup>1</sup>
Arthrite	80,6	92,1 <sup>1</sup>	83,6 <sup>2</sup>	0,53 <sup>1</sup>	69,9 <sup>1</sup>	60,4
Angine de poitrine	71,2	89,8 <sup>1</sup>	72,4	0,30 <sup>1</sup>	60,8	70,0 <sup>2</sup>
Maladies cardiaques	65,8 <sup>1</sup>	83,9	60,4 <sup>1</sup>	2,08	60,6	70,8 <sup>1</sup>
Problèmes gastriques	82,8	88,8 <sup>1</sup>	79,9	0,93	64,2 <sup>1</sup>	65,1
Absence de maladie chronique	88,1 <sup>1</sup>	94,6 <sup>1</sup>	90,6 <sup>1</sup>	0,41 <sup>1</sup>	75,7 <sup>1</sup>	76,2 <sup>1</sup>

<sup>1</sup>P<0.0001 ; <sup>2</sup>P<0.005

Henry (19) et Bech (7) soulignent l'altération des capacités physiques et sociales des patients atteints de dépression, ainsi que l'augmentation du risque de suicide : 15 % des patients hospitalisés pour des formes sévères de dépression majeure ont effectué une tentative de suicide (1). On estime à 12 000 le nombre de morts par suicide chaque année en France. Il y aurait dix fois plus de tentatives, parmi lesquelles 30 % à 50 % sont liées à une maladie dépressive (3). Stoudemire (42) confirme ces chiffres. Pour lui, 60 % des suicides seraient liés à une dépression.

<sup>18</sup> Difficultés à faire du sport, à monter des escaliers, à marcher, à s'habiller, à se laver.

<sup>19</sup> + : un score élevé indique des capacités ou un bien-être meilleurs.

<sup>20</sup> Rendre visite à des proches.

<sup>21</sup> + : un score élevé indique de moins bons résultats.

<sup>22</sup> Activités telles que le travail ménager, le travail scolaire, l'activité professionnelle.

<sup>23</sup> Nombre de jours passés au lit au cours des trente derniers jours, du fait de la maladie.

<sup>24</sup> Perception de la santé : sentiment de bien-être, de maladie...

<sup>25</sup> Douleur physique au cours du dernier mois.

## Une maladie coûteuse

Il est généralement admis que la dépression est associée à des coûts élevés. Il s'agit tout aussi bien de coûts directs (consultation chez les généralistes et spécialistes, médicaments, hospitalisation, analyses de laboratoire...), de coûts indirects (pertes de production liées à des arrêts de travail ou aux suicides...), ou de coûts intangibles (stress, souffrance...), ces derniers étant plus difficiles à estimer.

Des études spécifiques, évaluant le coût de la dépression essentiellement par des méthodes de prévalence, ont été menées aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne.

Force est de constater que toutes ces études démontrent l'importance économique de la dépression : 43,7 milliards de dollars en 1990 aux Etats-Unis (16). L'impact est d'autant plus important pour les coûts indirects, représentant, selon les études, entre 72 % et 88 % du coût total de la dépression. Ils traduisent principalement les pertes de productivité, considérables pour la société.

Ces études ont toutes pour but d'estimer le coût de la dépression. Toutefois, il convient de signaler que les résultats ne sont pas forcément comparables. Effectivement, ils varient selon les études. Ce phénomène s'explique principalement par la définition retenue de la dépression au sein de l'étude. Par exemple, Greenberg actualise les données de Stoudemire. Cependant, il n'estime pas seulement le coût de la dépression majeure, mais aussi celui de la dysthymie<sup>26</sup> et des troubles bipolaires<sup>27</sup>. Kind utilise la ICD tout entière, à la différence de Jönsson qui exclut le code 300.4, et il émet des hypothèses à partir de l'étude d'Angst (77bis) quant à la fréquence des épisodes dépressifs.

Cela étant, il n'en demeure pas moins que le coût de la dépression<sup>28</sup> est comparable à celui d'autres pathologies considérées comme graves. En effet, la dépression fait partie des 10 premières maladies les plus coûteuses des Etats-Unis (17). Une estimation menée en Belgique indique que la dépression est la maladie la plus coûteuse après les affections cardio-vasculaires (6).

---

<sup>26</sup> Dysthymie : états dépressifs chroniques (plus de deux ans d'évolution) d'intensité mineure mais suffisante pour être invalidante (ANAES, 1996).

<sup>27</sup> Troubles bipolaires : accès dépressifs alternant avec des phases d'excitation euphorique hypomaniaque ou maniaque (ANAES, 1996).

<sup>28</sup> Episode dépressif majeur, dysthymie, troubles bipolaires.

Tableau 3 : Présentation des coûts de la dépression

Auteurs, Pays Année	Définition dépression	Méthode utilisée	Coûts totaux	Coûts directs	Coûts indirects
Stoudemire, Etats-Unis 1980	Episode dépressif majeur (EDM) détecté par le DIS	Prévalence de la dépression majeure et estimation du nombre de suicides liés à la dépression	\$ 16,3 milliards	\$ 2,1 milliards (12,8 %) en \$ de 1980	\$ 14,2 milliards dont coût suicide : 4,2 milliards (25 %)
Greenberg, USA 1990	EDM, troubles bipolaires, dysthymie	Prévalence Capital Humain	\$ 43,7 milliards	\$ 12,4 milliards (28 %) en \$ de 1990	\$ 31,3 milliards dont coût suicide : 7,5 milliards (17 %)
Kind <sup>29</sup> , GB 1990	ICD pour dépression majeure	Prévalence (35,2/1000) Hypothèses <sup>30</sup> : 50 % avec 1 épisode 30 % avec 2 épisodes 20 % polyphasiques	£ 3,5 milliards	£ 0,5 <sup>31</sup> milliard (14,3 %) en £ de 1990	£ 3 milliards (85,7 %)
Jönsson, GB 1990	Codes 296 et 311 du ICD-9 de l'OMS (1978)	Prévalence	£ 222 millions	£ 222 millions en £ de 1990	-
CREDES, France 1992	Dépression majeure autodéclarée selon critères du DSM-IV	Prévalence	F 30 milliards  F 600 milliards <sup>32</sup>	14 556 francs/patient Consommation médicale : 10 450 F/personne	-

<sup>29</sup> Détail des coûts directs. Cf. Annexes.

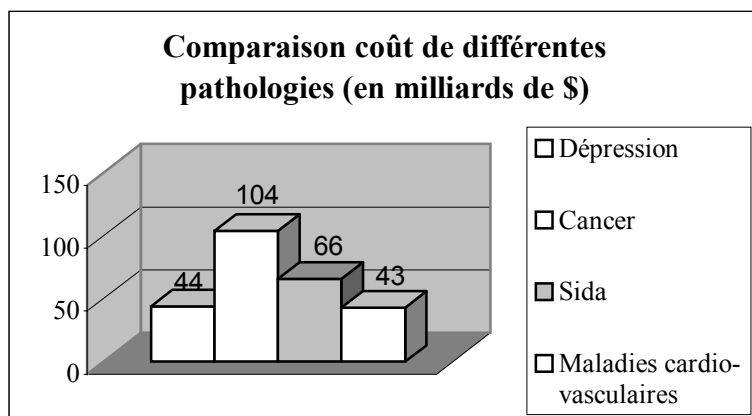
<sup>30</sup> A partir des résultats d'Angst (1992).

<sup>31</sup> Dont la moitié représente les coûts liés à l'hospitalisation.

<sup>32</sup> Source : Eco-Santé, année 1996.



Figure 1 : Comparaison du coût de la dépression avec d'autres pathologies (25)



### Les défaillances de sa prise en charge

Force est de constater que la prise en charge actuelle de la dépression est sous-optimale. La dépression est encore trop rarement diagnostiquée et correctement traitée.

Pourtant, il existe un arsenal thérapeutique efficace permettant de traiter la dépression, et ainsi d'améliorer non seulement la qualité de vie des dépressifs, mais aussi celle de leur entourage : les antidépresseurs.

### Un arsenal thérapeutique existe

Face à l'impact de la dépression pour le patient et pour la société, il existe pourtant des solutions : le traitement thérapeutique. Ce dernier peut prendre plusieurs formes, à savoir : la psychothérapie, les électrochocs (ECT) et, bien sûr, le traitement médicamenteux par antidépresseur. Le but du traitement est d'amener le patient à un état stable, asymptotique, avec une restauration des fonctions psychosociales, et d'établir un état de bien-être à long terme (4).

Le traitement par antidépresseur est efficace de par son action thérapeutique spécifique sur les troubles de l'humeur. Des essais cliniques ont démontré l'efficacité de ces traitements, à l'aide d'échelles spécifiques telles que l'*Hamilton Depression Rating Scale*, *Montgomery-Asberg Depression Rating Scale* ou *Clinical Global Impression*, indiquant un taux de réponse de l'ordre de 70 % (11). Les antidépresseurs permettent une levée des symptômes dépressifs<sup>33</sup> (3). Leur administration requiert certaines conditions, notamment la présence d'un épisode dépressif confirmé, la possibilité d'obtenir la coopération du malade, le suivi régulier du patient pour évaluer le bénéfice thérapeutique.

L'autorisation de mise sur le marché des antidépresseurs mentionne le traitement de la dépression en première indication, du fait de leur action thérapeutique spécifique sur les troubles de l'humeur. Cependant, les antidépresseurs sont également efficaces dans la prévention des attaques de panique, le traitement des troubles obsessionnels compulsifs et dans le traitement de certaines algies rebelles (3).

<sup>33</sup> Tristesse, inhibition psychomotrice, désintérêt, troubles du sommeil, anxiété, idées de mort, de culpabilité, plaintes somatiques, amaigrissement, asthénie.

Actuellement, il existe plusieurs catégories d'antidépresseurs : les dérivés imipraminiques (ou tricycliques), les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO, réversibles ou non), les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN) et les antidépresseurs de profils chimiques différents (cf. Annexe 2).

Ils sont tous indiqués pour le traitement des épisodes dépressifs majeurs avec un délai d'action de l'ordre de quatre à six semaines. Le délai d'action spécifique sur l'humeur se manifeste après dix à vingt jours à posologie suffisante, même si une amélioration symptomatique sur le ralentissement idéomoteur, l'insomnie ou l'anxiété est observée précocement. Il est recommandé de ne pas interrompre le traitement pour inefficacité avant trois à six semaines (3).

La phase de traitement initial se différencie selon les antidépresseurs. Ainsi, les dérivés imipraminiques sont administrés de façon progressive sur plusieurs jours, afin d'obtenir une dose quotidienne comprise entre 75 et 150 mg. L'administration des IMAO se fait de façon encore plus progressive pour atteindre des doses de 300 à 600 mg par jour. Par contre les ISRS se prescrivent d'emblée ou presque aux doses préconisées, différentes selon la molécule (3).

La poursuite du traitement est de l'ordre de six mois après la disparition des symptômes de dépression. Il est nécessaire de diminuer très progressivement les doses afin de réduire les risques de sevrage, et ce quel que soit l'antidépresseur prescrit. Il existe des traitements de consolidation dont le but est de réduire le risque de rechute, autrement dit la réapparition des manifestations de l'épisode dépressif en cours de traitement, et des traitements de maintenance prévenant la récurrence chez les patients à risque pour une durée comprise entre quatre et cinq ans (3).

Il existe aujourd'hui un débat concernant le choix de l'antidépresseur en première ligne de traitement. En effet, la classe des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) présente l'avantage, à même efficacité que les dérivés imipraminiques (70 %), de posséder de moindres effets indésirables (absence d'effets secondaires anticholinergiques et de toxicité cardiaque), engendrant ainsi une meilleure tolérance et facilitant leur administration en ambulatoire, au prix d'un coût d'acquisition plus élevé.

La méta-analyse menée par Anderson (4), à partir de 62 essais randomisés, souligne une meilleure observance, pour les ISRS par rapport aux dérivés imipraminiques, provenant du plus faible taux d'interruption : 10 % de moins sur la totalité des interruptions, et 25 % de moins si l'on considère uniquement les effets indésirables.

Dans le contexte actuel de maîtrise des dépenses de santé, il va sans dire que cela favorise la multiplication des études de rendement entre les ISRS et les imipraminiques (18) (20) (28) (34) (40) (41).

Ces études s'appuient toutes sur des essais cliniques et modélisent ainsi les résultats.

Or ces essais s'appuient sur des hypothèses très restrictives, en termes de durée de traitement (quatre à six semaines) plus courte que la durée préconisée par les RMO, en termes de sélection des patients (*sex ratio* de 1, alors que les femmes sont 4 fois plus nombreuses que les hommes), qui ne se retrouvent pas en pratique courante, pouvant ainsi induire des biais et ne pas refléter la situation réelle. Il apparaît que les résultats sont extrêmement liés à la méthodologie utilisée. De plus, il est également nécessaire de rappeler que la prise en compte des coûts indirects est nécessaire si l'on veut obtenir des données significatives.

La plupart de ces études démontrent le coût-efficacité des ISRS, et cela principalement du fait du moindre recours aux soins hospitaliers (20). Par contre, Simon (41) ne dégage pas de différence de coût à six mois entre les deux types de traitement. Il se dégage donc de ces études un avantage pour les ISRS sur les imipraminiques. Leur coût d'acquisition étant compensé par un moindre recours à l'utilisation des ressources médicales, notamment l'hospitalisation et une meilleure observance. Toutefois, les RMO actuelles ne préconisent pas un antidépresseur en particulier dans le traitement en première ligne de la dépression, ce choix est de la responsabilité du prescripteur.

## **Une maladie sous-diagnostiquée**

Le sous-diagnostic de la dépression est reconnu par de nombreux auteurs (15) (26) (13) (24) (31) (17), mais très peu l'ont mesuré. Henry (19) à partir de la littérature, avance que seulement 30 % des dépressifs sont correctement diagnostiqués. Il s'agit d'un constat terrible. Toutefois, il convient de préciser qu'Henry ne spécifie pas le type de dépression retenue, qu'il s'appuie sur seulement deux études mesurant le taux de diagnostic des dépressifs (34bis) (21) et qu'il en déduit alors un taux moyen du sous-diagnostic de la dépression.

En dépit des critiques formulées quant à la méthodologie utilisée par Henry, le sous-diagnostic de la dépression n'en demeure pas moins, dont les arguments explicatifs s'articulent autour de trois axes : à savoir le patient, le médecin, et les systèmes de soins et d'assurance maladie.

Les patients ont effectivement un rôle actif, et ce, de par la volonté de nier l'existence d'une maladie pas toujours reconnue en tant que telle. Ce déni pouvant se traduire par un refus du diagnostic (15). L'étude DEPRES (29) signale que 31 % des dépressifs majeurs ne consultent pas leur médecin pour leur dépression, et la plupart n'y songent même pas.

Les médecins eux aussi ont une part non négligeable dans l'explication de ce sous-diagnostic. Il persiste encore parmi certains d'entre eux le refus de reconnaître la dépression comme une pathologie à part entière. De plus, les médecins, et plus particulièrement les généralistes, souffrent d'un déficit des connaissances permettant l'établissement d'un diagnostic de dépression, surtout lorsque cette dernière est cachée par une comorbidité importante.

A toutes ces raisons, s'ajoute le système de soins qui impose des contraintes aux médecins, sur la durée des consultations par exemple.

La durée nécessaire d'une consultation pour un dépressif se traduit par un temps de consultation plus élevé. D'ailleurs, Kind (23) souligne qu'une consultation pour dépression coûte 17 livres sterling, contre 4,3 à 7,5 pour un autre type de consultation. D'autres arguments sont mentionnés, mais ils concernent plutôt des systèmes de santé de type HMO existant aux Etats-Unis, où l'accès aux soins et aux traitements peut être limité, selon le type de paiement (au forfait ou à l'acte).

En résumé, le sous-diagnostic de la dépression s'explique majoritairement par une interaction de comportements et d'attitudes entre les médecins, les patients et le système de soins, mais surtout par un manque de connaissances.

### Des malades sous-traités

Non seulement, la dépression est sous-diagnostiquée, mais en plus elle est sous-traitée. Parmi les dépressifs correctement diagnostiqués, seulement un tiers reçoit une prescription médicamenteuse (Henry, 19). L'étude DEPRES (Lépine, 29) apporte des résultats similaires. Cependant, il convient de souligner la corrélation positive entre sévérité de la dépression et prescription médicamenteuse. Ainsi, en France, la moitié des dépressions majeures ont une prescription médicamenteuse.

Tableau 4 : Prescription médicamenteuse par pays et sévérité dépression (Source : 29)

Pays	% de prescription médicamenteuse			
	Toute dépression	Dépression majeure	Dépression mineure	Symptômes dépressifs
Allemagne	22,6	34,6	26,1	13,3
Belgique	38,8	49,9	36,7	29,6
Espagne	26,9	34,5	18,9	22,7
France	38,7	51,4	29,2	30,0
Grande-Bretagne	25,4	34,6	22,8	17,0
Pays-Bas	37,9	50,8	38,1	24,1
<b>Total</b>	<b>30,7</b>	<b>41,4</b>	<b>27,7</b>	<b>22,5</b>

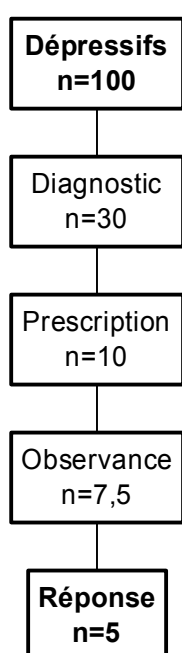
En tenant compte des données d'observance et de taux de réponse issus de la littérature<sup>34</sup>, il en résulte que seulement 5 % des dépressifs reçoivent une prise en charge médicale correcte pour leur dépression (Henry, 19). Ce chiffre est alarmant.

<sup>34</sup> Weissman, 1974 ; Gerner, 1980

Toutefois, il repose sur des hypothèses fortes, notamment en ce qui concerne les données d'observance. Henry reprend l'étude de Weissman (46) qui indique qu'un tiers des patients ne sont pas observants, alors que la méta-analyse d'Anderson (4) indique un taux d'interruption de traitement de 27 % pour la nouvelle génération d'antidépresseurs. De plus, l'auteur utilise différentes études sans vérifier la définition de la dépression, et des hypothèses sans en indiquer la source (pourcentage de patients n'achetant pas leur médicament).

*Figure 2 :*

Prise en charge des dépressifs (Source: Henry,1993)



L'étude GAZEL menée sur une cohorte en France (employés d'EDF-GDF) indique elle aussi l'insuffisance de traitement médicamenteux (10). En effet, seulement 47 % des dépressifs diagnostiqués reçoivent un traitement médicamenteux par antidépresseur ou par un autre psychotrope.

Une étude épidémiologique menée par Rouillon (35) a estimé la prévalence de prescription des antidépresseurs à 2,75 %. L'auteur en conclut que seulement la moitié des dépressifs diagnostiqués serait traitée par un antidépresseur pour leur dépression.

Les résultats d'une étude menée aux Etats-Unis dans un centre spécialisé contre le traitement de la dépression révèlent que 31 % des dépressifs ne reçoivent pas de traitement (88bis).

Si ces études donnent des chiffres quelque peu différents, elles indiquent par contre toutes la même tendance, un constat terrible d'insuffisance de traitement concernant la dépression.

## Le manque d'information

Il existe des RMO en France clairement définies s'agissant du traitement de la dépression : elles indiquent la prescription d'antidépresseurs. Pourtant, seulement 25 % des prescriptions médicamenteuses concernent les antidépresseurs (29). Ce faible pourcentage laisse donc douter du bon respect des RMO.

Tableau 5 : Poids des différentes classes de médicaments psychotropes prescrits pour une dépression (Source : 22)

<b>Psychotropes</b>	<b>% des conditionnements</b>	
	<b>1992</b>	<b>1989</b>
Hypnotique	15,45	9,0
Tranquillisant	38,80	48,2
Neuroleptique	7,05	11,1
Antidépresseur	37,12	29,7
Psychostimulant	1,44	1,7
Antivertigineux	0,13	0,1
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Les habitudes de prescriptions des médecins pour le traitement de la dépression persistent, et l'utilisation d'autres psychotropes, tels que des tranquillisants ou des hypnotiques, est encore importante, même si elle tend à diminuer avec le temps (22). Ce type de traitement a été démontré comme étant inefficace pour la dépression et source de nombreux effets indésirables. Il s'avère en plus, en cas d'utilisation d'antidépresseurs, que les doses prescrites sont inférieures aux doses préconisées pour trois quarts des dépressifs traités, diminuant ainsi le taux de réponse au traitement (32).

De nombreux auteurs signalent la trop petite proportion de dépressifs recevant un traitement efficace (19) (21). Les pratiques actuelles ne permettent pas une prise en charge efficace et efficiente de la dépression. Cela induit donc un fort impact, aussi bien du point de vue du patient, de son entourage, que de la société.

## LES REMEDES POUR L'AVENIR

### La formation des généralistes

Malgré la présence de traitement thérapeutique efficace, le sous-traitement de la dépression est important, entraînant ainsi de lourdes conséquences pour la société. Ce paradoxe trouve sans doute son origine dans le manque de formation des médecins, la subjectivité du diagnostic et le manque de coordination lors de la prise en charge de la dépression.

La dépression est principalement prise en charge par la médecine générale : environ 80 % (7). Or, il s'avère que les généralistes sont trop peu informés sur la dépression. Ainsi, une formation articulée autour de séminaires, améliorant la reconnaissance de la dépression et de son traitement auprès de ce public, pourrait être à la source d'une amélioration de la prise en charge de la dépression, de par une meilleure reconnaissance de la pathologie, et de par l'utilisation de traitement adéquat et efficace.

Une telle expérience a été menée en Suède, plus précisément sur l'île de Gotland (56 000 habitants). En effet, l'étude de Rutz (36) (37) est constituée d'un programme d'éducation complet auprès de tous les généralistes (n=18) de l'île, sous forme de séminaires et de documentation pendant une durée de deux jours, en deux fois. Elle a montré des résultats satisfaisants concernant la prise en charge de la dépression. Ces derniers se traduisent par un changement positif d'attitude des généralistes, induisant une meilleure reconnaissance de la dépression.

Tableau 6 : Résultats du programme d'éducation de Gotland (36)

	1982	1985
Taux de suicide	25/100 000	7/100 000
Nombre jours hôpital (moyenne)	30	15
Prescription d'antidépresseur en DDD <sup>35</sup> /1000 habitants	3.9	5.2
Prescription tranquillisant en DDD/1000 habitants	11.6	9.7

<sup>35</sup> Defined Daily Dosages.

Les médecins ont ainsi augmenté leur prescription d'antidépresseurs, réduisant alors le recours aux services psychiatriques et aux hospitalisations. Les arrêts maladie ont été diminués de moitié. Il est à noter que le taux de suicide a été significativement réduit. La mesure des effets à long terme a démontré que cette tendance était le résultat du programme d'éducation. Le bénéfice des résultats du programme s'estompant avec le temps témoigne de la nécessité de reproduire régulièrement ce programme, c'est-à-dire tous les trois ans (effet maximal du programme)...

A la suite du programme d'éducation, une évaluation coût-bénéfice a été menée et montre que les coûts du programme (SEK 369 000) ont été largement compensés par les bénéfices liés à la diminution de la morbidité et de la mortalité, ainsi qu'une meilleure utilisation des traitements par antidépresseur, réduisant massivement les coûts indirects de la dépression (SEK 155 millions).

Tableau 7 : Coûts et bénéfices du programme d'éducation (38)

Coûts du programme		Coûts directs de la maladie		Coûts indirects de la maladie	
Catégories	Montant SEK	Catégories	Montant SEK	Catégories	Montant SEK
<b>Programme d'éducation</b>	+212 000	Médicaments Antidépresseur	+242 000	Morbidity Jours arrêt maladie	-3 400 000
		Tranquillisant Jours sédation	-347 000		
		Nuits sédation	-122 000		
		Net	-227 000		
<b>Pertes d'activité généralistes</b>	+80 000	Soins hôpital jour	+0	Mortalité Nombre suicide	-140 600 000
<b>Pertes d'activité enseignants</b>	+77 000	Soins hospitalisation	-11 250 000		
<b>Total</b>	+369 000	<b>Total</b>	-11 477 000	<b>Total</b>	-144 000 000
<b>Profit net</b>	<b>155 500 000</b>				

Ce programme montre qu'un meilleur dépistage de la dépression et une meilleure prise en charge médicale produisent des effets très positifs pour les patients et pour la société. Un programme d'éducation à moindre échelle a été mené aux Etats-Unis auprès de médecins généralistes amenant une meilleure prise en charge de la dépression, mais avec des effets à très court terme : trois mois (44). Certains auteurs préconisent ce type de programme (39) (45).



Une piste de réflexion est à mener. Il faut peut-être prévoir également à une échelle régionale ou nationale en France un tel programme d'éducation, qui permettrait alors un meilleur repérage des dépressifs et une meilleure prise en charge, conduisant à une situation préférable pour la société et pour les dépressifs.

## L'éducation des patients

Sturm (43) a mené une analyse coût-efficacité et effectué des simulations à partir des données du *Medical Outcomes Study*. Le but de l'étude était de mesurer les coûts et la qualité de vie des patients en fonction de la prise en charge retenue. Les résultats démontrent qu'une meilleure prise en charge de la dépression amène à une amélioration de la qualité de vie des patients. En effet, l'existence de soins appropriés, c'est-à-dire plus de conseils pratiqués par les médecins aux malades, une utilisation plus adéquate des antidépresseurs, permet effectivement d'améliorer la prise en charge de la dépression. Il n'est peut-être pas judicieux de considérer uniquement les coûts du traitement, il convient sans doute de donner aussi de l'importance à la qualité des soins et à l'information à donner aux patients.

Tableau 8 : Simulation de l'amélioration de la qualité (43)

Type de soins	Coût par patient \$	Réduction de l'incapacité fonctionnelle*	de Ratio coût-efficacité \$
<b>Médecine générale</b>			
Situation courante	1060	-0.4	-
Niveau 1	1270	0.1-0.2	870-1500
Niveau 2	1490	0.32-0.35	1100-1200
Niveau 3	1430	0.32-0.43	790-1030
<b>Psychiatrie</b>			
Situation courante	3760	0.32	-
Niveau 1	3940	0.40-0.44	1500-2250
Niveau 2	4050	0.45-0.48	1810-2230
Niveau 3	3940	0.45-0.67	510-1380

Niveau 1 : Augmentation de l'utilisation appropriée d'antidépresseur

Niveau 2 : Augmentation conjointe de l'utilisation appropriée d'antidépresseur et de conseils fournis par le médecin

Niveau 3 : Augmentation conjointe de l'utilisation appropriée d'antidépresseur, de conseils fournis par le médecin et réduction de l'utilisation des tranquillisants mineurs

\*  $P=0.03$

Le statut fonctionnel est défini par le nombre d'incapacité fonctionnelle : impossibilité d'exercer une activité professionnelle, le travail ménager, de faire du sport, de monter les escaliers...

Katon (21) a montré qu'une prise en charge soutenue de la dépression, avec des conseils adaptés de la part des médecins, est efficace et entraîne une meilleure observance de la part des patients.

Les études menées jusqu'à présent tendent à favoriser les conseils prodigués par les médecins et une utilisation appropriée des antidépresseurs.

## **CONCLUSION**

Dans le contexte actuel de maîtrise des dépenses de santé, il est de plus en plus fréquent de mener des études de rendement pour démontrer non seulement l'efficacité des traitements, mais aussi leur moindre coût. Les traitements pour la dépression n'échappent pas à cette tendance.

Toutefois, la dépression se situe dans une problématique différente. Il existe un paradoxe : son coût n'est pas tant lié aux coûts du traitement, mais plutôt à celui de son inefficace prise en charge. Il a été effectivement démontré que la dépression est à la fois sous-diagnostiquée, sous-traitée et traitée de façon non optimale, alors que le traitement médicamenteux de la dépression a été prouvé comme étant efficace.

Dans une perspective de santé publique se traduisant par une meilleure prise en charge de la dépression, permettant ainsi une amélioration de la qualité de vie des malades, autrement dit une meilleure capacité fonctionnelle, sociale et un meilleur bien-être, réduisant le recours à des ressources médicales onéreuses telles que l'hospitalisation et augmentant alors les capacités de production, se joint également une perspective de réduction des coûts pour la société.

La prise en charge de la dépression devient alors un enjeu majeur de santé publique, qu'il convient d'étudier avec un plus grand intérêt. La mise en place de programme d'éducation auprès des médecins généralistes qui sont souvent amenés à rencontrer des patients dépressifs, mais qui souffrent également d'un déficit de connaissance tant au niveau de l'établissement du diagnostic qu'à celui de la prise en charge correcte de la maladie, pourrait être à la source d'un bénéfice aussi bien pour le patient que pour la société, et ce du fait de l'existence de traitements médicamenteux efficaces. Le débat actuel entre les différentes classes d'antidépresseurs sur les conséquences en termes de coût de la prise en charge de la dépression n'est peut-être pas le bon débat.

## ANNEXE 1

Tableau 9 : MINI (29)

<b>Q</b>	<b>Description</b>
Q1	Au cours des six derniers mois, avez-vous eu une période de deux semaines où plus où vous vous êtes senti constamment triste, déprimé, toute la journée ou presque ?
Q2	Au cours des six derniers mois, avez-vous eu une période de deux semaines où plus où vous avez eu une perte d'intérêt ou de plaisir pour les choses qui vous réjouissent habituellement ?
Q3	Est-ce que pendant cette période de deux semaines de tristesse et de perte d'intérêt ou de plaisir vous avez vécu les expériences suivantes :
A	Perte d'appétit significative, ou augmentation ou diminution de poids d'au moins 4 kg, sans régime particulier
B	Insomnie ou hypersomnie
C	Agitation ou ralentissement psychomoteur
D	Fatigue ou perte d'énergie
E	Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité
F	Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer, indécision
G	Pensées de mort, idées suicidaires
Q4	Est-ce que ces choses ont perturbé votre activité professionnelle ou votre vie sociale ?

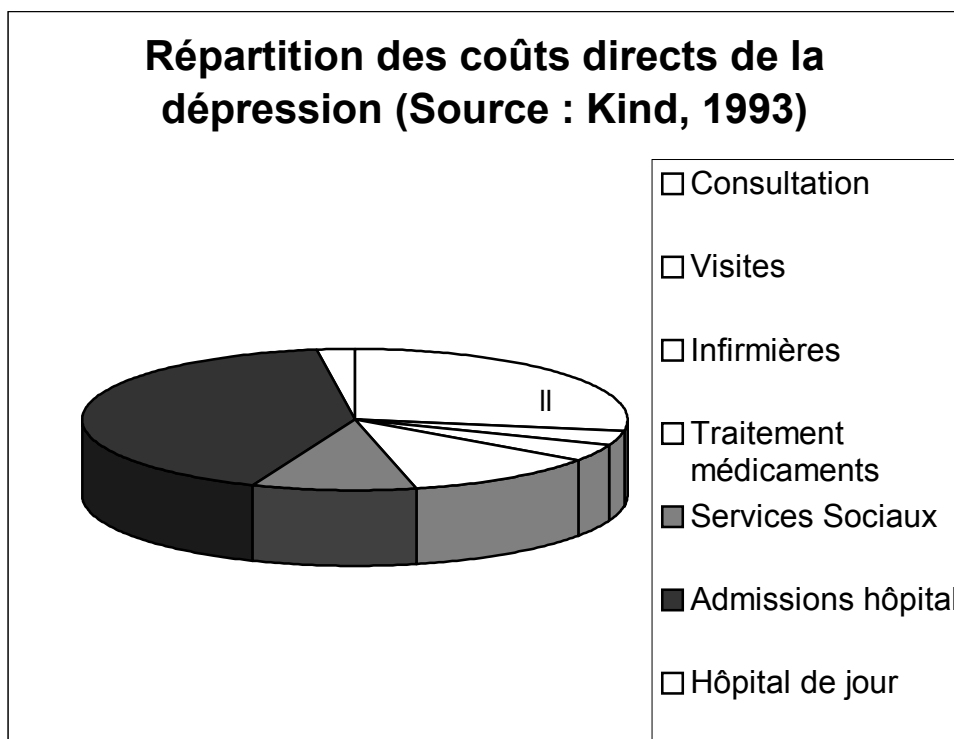
## ANNEXE 2

Tableau 10 : Présentation des différents antidépresseurs

<b>Classe d'antidépresseur</b>	<b>Molécules</b>
Dérivés imipraminiques	clomipramine amitriptyline maprotiline opipramol quinupramine desipramine dolusépine doxépine trimipramine amoxapine
Inhibiteurs de la monoamine oxydase	toloxatone moclobémide iproiazide
Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine	paroxétine fluoxétine fluvoxamine citalopram sertraline
Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline	venlafaxine milnacipran
Antidépresseurs de profils chimiques différents	miansérine medifoxamine tianeptine viloxazine

## ANNEXE 3

Tableau 11 : Détail des coûts directs de la dépression (23)



	Prix en £ (milliers)	%
Coûts directs		
Primary care		
Consultation	112 109	26,9
Visites	14 290	3,4
Infirmières	16 286	3,9
Traitement médicaments	47 280	11,3
Services sociaux	40 183	9,6
Secondary Care		
Admissions hôpital		
Dépression	6 985	1,7
Tentative suicide	4 155	1,0
Empoisonnement	724	0,2
Admissions maladies mentales	165 530	39,7
Hôpital de jour	9 146	2,2
Total	416 658	100,0

# **BIBLIOGRAPHIE**

## **INTRODUCTION**

1. BOURGUIGNON A. (1984). Biologie et classification en psychiatrie, **Confrontations psychiatriques**, 24 – Classification et psychiatrie.
2. DELAY J. (1946). **Les dérèglements de l'humeur**, Paris, PUF, Bibliothèque de philosophie contemporaine.
3. GRAM F. (17 novembre 1994). Drug therapy : fluoxetine, **The New England Journal of Medicine**, 331 : 20.
4. ISSAC M. (juillet 1999). Where are we going with SSRIs ?, **European Psychopharmacology**, 9.
5. JOUVENT R. et al. (1980). Le ralentissement psychomoteur dans les états dépressifs : construction d'une échelle d'évaluation quantitative, **L'Encéphale**, 4 : 41-58.
6. KIELHOLZ P. (1973). **La dépression masquée**, Paris, Masson.
7. PEDINIELLI J.-L., BERTAGNE P., GIMENEZ G. (mars 1999). Classifications syndromiques et classifications psychopathologiques : maladie et sujet. **L'Information psychiatrique**, 75, 3 : 289-295.
8. PICHOT P. (1988). Les concepts de la dépression, **Psychiatrie et psychobiologie**, 3, 1s-3s.
9. PULL C. B. (1984). Classification et critères diagnostiques, **Confrontations psychiatriques**, 24 – Classification et psychiatrie.
10. ROSCH G. (1976). La taxonomie nosologique – Classification des maladies dans l'enquête de 1970 sur les soins médicaux, **Consommation**, 13 : 5-36.
11. TREMINE T. (1995). L'angoisse transparente, **L'Information psychiatrique**, 71, 2 : 134-143.
12. WIDLOCHER D. (1983). **Le ralentissement dépressif**, Paris, PUF.

## LA DEMARCHE QUI AMENE OU NON A CONSULTER

1. Agence du médicament (juillet 1998). **Etude de la prescription et de la consommation des antidépresseurs en ambulatoire**, Observatoire national des prescriptions et consommations des médicaments.
2. CASSANO G. B. et coll. (1976). Depression as seen by non psychiatric physicians, **Compr. Psychiatry**, 17, 2 : 315-323.
3. COOPER-PATRICK L. et coll. (1997). Identification of patient attitudes and preferences regarding treatment of depression, **Journal Gén. Intern. Méd.**, 12 : 431-438.
4. CREMNITER D. (1996). Aspects épidémiologiques de la dépression vue en médecine générale, **La Revue du praticien – Médecine**, 10, 325 : 24-27.
5. DARCOURT G. (2000). Précarité et psychopathologie : une proposition d'action, **Pratiques en santé mentale**, 46, 1 : 13-18.
6. DOCHERTY J. P. (1997). Barriers to the diagnosis of depression in primary care, **J. Clin. Psychiatry**, 58, suppl. 1 : 5-10.
7. JOHNSON J., WEISSMAN M., KLERMAN G. (1992). Service utilization and social morbidity associated with depressive symptoms in the community, **JAMA**, 267 : 1478-1483.
8. JORM A. F. et coll. (1997). Helpfulness of interventions for mental disorders : beliefs of health professionals compared with the general public, **Br. J. Psychiatry**, 171 : 233-237.
9. JORM A. F. et coll. (1997). Mental health literacy : a survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment, **Med. J. Aust.**, 166 : 182-186.
10. JORM A. F. et coll. (1997). Public beliefs about causes and risk factors for depression and schizophrenia, **Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.**, 32 : 143-148.
11. KOVESS V. et coll. (1989). La dépression perçue par le public et la dépression décrite par le DSM-III sont-elles les mêmes ?, **Revue Can. Psychiatrie**, 34 : 913-920.
12. KOVESS V., BOURGET-DEVASSOUS J., CHASTANG A., ORTUN M. (1992). La santé mentale dans l'enquête " Conditions de vie " – Problématique et premiers résultats, **Rev. Santé Publ.**, 3 : 5-39.
13. KOVESS V., LABARTE S., CHANOIT P.-F. (1992). Résultats d'une enquête épidémiologique : la santé mentale des enseignants, **Inform. Psychiatr.**, 10 : 1003-1010.

14. KOVESS V. et coll. (1993). Une enquête de santé mentale : l'enquête Santé de Franciliens, **Ann. Méd. Psychol.**, 151, 9 : 624-627.
15. KOVESS V. (1996). Quels sont les facteurs de risque démographiques, sociaux et culturels de : guérison, rechute, récurrence, résistance, chronicisation, mauvaise observance ?. In : LEMPERIERE Th. (sous la direction de). Paris, Masson, Acanthe, **Aspects évolutifs de la dépression**.
16. KOVESS V. (1996). Epidémiologie de la dépression, **L'Encéphale**, suppl. 1 : 3-7.
17. LEPINE J.-P. et coll. (1997). Première étude paneuropéenne de la dépression en population générale : DEPRES (Depression Research in European Society), **Int. Clin. Psychopharmacol.**, 12 : 19-29.
18. MARKS J. N. et coll. (1979). Determinants of the ability of general practitioners to detect psychiatric illness, **Psychol. Med.**, 9 : 337-353.
19. NOBLE L. M. et coll. (1999). What do patients want and do we want to know ? A review of patient's requests of psychiatric services, **Acta Psychiatr. Scand.**, 100 : 321-327.
20. OGDEN J. et coll. (1999). "You're depressed" ; "No I'm not" : GP's and patient's different models of depression, **Br. J. Gen. Practice**, 49 : 123-124.
21. PAYKEL E. S. et coll. (1998). Changes in public attitudes to depression during the Defeat Depression Campaign, **Br. J. Psychiatry**, 173 : 519-522.
22. PEREZ-STABLE E. J. et coll. (1990). Depression in medical outpatients, **Arch. Intern. Med.**, 150 : 1083-1088.
23. PRIEST R. (1996). Lay people's attitudes to treatment of depression : results of opinion poll for Defeat Depression Campaign just before its launch, **BMJ**, 313 : 858-859.
24. ROUILLON F., LEJOYEUX M. et le GEP (1993). Modalités d'accès aux soins en consultation psychiatrique, **Ann. Méd. Psychol.**, 151, 9 : 628-632.
25. WELLS J. E. et coll. (1994). Perceived barriers to care in St Louis (USA) and Christchurch (NZ) : reasons for not seeking professional help for psychological distress, **Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.**, 29 : 155-164.
26. WU L.-T. et coll. (1999). Influence of comorbid alcohol and psychiatric disorders on utilization of mental health services in the national comorbidity survey, **Am. J. Psychiatry**, 156 : 1230-1236.



## LE TEMPS DU DIAGNOSTIC

1. ANDEM (14 décembre 1996). Recommandations et références médicales – Médicaments antidépresseurs, **Le Concours médical**, suppl. au n° 42.
2. AKISKAL H. (1993). La dysthymie et son traitement, **L'Encéphale**, 19 : 375-378.
3. ALLILAIRE J.-F. (1994). Dépressions masquées – Du masque somatique au masque comportemental des troubles de l'humeur, **Sem. Hôp. Paris**, 70, 19-20 : 576-586.
4. ALLILAIRE J.-F. (1996). Comment définit-on en 1996 les temps évolutifs de la dépression ?, **Aspects évolutifs de la dépression**, Paris, Masson, PRID.
5. American Psychiatric Association. DSM-IV. (1996). **Critères diagnostiques**, Washington DC, 1994. Traduction française par J.-D. GUELFY et al., Paris, Masson.
6. BROCHIER T., BAYLE F.-J. (1995). Dépression et maladies anxieuses. In : OLIE J.-P. et al. Paris, Flammarion, **Les maladies dépressives**, 165-172.
7. CAROLI F. (1992). Personnalité et dépression résistante, **Nervure**, 5, 9 : 13-17.
8. CASTELNAU C., OLIE J.-P., LOO H. (sept.-oct. 1998). Troubles dépressifs “ subliminares ” : description et intérêts pour la prévention secondaire en psychiatrie, **L'Encéphale**, 24.
9. CATHEBRAS P., MOSNIER C., LEVY M., BOUCHOU K., ROUSSET H. (1994). Dépistage de la dépression chez les patients hospitalisés en médecine, **L'Encéphale**, 20 : 311-317.
10. CATHEBRAS J. et ROUSSET H. (1998). Plainte fonctionnelle ou symptômes médicalement inexpliqués, **Encycl. Méd. Chir. (Paris, Elsevier), Psychiatrie**, 37-405 A-20.
11. CATHEBRAS P. (2000). Démarches diagnostiques et évaluation, **Neuro-psy**, numéro spécial : Dépression et comorbidité somatique, 10-20.
12. CHASTANG F. (1999). Dépression et troubles anxieux, **Neuro-psy**, numéro spécial : Dépression et comorbidité psychiatrique, 4-5.
13. CORCOS M., ATGER F. (1994). La dépression de l'adolescent – Epidémiologie – Aspects cliniques, In : JEAMMET Ph. (sous la direction de). **Impact médecin**, Les dossiers du praticien, 240.
14. DARCOURT G., PRINGUEY (Sous la direction de) (1987). **Anxiété, dépression rupture ou continuité**, Paris, Ellipses.

15. DENIKER P., LEMPERIERE Th., GUYOTAT J. (1990). **Précis de psychiatrie clinique de l'adulte**, Paris, Masson.
16. DROZ P., RICHARD J. (1977). Us et abus de la notion de dépression masquée, **Médecine et hygiène**, 25 : 2921-2925.
17. EHRENBERG A. (1998). **La fatigue d'être soi**, Paris, Odile Jacob, Dépression et société.
18. EY H., BERNARD P., BRISSET Ch. (1978). **Manuel de psychiatrie**, Paris, Masson.
19. FAVA M., ROSENBAUM J. F. (1999). Anger attacks in patients with depression, **J. Clin. Psychiatry**, 60, suppl. 15 : 21-24.
20. FELINE A. et al. (1991). **De la dépression**, Paris, Masson.
21. FERRERI M., BOTTERO A., ALBY J.-M. (1993). Sémiologie des états dépressifs de l'adulte, **EMC Psychiatrie**, 37-110. A. 10.
22. FUHRER R. et ROUILLON F. (1986). Diagnostic reliability among French psychiatrists using DSM-III criteria, **Acta Psychiatr. Scand.**, 73.
23. GOODWIN F. K., JAMISON K. R. (1990). **Manic depressive illness, childhood and adolescence**, Part 8, Oxford University Press.
24. GRAM F. (17 novembre 1994). Drug therapy : fluoxetine, **The New England Journal of Medicine**, 331, 20.
25. GREGORY E. S. et al. (1999). An international study of the relation between somatic symptoms and depression, **New England Journal of Medicine**, 341, 18 : 1329-1334.
26. ISSAC M. (juillet 1999). Where are we going with SSRIs ?, **European Psychopharmacology**, 9.
27. JEANNEAU A., RUFO M. (1998). Clinique de la dépression de l'adolescent, **Neuro-psy**, numéro spécial janvier.
28. KIELHOLZ P. (1973). **La dépression masquée**, Paris, Masson.
29. KOVACS V., CHASTANG A. (1998). Les déprimés et le système de soins, **L'Information psychiatrique**, 74, 4.
30. LEMPERIERE Th. (1999). Editorial, **Neuro-psy**, numéro spécial : Dépression et comorbidité psychiatrique, 4-5.
31. LEPINE J.-P., CHIGNON J.-M. (1993). Sémiologie des troubles anxieux et phobiques, **EMC Psychiatrie**, 37-112. A. 10.

32. LEPINE J.-P., GASTPAR M., MENDLEWICZ J., TYLEE A. (1997). Depression in the community : the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society), **Int. Clin. Psychopharmacol.**, 12, 19-29.
33. LOO H. (1986). **Le stress permanent**, Paris, Masson.
34. LOPEZ IBOR J. J. (1972). **Los equivalentes depresivos**, Madrid, Pas Montalvo.
35. LOVEL A., FUHRER R. (1996). Troubles de la santé mentale – La plus grande “ fragilité ” des femmes remise en cause. In : SAUREL-CUBIZOLLES M.-J. et BLONDEL B. (sous la direction de). Paris, Flammarion, **La Santé des femmes**.
36. MONTASSUT M. (1938). **La dépression constitutionnelle**, Paris, Masson.
37. PERON-MAGNAN P. (1992). Trouble dysthymique et personnalité dépressive, **L'Encéphale**, 18 : 51-4.
38. PICHOT P., HASSAN J. (1973). Dépressions masquées et équivalents dépressifs – Problèmes de définition et de diagnostic. In : Berne, Editions H. Huber, **La dépression masquée**, 62.
39. PINCUS H. A., DAVIS W. W., MCQUEEN L. E. (1997). Subthreshold ” mental disorders – A review and syntheses of studies on minor depression and other “ brand names ”, **British Journal of Psychiatry**, 174, 288-296.
40. RAFFAITIN F. (Sous la direction de) (1997). **Le livre blanc de la dépression**, Toulouse, Editions Privat.
41. SARTORIUS N. et al. (1993). **An international study of psychopathological problems in primary care**, Preliminary report from the WHO collaborative project on psychobiological problems in general health care.
42. SMAGGHE P.-O. (1992). A propos de la dépression résistante, **Nervure**, 5, 9 : 9-12.
43. TYLEE A., GASTPAR M., LEPINE J.-P., MENDLEWICZ J., (1999). DEPRES II (Depression Research in European Society II) : a patient survey of the symptoms, disability and current management of depression in the community, **Int. Clin. Psychopharmacol.**, 14, 139-151.
44. VILLEMAIN F. (1989). **Stress et immunologie**, Paris, PUF, Nodules.
45. VUAILLE B (28 oct. 1999). Dépression : les patients somatisent moins s'ils ont leur médecin attitré, **Le Quotidien du médecin**, 6579 : 6.
46. ZARIFIAN E. (mars 1996). **Mission générale concernant la prescription et l'utilisation des médicaments psychotropes en France**, Rapport.

## LE RETENTISSEMENT DE LA SYMPTOMATOLOGIE DEPRESSIVE

### I – Le retentissement de la dépression sur la famille du patient

1. BEARDSLEE W. R. et al. (1983). Children of parents with a major affective disorder : a review, **Am. J. Psychiatry**, 140, 2 : 825-832.
2. BRENOT Ph. (1995). Dépression et sexualité, **Ardix médical**.
3. COHN J. F. et al. (1990). Face to face interactions of postpartum depressed and non-depressed mother-infant pair at two months, **Developmental Psychology**, 26, 1 : 15-23.
4. COYNE J. C. et al. (1987). Living with a depressed person, **J. Consult. Clin. Psychol.**, 55, 3.
5. DUBEK D. (6-11 août 1999). Communication au XI<sup>e</sup> Congrès mondial de psychiatrie, Hambourg.
6. FIELD T. M. et al. (1990). Behaviour state matching in mother-infant interaction of non-depressed versus depressed mother-infant dyads, **Developmental Psychology**, 26 : 7-14.
7. JEAMMET Ph. (1985). **La dépression chez l'adolescent, Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent**, tome 2, Paris, PUF.
8. KEITNER G. I., MILLER I. W. (1990). Family functioning and major depression : an over-view, **Am. J. Psychiatry**, 147, 9.
9. KELLER M. B. et al. (1986). Impact of severity and chronicity of parental affective illness on adaptative functioning and psychopathology in children, **Arch. Gen. Psychiatry**, 930-937.
10. MERIKANGAS K. R. (1984). Divorce and assortative mating among depressed patients, **Am. J. Psychiatry**, 141.
11. ROSENBLUM O. et al. (juin-juillet 2000). Les dépressions maternelles postnatales : description, psychopathologie et aspects thérapeutiques, **Perspectives psy.**, 39, 3 : 185-198.
12. WEINBERG M. K., TRONIK E. Z. (1995). Maternal depression and infant maladjustment : a failure of mutual regulation. In : NOSHPITZ J. ed., New York, John Wiley and Sons, **The Handbook of Child and Adolescent Psychiatry**.
13. WEISSMAN and coll. (1987). Children of depressed parents – Increased psychopathology and early onset of major depression, **Arch. Gen. Psychiatry**, 44 : 847-53.
14. WEISSMAN M. M. et al. (1997). Offspring of depressed parents : 10 years later, **Arch. Gen. Psychiatry**, 54.

## **II – Le retentissement professionnel**

1. BOITE L. et coll. (1990). Etude de la maladie dépressive en milieu de travail, **Archives des maladies professionnelles**, 51, 8 : 553-565.
2. CARBONI SAUVAGE F. (1999). Place du médecin du travail dans la prise en charge du harcèlement moral en milieu professionnel (à propos de 23 observations), **Mémoire DES Médecine du travail**, Univ. Lille-II.
3. DAVEZIES Ph. (novembre 1998). Aptitude, inaptitude, reclassement, entre droit du travail et déontologie médicale, **Intervention à la rencontre des inspecteurs et contrôleurs du travail**, DRTE Ile-de-France.
4. DEJOURS Ch. (1993). **Travail usure mentale**, Paris, Bayard.
5. FOLLEA L. (9 avril 1998). La modification des conditions de travail génère de nouvelles souffrances, **Le Monde**.
6. GIRAULT-LIDVAN N. (1996). Méthodes d'évaluation de l'épuisement professionnel – Limites et perspectives, **Psychiatrie française**, 2, 30-39.
7. HIRIGOYEN M.-F. (1998). **Le harcèlement moral : la violence perverse au quotidien**, Paris, Syros.
8. LEYMANN H. (1996). **Mobbing : la persécution au travail**, Paris, Seuil.
9. PAPADAKOS V. (1999). **Crise sociale et psychiatrie**, Paris, PUF.
10. POYEN D. et coll. (fév. 1998). Etats dépressifs dans une population de soignants, **Archives des maladies professionnelles**, 59, 1 : 38-40.
11. PRONOST A.-M. (mars 1996). Stress, coping et épuisement professionnel (burn-out) chez les infirmières chargées de personnes en fin de vie, **Médecine et travail**, 167 : 43-48.
12. TITON J.-C. (18 décembre 1997). Travail et dépression : une enquête épidémiologique française, **Le Quotidien du médecin**, 27, 6189 : 26.

## LES TRAJECTOIRES EVOLUTIVES

1. AKISKAL H.-S. (1992). Le déprimé avant la dépression, **L'Encéphale**, 18 : 485-489.
2. AKISKAL H.-S. (1983). The relationship of personality to affective disorders : a critical review. **Arch. Gen. Psychiatry**, 40 : 801-810.
3. ALLILAIRE J.-F. (1996). Définitions actuelles des temps évolutifs de la dépression, **Neuro-psy**, 4 : 13-17.
4. ALNAES R., TORGERSEN S. (1997). Personality and personality disorders predict development and relapses of major depression, **Acta Psychiatr. Scand.**, 95 : 336-342.
5. ALPERT J. E. et coll. (1997). Social phobia, avoidant personality disorder and atypical depression : co-occurrence and clinical implications, **Psychol. Med.**, 27 : 627-633.
6. ALTUZARRA S. (1996). Le suicide du sujet âgé, **Nervure**, 9, 4 : 36-38.
7. ANAES (octobre 2000). **La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge**, Texte long, p. 20.
8. ANDEM (14 décembre 1996). Recommandations et références médicales – Médicaments antidépresseurs, **Le Concours médical**, suppl. au n° 42.
9. ANGST J. et coll. (1990). Recurrent brief depression : a new subtype of affective disorder, **J. Affect Disord.**, 19 : 87-98.
10. ANGST J. (1995). Dépressions brèves récurrentes. In : OLIE J.-P., POIRIER M.-F., LOO H. Paris, Flammarion, **Les maladies dépressives**, 223-231.
11. AZORIN J.-M. (1995). L'Evolution spontanée des dépressions, **L'Encéphale**, suppl. 2 : 31-34.
12. BAROUCHE B., SATLIN A. (1997). Late life suicide : a review, **Harv. Rev. Psychiatry**, 5, 2 : 55-65.
13. BOUGEROL T., SCOTTO J.-C. (1994). Le déprimé : rémission ou guérison, **L'Encéphale**, 20 : 231-236.
14. BOURGEOIS M., VERDOUX H. (1997). Le risque suicidaire dans les troubles bipolaires, **L'Encéphale**, suppl. 1 : 35-41.
15. BROCHIER T., BAYLE F.-J. (1995). Dépression et maladies anxieuses. In : OLIE J.-P., POIRIER M.-F., LOO H. Paris, Flammarion, **Les maladies dépressives**.
16. CARDOT H., ROUILLON F. (1995). Evolution à long terme des dépressions : épidémiologie et clinique, **L'Encéphale**, suppl. 2 : 51-59.
17. CLEMENT J.-P., LEGER J. (1995). Clinique et épidémiologie de la dépression du sujet âgé, **Neuro-psy**, numéro spécial décembre : 10-13.
18. COPELAND J. R. et coll. (1999). Cross-cultural comparison of depressive symptoms in Europe does not support stereotypes of ageing, **Br. J. Psychiatry**, 174 : 322-329.
19. CORRUBLE E., GINESTET D., GUELFY J. D. (1996). Comorbidity of personality disorders and unipolar major depression : a review, **J. Affect. Dis.**, 37 : 157-170.
20. CUCHE H. et coll. (1995). Dépression et entourage. In : OLIE J.-P., POIRIER M.-F., LOO H. Paris, Flammarion, **Les maladies dépressives**, 466-470.

21. DEROUESNE Ch. (1996). Dépressions et démences. In : LEMPERIERE Th. (sous la direction de). Paris, Masson, Acanthe, **Les dépressions du sujet âgé**, 31-42.
22. EMMANUEL J. et coll. (1998). Systematic review of the outcome of anxiety and depressive disorders, **Br. J. Psychiatry**, 173, suppl. 34 : 35-41.
23. ESCANDE M. et coll. (1993). Etude de la période de rémission (intercrise) des troubles maniaco-dépressifs unipolaires et bipolaires, **L'Encéphale**, 19 : 1-9.
24. FAWCETT J. (1997). Suicide : a four-pathway clinical-biochemical model, **Ann. N-Y Acad. Sci.**, 836 : 288-301.
25. FERRERI M. et coll. (1993). Sémiologie des états dépressifs de l'adulte. **Encycl. Méd. Chir., Psychiatrie**, 37-110 A-10.
26. GUELFY J.-D. (1997). Troubles de la personnalité et dépression. In : LEMPERIERE Th. (sous la direction de). Paris, Masson, Acanthe, **Les dépressions réactionnelles**, 67-77.
27. HARDY P. (1990). Dépressions et maladies somatiques. In : FELINE A. (sous la direction de). Paris, Masson, **La dépression, études**, 175-191.
28. HARDY P., GORWOOD Ph. (1995). Evénements de la vie. In : OLIE J.-P., POIRIER M.-F., LOO H. Paris, Flammarion, **Les maladies dépressives**, 329-332.
29. HIRSCHFELD R. (1994). Major depression, dysthymia and depressive personality disorder, **Br. J. Psychiatry**, 165, suppl. 26 : 23-30.
30. HOFFART A. (1995). Psychoanalytic personality types and anxiety and depressive disorders, **Eur. J. Psychiatry**, 9, 3 : 133-138.
31. LAQUEILLE X., JALFRE V. (1999). Comorbidités dépressives et toxicomanies, **Neuro-psy**, 9 : 30-35.
32. LEJOYEUX M., MOURAD I. (1999). Dépression et alcoolisme, **Neuro-psy**, 9 : 25-29.
33. LEVY-ATTAR D. (1990). Les dépressions saisonnières. In : FELINE A. et coll. Paris, Masson, **La dépression, études**, 116-129.
34. LOAS G. (1998). Depression and dependency : distinct or overlapping constructs ?, **J. Affect Disord.**, 47 : 81-85.
35. MANN A. (1993). Depression in older people : some criteria for effective treatment, **L'Encéphale**, 19 : 445-450.
36. MUNDT Ch. et coll. (1998). The influence of psychopathology, personality, and marital interactions on the short-term course of major depression, **Psychopathology**, 31 : 29-36.
37. PARTIOT A., JOUVENT R. (1994). Dépression et troubles cognitifs, **Ardix médical**.
38. PAYKEL E. (1994). Historical overview of outcome of depression. **Br. J. Psychiatry**, 165, suppl. 26 : 6-8.
39. PERALTA V., CUESTA M. (1998). Lack of insight in mood disorders, **J. Affect Disord.**, 49 : 55-58.
40. PERON-MAGNAN P., GALINOWSKI A. (1990). La personnalité dépressive. In : FELINE A. (sous la direction de). Paris, Masson, **La dépression, études**, 93-115.

41. RACOULES D., AZORIN J.-M. (1995). Dépressions résistantes. In : OLIE J.-P., POIRIER M.-F., LOO H. Paris, Flammarion, **Les maladies dépressives**, 239-244.
42. SAUER H. et coll. (1997). Personality differences between patients with major depression and bipolar disorder – The impact of minor symptoms on self-ratings of personality, **J. Affect Disord.**, 42 : 169-177.
43. SECHTER D. (1995). Les effets cliniques à long terme des antidépresseurs, **L'Encéphale**, suppl. 2 : 35-38.
44. SECHTER D., BONIN B. (1998). Evaluation prospective du risque suicidaire chez un patient déprimé, **Neuro-psy**, numéro spécial : 25-28.
45. SHEA M. T. et coll. (1990). Personality disorders and treatment outcome in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program, **Am. J. Psychiatry**, 147 : 711-718.
46. SHEA M. T. et coll. (1996). Does major depression result in lasting personality change ?, **Am. J. Psychiatry**, 153 : 1404-1410.
47. SKODOL A. et coll. (1996). Excessive dependency and depression. Is the relationship specific ?, **J. Nerv. Ment. Dis.**, 184 : 165-171.
48. SPINHOVEN Ph. et coll. (1997). Defense style in depressed and anxious psychiatric outpatients : An explorative study, **J. Nerv. Ment. Dis.**, 185 : 87-94.
49. STOFF D., MANN J. (1997). Suicide research, **Ann. N-Y Acad. Sci.**, 836 : 1-11.
50. TIGNOL J. et coll. (1994). Risque dépressif et dépressions à risque : facteurs psychologiques, **Neuro-psy**, numéro spécial : 18-25.
51. VANELLE J.-M. (1988). **Comment vivre avec un déprimé ?**, Lyon, Editions Josette.
52. WEISMAN M. (1994). Psychotherapy in the maintenance treatment of depression, **Br. J. Psychiatry**, 165, suppl. 26 : 42-50.
53. ZISOOK S. et coll. (1994). The spectrum of depressive phenomena after spousal bereavement, **J. Clin. Psychiatry**, 55, 54 : 29-36.



## DU PROJET THERAPEUTIQUE AU PROJET DE VIE

### LA DECISION DE SOINS

1. AMADO-BOCCARA I., DANION J. (1994). Incidence cognitive des antidépresseurs, **L'Encéphale**, 20 : 215-222.
2. American Psychiatric Association (2000). Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision), **Am. J. Psychiatry**, 157, suppl. 4.
3. ANDEM (14 décembre 1996). Recommandations et références médicales – Médicaments antidépresseurs, **Le Concours médical**, suppl. au n° 42.
4. ANSSEAU M., PITCHOT W. (1995). Effets des médicaments psychotropes sur l'axe hypothalamo-hypophysé-surrénalien. In : BAILLY D. (coordinateur). Vélizy, Doin, **Les aspects neuro-endocriniens des troubles de l'humeur**.
5. BALDESSARINI R. et coll. (1999). Effects of lithium treatment and its discontinuation on suicidal behaviour in bipolar manic-depressive disorders, **J. Clin. Psychiatry**, 60, suppl. 2 : 77-84.
6. BLACKER C. V. R., CLARE A. W. (1987). Depressive disorders in primary care, **Br. J. Psychiatry**, 150 : 737-751.
7. BOUGEROL T., SCOTTO J.-C. (1994). Le déprimé : rémission ou guérison ?, **L'Encéphale**, 20 : 231-236.
8. BOURGEOIS M., VERDOUX H. (1997). Le risque suicidaire dans les troubles bipolaires, **L'Encéphale**, 23, suppl. 1 : 35-41.
9. BOYER P. et coll. (1999). **Dépression et santé publique**, 27-43, Paris, Masson, Acanthe, PRID.
10. COOPEN A. et coll. (1991). Does lithium reduce the mortality of recurrent mood disorders ?, **J. Affect Disord.**, 23 : 1-7.
11. COPELAND J. R. (1999). Cross-cultural comparison of depressive symptoms in Europe does not support stereotypes of ageing, **Br. J. Psychiatry**, 174 : 322-329.
12. CROGHAN T. et coll. (1999). Effect of mental health specialty care on antidepressant length of therapy, **Med. Care**, 37, 4 : AS20-AS23.
13. CUCHE H., RAFFAITIN F., GERARD A. (1995). Dépression et entourage. In : OLIE J.-P., POIRIER M.-F., LOO H. Paris, Flammarion, **Les maladies dépressives**, 466-470.
14. ELKIN E. et coll. (1989). Treatment of Depression Collaborative Research Program : general effectiveness of treatments, **Arch. Gen. Psychiatry**, 46 : 971-983.
15. FERRERI M., HEIM A. (1995). Conduite à tenir devant un syndrome dépressif, **Encycl. Méd. Chir., Psychiatrie**, 37-876 A 10.
16. GAY C., LEVY-ATTAR D. (1994). L'Information du déprimé et de son entourage, **L'Encéphale**, 20 : 237-243.
17. GUILLIN O., PURPER D. (1998). Suicide et troubles de l'humeur : rôle préventif du lithium et des antidépresseurs, **L'Encéphale**, suppl. 1 : 12-16.

18. GOODWIN F. (1999). Anticonvulsivant therapy and suicide risk in affective disorders, **J. Clin. Psychiatry**, 60, suppl. 2 : 89-93.
19. HANTOUCHE E., GOISET M., OLIE J.-P. (1989). Non-observance d'un traitement antidépresseur, **Synapse**, 51 : 72-80.
20. JORM A. F. et coll. (1997). Mental health literacy : a survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment, **Med. J. Aust.**, 166 : 182-186.
21. KERR M., BLIZARD R., MANN A. (1995). General practitioners and psychiatrists : comparison of attitudes to depression using the depression attitude questionnaire, **Br. J. Gen. Practice**, 45 : 89-92.
22. LEGERON P., ANDRE Ch. (1995). Thérapies comportementales et cognitives de la dépression. In : OLIE J.-P., POIRIER M.-F., LOO H. Paris, Flammarion, **Les maladies dépressives**, 424-433.
23. LOO H. et coll. (1995). Antidépresseurs, prédiction de la réponse ; effets secondaires et traitement au long cours, **Encycl. Méd. Chir., Psychiatrie**, 37-860 B-70, Paris.
24. LOO H. et coll. (1995). Antidépresseurs, prédiction de la réponse ; effets secondaires et traitement au long cours, **Encycl. Méd. Chir., Psychiatrie**, 37-860 B-72, Paris.
25. LOO H. et coll. (1995). Antidépresseurs, données sur les propriétés pharmacocinétiques, actions biochimiques, **Encycl. Méd. Chir., Psychiatrie**, 37-860 B-73, Paris.
26. LOO H., OLIE J.-P. (1995). Chimiothérapies antidépressives. In : OLIE J.-P., POIRIER M.-F., LOO H. Paris, Flammarion, **Les maladies dépressives**, 377-406.
27. LOO H., OLIE J.-P., POIRIER M.-F., AMADO I. (1997). Médicaments psychotropes et comportements, **Bull. Acad. Nat. Méd.**, 181, 6 : 1089-1104.
28. MANN A. et coll. (1993). Depression in older people, **L'Encéphale**, 19 : 445-450.
29. MESSINA N. et coll. (1995). Théories cognitives des troubles dépressifs. In : OLIE J.-P., POIRIER M.-F., LOO H. Paris, Flammarion, **Les maladies dépressives**, 337-342.
30. MODESTIN J., SCHWARZENBACH F. (1992). Effect of psychopharmacotherapy on suicide risk in discharged psychiatric inpatients, **Acta Psychiatr. Scand.**, 85 : 173-175.
31. NESTLER E. (1998). Antidepressant treatments in the 21st century, **Biol. Psychiatry**, 44 : 526-533.
32. NILSSON A. (1999). Lithium treatment, **J. Clin. Psychiatry**, 60, suppl. 2 : 85-88.
33. OLIE J.-P. (1993). Guérir les déprimés, **L'Encéphale**, 19 : 439-440.
34. OLIE J.-P. et coll. (1994). Alternatives à la lithiothérapie, **Encycl. Méd. Chir., Psychiatrie**, 37-876 A 15.
35. OLIE J.-P. (1995). Préface. In : ATTAR-LEVY D. et coll. Dépression et l'avenir du déprimé, **Ardix médical**.
36. OLIE J.-P., BAYLE F.-J. (1995). Dépressions, troubles de l'humeur et psychoses maniaco-dépressives. In : SENON J.-L., SECHTER D., RICHARD D. Paris, Hermann, **Thérapeutique psychiatrique**, 773-795.
37. OLIE J.-P. (1997). A propos des troubles dépressifs. In : RAFFAITIN F. (sous la direction de). Toulouse, Editions Privat, **Le livre blanc de la dépression**, 19-26.

38. OLIVIER-MARTIN R. (1986). Facteurs psychologiques, observance et résistance aux traitements antidépresseurs, **L'Encéphale**, 12 : 197-203.
39. PAYKEL E. S. et coll. (1998). Changes in public attitudes to depression during the Defeat Depression Campaign, **Br. J. Psychiatry**, 173 : 519-522.
40. PRIEN R., KUPFER J. D. (1986). Continuation drug therapy for major depressive episodes : how long should it be maintained ?, **Am. J. Psychiatry**, 143 : 18-23.
41. PRIEN R. (Sous la direction de) (1994). Evaluation psychological treatments in relation to drugs, **Clinical Evaluation of Psychotropic Drugs**, 317-325, New York, Raven Press.
42. PRIEST R. (1996). Lay people's attitudes to treatment of depression : results of opinion poll for Defeat Depression Campaign just before its launch, **BMJ**, 313 : 858-859.
43. RADAT F. (1998). Suicide et psychotropes, **Neuro-psy**, numéro spécial : 40-43.
44. TASSIN J.-P. (1997). La dépression en neurobiologie. In : RAFFAITIN F. (sous la direction de). Toulouse, Editions Privat, **Le livre blanc de la dépression**, 27-38.
45. THIBAUT F., COLONNA L. (1992). Lithium et agressivité chez l'adulte, **L'Encéphale**, 18 : 193-198.
46. TONDO L. et coll. (1997). Effect of lithium maintenance on suicidal behaviour in major mood disorders, **Ann. N-Y Acad. Sci.**, 836 : 339-351.
47. VANELLE J.-M. (1991). Dépression et entourage, **Ardix médical**, 25-29.

## **LE SUIVI DU PATIENT**

1. ANDEM (14 décembre 1996). Recommandations et références médicales – Médicaments antidépresseurs, **Le Concours médical**, suppl. au n° 42.
2. ALLILAIRE J.-F. (1996). Comment définit-on en 1996 les temps évolutifs de la dépression ?. In : Paris, Masson, PRID, **Aspects évolutifs de la dépression**.
3. Améliorer l'observance, **Impact médecin** (22 octobre 1999).
4. ATTAR-LEVY D., OLIE J.-P. (1994). Traitement antidépresseur au long cours, **L'Information psychiatrique**, 70, 10.
5. BOYER P. et al. (1999). Système de soins, accès aux soins, filières de soins. In : Paris, Masson, PRID, **Dépression et santé publique**.
6. BYRNE S. E., ROTHSCHILD A. J. (juin 1998). Loss of antidepressant efficacy during maintenance therapy : possible mechanisms and treatments, **J. Clin. Psychiatry**, 59, 6 : 279-288.
7. EL-MALLAKH et al. (1999). Can long-term antidepressant use be depressogenic ?, **J. Clin. Psychiatry**, 60, 4.
8. LACHAUX B., PASI-DELAY D. (1998). Le médicament entre magie et interdit ou un outil au service de quel projet ?, **L'Information psychiatrique**, 74, 9.

9. LIN et al. (1995). The role of primary care physician in patients adherence to antidepressant therapy, **Medical Care**, 33.
10. MADDOX J. H. et al. (1994). The compliance with antidepressants in general practice, **Journal of Psychopharmacology**, 8.
11. RUSH (1999). Strategies and tactics in the management of maintenance treatment for depressed patients, **J. Clin. Psychiatry**, 60, suppl. 14.
12. Vaincre la dépression (septembre 1997). Programme Arc-en-ciel. Stimulus Santé et Laboratoire Lilly France.

## **ARRETS DES PRISES EN CHARGE**

1. Agence du médicament (juillet 1998). **Etude de la prescription et de la consommation des antidépresseurs en ambulatoire**, Observatoire national des prescriptions et consommations des médicaments.
2. American Psychiatric Association (avril 1993). Practice guidelines for major depressive disorder in adults, **Am. J. Psychiatry**, 150 : suppl. 4.
3. ANDEM (14 décembre 1996). Recommandations et références médicales – Médicaments antidépresseurs, **Le Concours médical**, suppl. au n° 42.
4. BLONDIAUX I. et coll. (1994). Adhésion aux traitements biologiques en psychiatrie, **Encycl. Méd. Chir., Psychiatrie**, 37860 A50, 3 p.
5. CAILLARD V. (1996). Stratégies chimiothérapeutiques à long terme des maladies dépressives. In : LEMPERIERE Th. (sous la direction de). Paris, Masson, Acanthe, **Aspects évolutifs de la dépression**, 105-128.
6. CUCHE H., GAY C., LOO H. (1993). Choix d'une thérapeutique après un épisode dépressif majeur, **L'Encéphale**, 19 : 467-471.
7. CUCHE H. et GERARD A. (1994). Antidépresseurs : bénéfiques/risques, **L'Encéphale**, 20 : 203-207.
8. CUCHE H. (1997). Les médicaments psychotropes en médecine de ville, **Bull. Acad. Nat. Méd.**, 181, 6 : 1105-1114.
9. DALERY J. et SECHTER D. (1994). Traitement prolongé par antidépresseur – Objectifs et dérives, **L'Encéphale**, 20 : 209-214.
10. EHRENBERG A. (1998). **La fatigue d'être soi**, Paris, Dépression et société, Odile Jacob.
11. FOURRIER A. (Sous la direction de) (15 février 1996). **Consommation de médicaments psychotropes chez le sujet âgé à partir de la cohorte PAQUID : déterminants socio-démographiques, état de santé et qualité de vie**, Bordeaux.
12. GERARD A. (1991). Durée des traitements antidépresseurs. In : GERARD A., LOO H. et coll. **Séminaires de psychiatrie biologique**, 17/18 : 145-168.
13. HANTOUCHE E. et coll. (1989). Non-observance d'un traitement antidépresseur, **Synapse**, 51 : 71-80.
14. HAYNAL A., SCHULTZ P. (1983). Commentaires sur la non-observation du traitement (" compliance ") et la relation médecin-malade, **Médecine et hygiène**, 41 : 3113-3121.

15. KATON W. et coll. (1992). Adequacy and duration of antidepressant treatment in primary care, **Med. Care**, 30, 1 : 67-76.
16. LANGWIELER G., LINDEN M. (1993). Therapist individuality in the diagnosis and treatment of depression, **J. Affect. Dis.**, 27 : 1-12.
17. LEGRAIN M. et LECOMTE Th. (1997). La consommation des psychotropes en France et dans quelques pays européens, **Bull. Acad. Nat. Méd.**, 181, 6 : 1073-1087, séance du 17 juin 1997.
18. LINDEN M. et coll. (1993). Three types of early termination of antidepressant drug treatment, **Int. Clin. Psychopharmacol.**, 8 : 345-346.
19. LINDEN M. (1997). The role of the patient in treatment decisions. In : RUSH A. J. (ed.). Basel Karger, Mood disorders systematic medication management, **Mod. Probl. Pharmacopsychiatry**, 25 : 192-202.
20. MALONE K. (1997). Pharmacotherapy of affectively ill suicidal patients, **Psychiatr. Clin. North Am.**, 20, 3 : 613-624.
21. MONTGOMERY S. A. (1997). Suicide and antidepressants, **Ann. N-Y Acad. Sci.**, 836 : 329-338.
22. MOURAD I. et coll. (1998). Evaluation prospective du sevrage des antidépresseurs, **L'Encéphale**, 24 : 215-222.
23. MYERS E. D., BRANTHWAITE A. (1992). Outpatient compliance with antidepressant medication, **Br. J. Psychiatry**, 160 : 83-86.
24. OLIVIER-MARTIN R. (1986). Facteurs psychologiques, observance et résistance aux traitements antidépresseurs, **L'Encéphale**, 12 : 197-203.
25. OQUENDO M. et coll. (1999). Inadequacy of antidepressant treatment for patients with major depression who are at risk for suicidal behaviour, **Am. J. Psychiatry**, 156, 2 : 190-194.
26. PARQUET Ph. (1995). Usage détourné, abus et dépendance. In : SENON J.-L. et coll. Paris, Hermann, **Thérapeutique psychiatrique**, 1057-1064.
27. PRIEN R. et coll. (1986). Continuation drug therapy for major depressive episodes : How long should it be maintained ?, **Am. J. Psychiatry**, 143, 1 : 18-23.
28. PRIEST R. (1996). Lay people's attitudes to treatment of depression : results of opinion poll for Defeat Depression Campaign just before its launch, **BMJ**, 313 : 858-859.
29. RADAT S. (avril 1998). Suicide et psychotropes, **Neuro-psy**, numéro spécial : 40-43.
30. RAFFAITIN F. (Sous la direction de) (1997). Stratégies thérapeutiques. In : Toulouse, Editions Privat, **Le livre blanc de la dépression**, 135-163.
31. ROUILLON F. et coll. (1996). Etude pharmaco-épidémiologique de la consommation des antidépresseurs en population générale, **L'Encéphale**, suppl. 1 : 39-48.
32. SCHMITT L. et coll. (1990). Observance médicamenteuse en psychiatrie : l'opinion du patient, **Psychologie médicale**, 22, 6 : 521-524.
33. SCHMITT L., MORON P. (1992). Observance du traitement en psychiatrie, **Encycl. Méd. Chir., Psychiatrie**, 37860 A60, 2 p.
34. SOFRES MEDICAL (juillet 1997). **Rapport d'étude**, Observatoire des antidépresseurs.

35. SUPPES T. et coll. (1997). Special treatment issues : maintaining and discontinuing psychotropic medications. In : RUSH A. J. (ed.). Basel Karger, Mood disorders systematic medication management, **Mod. Probl. Pharmacopsychiatry**, 25 : 235-254.
36. TASSIN J.-P. (1997). La dépression en neurobiologie. In : RAFFAITIN F. (sous la direction de). Toulouse, Editions Privat, **Le livre blanc de la dépression**, 27-38.
37. VANELLE J.-M. et FELINE A. (1994). Arrêt du traitement médicamenteux dans la dépression, **L'Encéphale**, 20 : 223-229.
38. VILLENEUVE A. (1992). Durée des traitements antidépresseurs, **L'Encéphale**, 18 : 517-520.

## PEUT-ON PREVENIR LES ETATS DEPRESSIFS ?

1. ANDEM (14 décembre 1996). Recommandations et références médicales – Médicaments antidépresseurs, **Le Concours médical**, suppl. au n° 42.
2. ALLILAIRE J.-F. (1996). Comment définit-on en 1996 les temps évolutifs de la dépression ?. In : Paris, Masson, PRID, **Aspects évolutifs de la dépression**.
3. ANAES (octobre 2000). **La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge**, Texte long, p. 20.
4. BAUDET M.-B. Les amalgames autour du harcèlement moral incitent les experts à définir des signes cliniques, Dossier Management, **Le Monde**, 27-28 février 2000.
5. BERTSCHY G., VANDEL S. (1991). Les liens entre suicide et dépression – Aspects épidémiologiques, **L'Encéphale**, 17 : 33-36.
6. BLIN P. and coll. (1996). Factors influencing the treatment of depression among depressive subjects in a database cohort of workers, (GAZEL), **Pharmacoepidemiology and drugs safety**, 5 S1-S119, Ed. John Wiley and Sons Ltd.
7. BOURGEOIS M., FACY F., ROUILLON F., VERDOUX H. (1997). Epidémiologie du suicide, **Encycl. Méd. Chir. (Paris, Elsevier), Psychiatrie**, 37397-A20.
8. CASTELNAU C., OLIE J.-P., LOO H. (sept.-oct. 1998). Troubles dépressifs “subliminaires” : description et intérêts pour la prévention secondaire en psychiatrie, **L'Encéphale**, 24.
9. CHARPAK Y. et DUBURQ A. (1996) Etude GAZEL, **Panorama du médecin**, 4682.
10. CHARPAK Y. et al. (1996). Etude d'une cohorte de travailleurs dépressifs traités ou non : méthodologie et résultats préliminaires, **Thérapie**, 51 : 358-360.
11. CLEMENT (5, 6, 7 mai 1999). La désadaptation du sujet âgé, Communication au **Symposium “ Attention, démotivation et désadaptation chez le sujet âgé ”**, 1<sup>er</sup> forum de psychiatrie de la Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale, Paris.
12. DAVIDSON J. R., MELTZER-BRODY S. E., (1999). The under-recognition and under-treatment of depression : what is the breadth and depth of the problem ?, **J. Clin. Psychiatry**, 60, suppl. 7, discussion 10-1.
13. FAVAVELLI et al. (1986). Depressive relapses and incomplete recovery from index episode, **Am. J. Psychiatry**, 143
14. FERRERI M. (avril 1997). Evénements de vie, **Neuro-psy**, numéro spécial.
15. FRANK et al. (1991). Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder, **Arch. Gen. Psychiatry**, 48.
16. GUZE S. B., ROBINS E. Suicide in primary affective disorders, **Br. J. Psychiatry**, 117 : 437-438.
17. HIRSCHFELD R. M. et al. (1985). Situational major depressive disorder, **Arch. Gen. Psychiatry**, 42.
18. KELLER et al. (1982). Relapse in major depressive disorder : analysis with the life table, **Arch. Gen. Psychiatry**, 39 :911-5.

19. KIVELA S. L. et coll. (août 1998). Early loss of mother or father predicts depression in old age, **International Journal of Geriatric Psychiatry**, 13, 8 : 527-30.
20. Le conseiller rapporteur armé contre le harcèlement moral, **La Tribune**, 3 avril 2000.
21. LECRUBIER (1999). Relapse and recurrence : the impact of residual symptoms, **Satellite Symposium**, 11th ECNP Congress, Paris, 31 oct.-3 nov. 1999.
22. Le harcèlement moral condamné, **L'Express**, 30 mars 2000.
23. LEMPERIERE Th. (1982). **Psychiatrie de l'adulte**, Paris, Masson.
24. LE PAPE A., LECOMTE T. (1996). **Aspects socio-économiques de la dépression – Evolution (1980-81/1991-92)**, CREDES.
25. MONTGOMERY S. A., DUMBAR. G. (1993). Paroxetine is better than placebo in relapse prevention and the prophylaxis of recurrent depression, **Internat. Clin. Psychopharmacology**, Fall, 8, 3 : 189-195.
26. PHILIPPE A. (1999). Définitions du suicide – Signification de la prévention, **Ann. Méd. Psychol.**, 157, 8
27. ROUILLON F. (1999). Depression : a life-threatening condition, **Satellite Symposium**, 11th ECNP Congress, Paris, 31 oct.-3 nov. 1999.
28. RUTZ W. (1989). Evaluation of an educational program on depressive disorders given to GP on Gotland, **Acta Psychiatr. Scand.**, 79 : 19-26.
29. RUTZ W. (1992). Long-term effects of an educational program for GP given by the Swedish committee for the prevention and treatment of depression, **Acta Psychiatr. Scand.**, 85, 1 : 83-6.
30. SCHMITT L., BIRMES P. (avril 1997). Historique du concept de dépression réactionnelle, **Neuro-psy**, numéro spécial.
31. SOLOMON D. A., KELLER M. B., LEON A. C., MUELLER T. I., LAVORI Ph. W., SHEA M. T., CORYELL W., WARSHAW M, TURVEY C., MASER J. D., ENDICOTT J. (2000). Multiple Recurrences of Major Depressive Disorder, **Am. J. Psychiatry**, 157 : 229-233.
32. SOUBRIER J.-P. (1999). Les suicides en France, **Ann. Méd. Psychol.**, 157, 8.
33. Un suicide assimilé à un accident du travail, **Marianne**, 12 mars 2000.
34. Une loi contre le harcèlement moral, **La Tribune**, 20 avril 2000.
35. Une tentative de suicide reconnue comme “ accident du travail ” dans les Vosges, **Le Monde**, 14 mars 2000.
36. WELLS et al. (1988). Psychiatric disorder and limitation in physical functioning in a sample of the Los Angeles general population, **Am. J. Psychiatry**, 145 : 712-7.



## LA DEPRESSION : IMPACT ECONOMIQUE ET ATTEINTE A LA QUALITE DE VIE

1. Agence du médicament (juillet 1998). **Direction des études et de l'information pharmacoéconomiques**, Observatoire national des prescriptions et consommations des médicaments.
2. Agence du médicament (1997). Le bon usage du médicament, **Fiches de transparence**.
3. ANAES (1996). **Utilisation des médicaments antidépresseurs**.
4. ANDERSON I. M., TOMENSON B. M. (1995). Treatment discontinuation with selective serotonin reuptake inhibitors with tricyclic antidepressants : a meta-analysis, **BMJ**, 310 : 1433-8.
5. ANGST J. (1999). Major depression in 1998 : are we providing optimal therapy ?, **J. Clin. Psychiatry**, 60 : 5-9.
6. ANNSEAU M. (1998). The socio-economics of depression, **Revue médicale de Liège**, 53, 5 : 308-10.
7. BECH P. (1995). Social aspects of treatment of depression, **Int. Clin. Psychopharmacol.**, 10, suppl. 1 : 11-14.
8. BEUSTERIEN K. et al. (1996). Usefulness of the SF-36 health survey in measuring health outcomes in the depressed elderly, **Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology**, 9.
9. BLAND R. C., ORN H., NEWMAN S. C. (1988). Lifetime prevalence of psychiatric disorders in Edmonton, **Acta Psychiatr. Scand.**, 77 : 24-32.
10. BLIN P., CHARPAK Y., NOUVEAU A., BLACHIER C., ALLICAR M. P., BOUHASSIRA M. (1996). Factors influencing the treatment of depression among depressive subjects in a database cohort of workers, **Rapport GAZEL**.
11. BOYER P., DANION J. M., BISSERBE J. C., HOTTOON J. M., TROY S. (1998). Clinical and economic comparison of sertraline and fluoxetine in the treatment of depression, **Pharmacoeconomics**, 13 (1, Pt 2) : 157-169.
12. BROAHEAD W. E., BLASER D. G., GEORGE L. K., TSE C. K. (1990). Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey, **JAMA**, 264, 19 : 2524-8.
13. DAVIDSON J. R., MELTZER-BRODY S. E. (1999). The under-recognition and under-treatment of depression : what is the breadth and depth of the problem ?, **J. Clin. Psychiatry**, 60, suppl. 7, discussion 10-1.
- 14.
15. GOLDMAN L. S., NIELSEN N. H., CHAMPION H. C. (1999). Awareness, diagnosis, and treatment of depression, **Journal Gén. Intern. Méd.**, 14, 9 : 569-80.
16. GREENBERG P., STIGLIN L., FINKELSTEIN S., BERNDT E. (1993). The economic burden of depression in 1990, **J. Clin. Psychiatry**, 54 : 405-418.
17. HALL R. C., WISE M. G. (1995). The clinical and financial burden of mood disorders – Cost and outcomes, **Psychosomatics**, 36, 2 : S11-8.

18. HATZIANDREU E. et al. (1994). Cost-utility of maintenance treatment of recurrent depression with sertraline versus episode treatment with dothiepin, **Pharmacoeconomics**, 5, 3 : 249-264.
19. HENRY J. (1993). Debits and credits in the management of depression, **British Journal of Psychiatry**, 163, suppl. 20, 33-39.
20. JONSSON B., BEBBINGTON P. E. (1994). What price depression ? The cost of depression and the cost effectiveness of pharmacological treatment, **British Journal of Psychiatry**, 164 : 665-673.
21. KATON W., VONKORFF M., LIN E., WALKER E., SIMON G. E., BUSH T., ROBINSON P., RUSSO J. (1995). Collaborative management to achieve treatment guidelines. Impact on depression in primary care, **JAMA**, 276, 13 : 1026-1031.
22. WITTCHEN HU, KNAUPER B, KESSLER RC (1994) **British Journal of Psychiatry**, Suppl.Dec; (26):16-22.
23. KIND P., SORENSEN J. (1993). The costs of depression. **Int. Clin. Psychopharmacol.**, 7 : 191-195.
24. KLERMAN G., WEISMAN M. (1992). The course, morbidity and costs of depression, **Arch. Gen. Psychiatry**, 49 : 831-834.
25. LANE R., MCDONALD G. (1994). Reducing the economic burden of depression, **Int. Clin. Psychopharmacol.**, 9 : 229-243.
26. LEMELIN J., HOTE S., SWENSEN R., & al (1994). Depression in primary care – Why do we miss the diagnosis ?, **Can. Fam. Physician**, 40 :104-8.
27. LE PAPE A., LECOMTE T. (1996). **Aspects socio-économiques de la dépression – Evolution (1980-81/1991-92)**, CREDES.
28. LE PEN C. et al. (1994). The cost of treatment dropout in depression a cost-benefit analysis of fluoxetine versus tricyclics, **J. Affect. Dis.**, 31 : 1-8.
29. LEPINE J.-P., GASTPAR M., MENDLEWICZ J. (1997). Depression in the community : the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society), **Int. Clin. Psychopharmacol.**, 12 : 19-29.
30. LONNQVIST J. et al. (1994). Antidepressant efficacy and quality of life depression : a double blind study with moclobemide and fluoxetine, **Acta Psychiatr. Scand.**, 89 ; 363-369.
31. MAYNARD A. (1993). Cost management : the economist's viewpoint, **British Journal of Psychiatry**, 163 (suppl. 20) : 7-13.
32. MCDONALD CJ ALLER RD (1997). Information about quality of care, **Ann Intern Med.** Oct 1; 127(7):575.
33. MCKENNA S., HUNT S. (1992). A new measure of quality of life in depression testing the reliability and construct validity of the QLDS, **Health Policy**, 22 :321-330.
34. MONTGOMERY S. A. et al. (1996). Economic analysis of treating depression with nefazodone versus imipramine, **British Journal of Psychiatry**, 168 : 768-771.
- 34bis MURPHY GE (1975) The physician's responsibility for suicide. II. Errors of omission. **Ann Intern Med** Mar;82(3):305-9

35. ROUILLON F., BLACHIER C., DREYFUS J.-P., BOUHASSIRA M., ALLICAR M.-P. (1996). Etude pharmaco-épidémiologique de la consommation des antidépresseurs en population générale, **L'Encéphale**, suppl. 1 : 39-48.
36. RUTZ W. (1989). Evaluation of an educational program on depressive disorders given to GP on Gotland, **Acta Psychiatr. Scand.**, 79 : 19-26.
37. RUTZ W. (1992). Long-term effects of an educational program for GP given by the Swedish committee for the prevention and treatment of depression. **Acta Psychiatr. Scand.**, 85, 1 : 83-6.
38. RUTZ W., CARLSSON P., VONKNORRING L., WANLINDER J. (1992). Cost-benefit analysis of an educational program for GP by Swedish committee for the prevention and the treatment of depression, **Acta Psychiatr. Scand.**, 85, 6 : 457-64.
39. SANTIAGO J. (1993). The cost of treating depression, **J. Clin. Psychiatry**, 54 : 425-426.
40. SCLAR D., ROBINSON L., SKAER T., GALIN R., LEGG R., NEMEC N., HUGHES T., BUESCHING D., MORGAN M. (1994). Antidepressant pharmacotherapy : economic evaluation of fluoxetine, paroxetine and sertraline in a Health Maintenance Organization, **Clinical Therapeutics**, 16, 4 : 715-730.
41. SIMON G. E., VONKORFF M., HEILIGENSTEIN J. H., REVICKI D., GROTHAUS L., KATON W., WAGNER E. (1996). Initial antidepressant choice in primary care – Effectiveness and cost of fluoxetine versus tricyclic antidepressants, **JAMA**, 275, 24 : 1897.
42. STOUDEMIRE A., FRANCK R., HEDEMARK N. (1986). The economic burden of depression, **General Hospital Psychiatry**, 8 :287-94.
43. STURM R., WELLS K. B. (1995). How can care for depression become more cost-effective ?, **JAMA**, 273, 1.
44. TIEMENS B. G. et al. (1999). Training primary-care physicians to recognize, diagnose and manage depression : does it improve patient outcomes ?, **Psychological Medicine**, 29, 4 : 833-45.
45. TYLEE A., GASTPAR M., LEPINE J.-P., MENDLEWICZ J. (1999). DEPRES II (Depression Research in European Society II) : a patient survey of the symptoms, disability and current management of depression in the community, DEPRES Steering Committee, **Int. Clin. Psychopharmacol.**, 14, 3 : 139-51.
46. WEISSMAN, M.M. (1974) The epidemiology of suicide attempts, 1960-1971. **Archives of General Psychiatry**, 30, 737-746.
47. WELLS K. B. et al. (1989). The functioning and well-being of depressed patients – Results from the medical outcomes study, **JAMA**, 262, 7.

## **BIBLIOGRAPHIE THEMATIQUE**

### **RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES**

1. Agence du médicament.(1997). Le bon usage du médicament, **Fiches de transparence**.
2. American Psychiatric Association (1993). Practice guideline for major depressive disorder in adults, **Am. J. Psychiatry**, 150, suppl.
3. ANAES (1996). **Utilisation des médicaments antidépresseurs**.
4. ANDEM (14 décembre 1996). Recommandations et références médicales – Médicaments antidépresseurs, **Le Concours médical**, suppl. au n° 42.

### **SYNTHESE DE LA LITTERATURE**

5. Agence du médicament (juillet 1998). **Direction des études et de l'information pharmacoéconomiques**, Observatoire national des prescriptions et consommations des médicaments.
6. ANGST J. (1999). Major depression in 1998 : are we providing optimal therapy ?, **J. Clin. Psychiatry**, 60 : 5-9.
7. ANNSEAU M. (1998). Aspects socio-économiques de la dépression, **Revue médicale de Liège**, 53, 5 : 308-10.
8. BECH P. (1995). Social aspects of treatment of depression, **Int. Clin. Psychopharmacol.**, 10, suppl. 1 : 11-14.
9. BENFIELD P., HEEL R., LEWIS S. (1986). Fluoxetine : a review of its pharmacodynamics and pharmacokinetic properties and therapeutic efficacy in depressive illness, **Drugs**, 32 : 481-508.
10. BERCEZ C., PAREE F. (1999). La dépression : impact économique de la prise en charge médicamenteuse à partir d'une revue de la littérature, **Rapport au SNIP**, CRESGE.
11. BROAHEAD W. E., BLASER D. G., GEORGE L. K., TSE C. K. (1990). Depression, disability days and days lost from work in a prospective epidemiologic survey, **JAMA**, 264, 19 :25424-8.
12. COHEN L. J. (1995). Pharmacoeconomic issues in the treatment of depression, **Formulary**, 30, suppl. 1 : S20-5.
13. CONNER T. M., LYNN CRISMON M., STILL D. J. (1999). A critical review of selected pharmacoeconomic analyses of antidepressant therapy, **Annals of Pharmacotherapy**, 33, 3 : 364-752.
14. CROTT R., GILIS P. (1998). Economic comparisons of the pharmacotherapy of depression : an overview, **Acta Psychiatr. Scand.**, 97, 4 : 241-52.
15. DAVIDSON J. R., MELTZER-BRODY S. E. (1999). The under-recognition and under-treatment of depression : what is the breadth and depth of the problem ?, **J. Clin. Psychiatry**, 60, suppl. 7, discussion 10-1.

16. DAVIS R., WILDE M. I. (1996). Sertraline – A pharmacoeconomic evaluation of its use in depression, **Pharmacoeconomics**, 10, 4 : 409-31.
17. GARATTINI S., BARBUI C., SARACENO B. (1998). Antidepressant agents : from tricyclics to serotonin uptake inhibitors, **Psychol. Med.**, 28, 5 : 1169-78.
18. GOLDMAN L. S., NIELSEN N. H., CHAMPION H. C. (1999). Awareness, diagnosis and treatment of depression, **Journal Gén. Intern. Méd.**, 14, 9 : 569-80.
19. GOLDSTEIN B. J., GOODNICK P. J. (1998). Selective serotonin reuptake inhibitors in the treatment of affective disorders, **Journal of Psychopharmacology**, 12, 3 : 55-87.
20. HALL R. C., WISE M. G. (1995). The clinical and financial burden of mood disorders – Cost and outcomes, **Psychosomatics**, 36, 2 : S11-8.
21. HENRY J. (1993). Debits and credits in the management of depression, **British Journal of Psychiatry**, 163, suppl. 20, 33-39.
22. HENRY J., RIVAS C. A. (1997). Constraints on antidepressant prescribing and principles of cost-effective antidepressant use – Part 1 : Depression and its treatment, **Pharmacoeconomics**, 11, 5 : 419-43.
23. HOTPOF M. et al. (1996). Are SSRI a cost effective alternative to tricyclics ?, **British Journal of Psychiatry**, 168 : 404-409.
24. HUGHES D., MORRIS S., MCGUIRE A. (1997). The cost of depression in the elderly – Effects of drugs therapy, **Drugs Aging**, 10, 1 : 59-68.
25. HYLAN T. R., CROWN W. H., MENEADES L. (1998). Tricyclic antidepressant and selective serotonin inhibitors antidepressant selection and health care costs in the naturalistic setting : a multivariate analysis, **J. Affect. Dis.**, 47 : 71-9.
26. KELLER M. B. (1993). Overview of depression : chronicity, recurrence, morbidity and the need for maintenance treatment, **Rhode Island Medicine**, 76 : 3381-6.
27. KERNICK D. P. (1997). Which antidepressant ? A commentary from general practice on evidence-based medicine and health economics, **Br. J. Gen. Practice**, 47, 415 : 95-8.
28. KLERMAN G., WEISMAN M. (1992). The course, morbidity and costs of depression, **Arch. Gen. Psychiatry**, 49 : 831-834.
29. LANE R., MCDONALD G. (1994). Reducing the economic burden of depression, **Int. Clin. Psychopharmacol.**, 9 : 229-243.
30. LAZAR S. C., CABBARD G. O. (1997). The cost-effectiveness of psychotherapy, **The Journal of Psychotherapy Practice and Research**, 6 : 307-14.
31. LEMELIN J. et al. (1994). Depression in primary care – Why do we miss the diagnosis ?, **Can. Fam. Physician**, 40 : 104-8.
32. MARTIN P. (1996). Depressive disorders and public health : a review of the economic impact, **L'Encéphale**, 22, 5 : 321-30.
33. MAYNARD A. (1993). Cost management : the economist's viewpoint, **British Journal of Psychiatry**, 163 (suppl.20) : 7-13.

34. MONTGOMERY S. A., KASPER S. (1998). Side effects, dropouts from treatment and cost consequences, **Int. Clin. Psychopharmacol.**, 13, suppl. 1 : S1-5.
35. PANZARINO P. J. (1998). The costs of depression : direct and indirect ; treatment versus non-treatment, **J. Clin. Psychiatry**, 59, suppl. 20 : 11-14.
36. SAKLAD S. R. (1995). Pharmacoeconomics issues in the treatment of depression, **Pharmacotherapy**, 16 (6, Pt 2) : 76S-83S.
37. SANTIAGO J. (1993). The cost of treating depression, **J. Clin. Psychiatry**, 54 : 425-426.
38. SCLAR D. A., SKAER T. L., Robinson L. M., STOWERS J. K. (1998). Economics appraisal of antidepressant pharmacotherapy : critical review of the literature and future directions, **Depress Anxiety**, 8, suppl. 1 : 121-7.
39. SPIGSET O. et al. (1999). Fortnightly review : drug treatment of depression, **BMJ**, 318 (7192) : 1188-91.
40. VANDERHOFF B. T., MILLER K. E. (1997). Major depression : assessing the role of new antidepressants, **Am. Fam. Physician**, 55, 1 : 249-54, 259-60.
41. WILDE M. I., BENFIELD P. (1998). Fluoxetine, a pharmacoeconomics review of its use in depression, **Pharmacoeconomics**, 13, 1 : 543-61.
42. WILDE M. I., WHITTINGTON R. (1995). Paroxetine – A pharmacoeconomic evaluation of its use in depression, **Pharmacoeconomics**, 8, 1 : 62-81.
43. WITHERSTY D. J., VANIN J. R. (1999). Guidelines for treating depression using non-selective serotonin reuptake inhibitors, **The West Virginia Medical Journal**, 95-20-2.

## ESSAIS RANDOMISES

44. BEUSTERIEN K. et al. (1996). Usefulness of the SF-36 health survey in measuring health outcomes in the depressed elderly, **Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology**, 9.
45. BOYER P., DANION J.-M., BISSERBE J.-C., HOTTON J.-M., TROY S. (1998). Clinical and economic comparison of sertraline and fluoxetine in the treatment of depression – A 6 month double blind study in a primary-care setting in France, **Pharmacoeconomics**, 13, 1 : 157-69.
46. HEILIGENSTEIN J. H. et al. (1995). Acute effects of fluoxetine versus placebo on functional health and well-being in late life depression, **International Psychogeriatrics**, 7, suppl.
47. KATON W., VONKORFF M., LIN E., WALKER E., SIMON G. E., BUSH T., ROBINSON P., RUSSO J. (1995). Collaborative management to achieve treatment guidelines – Impact on depression in primary care, **JAMA**, 276, 13 : 1026-1031.
48. LAVE J. R., FRANCK R. G., SCHULBERG H. C., KAMLET M. S. (1998). Cost-effectiveness of treatment for major depression in primary care practice, **Arch. Gen. Psychiatry**, 55, 7 : 645-51.
49. MCKENNA S., HUNT S. (1992). A new measure of quality of life in depression testing the reliability and construct validity of the QLDS, **Health Policy**, 22 : 321-330.
50. SCOTT A., FREEMAN C. (1992). Edimburg primary care depression study : treatment outcome, patient satisfaction, and costs after 16 weeks, **BMJ**, 304- 883-7.

51. SHAPIRA B., TUBI N., DREXLER H., LIDSKY D., CALEV A., LERER B. (1998). Cost and benefit in the choice of ECT schedule – Twice versus three times weekly ECT, **British Journal of Psychiatry**, 172 : 44-8.
52. SIMON G. E., VONKORFF M., HEILIGENSTEIN J. H., REVICKI D., GROTHAUS L., KATON W., WAGNER E. (1996). Initial antidepressant choice in primary care – Effectiveness and cost of fluoxetine versus tricyclic antidepressants, **JAMA**, 275, 24 : 1897.
53. SIMON G., FISHMAN P. (1998). Costs implication of initial antidepressant selection in primary care, **Pharmacoeconomics**, 13, 1 : 61-70.
54. TOME M. B., ISAAC M. T. (1997). Cost-benefit and cost-effectiveness analysis of the rapid onset of selective serotonin reuptake inhibitors by augmentation, **Int. Journal Psychiatry Med.**, 27, 4 : 377-90.
55. VONKORFF M., KATON W., BUSH T., LIN E. H., SIMON G. E., SAUNDERS K., LUDMAN E., WALKER E., UNUTZER J. (1998). Treatment costs, cost offset, and cost-effectiveness of collaborative management of depression, **Psychosom. Med.**, 60, 2 : 143-9.
56. WELLS K. B. et al. (1989). The functioning and well-being of depressed patients – Results from the medical outcomes study, **JAMA**, 262, 7.
57. WELLS K. B. (1999). The design of Partners in Care : evaluating the cost-effectiveness of improving care for depression in primary care, **Soc. Psychiatry Epidemiol.**, 34, 1 : 20-9.

## **META-ANALYSES**

58. ANDERSON I. M., TOMENSON B. M. (1995). Treatment discontinuation with selective serotonin reuptake inhibitors with tricyclic antidepressants : a meta-analysis, **BMJ**, 310 : 1433-8.
59. BLEASLEY C. M. et al. (1991). Fluoxetine and suicide : a meta-analysis of controlled trials of treatment of depression, **BMJ**, 303 : 685-692.
60. MINTZ J., MINTE L. I., ARRUDA M. J., HWANG S. S. (1992). Treatments of the depression and the functional capacity to work, **Arch. Gen. Psychiatry**, 49 : 761-8.
61. STEWART A. (1998). Choosing an antidepressant : effectiveness based pharmacoeconomics, **J. Affect. Dis.**, 48 (2-3) : 125-33.

## **ENQUETES LONGITUDINALES RETROSPECTIVES**

62. CROGHAN T. W., LAIR T. J., ENGELHART L., CROWN W. E., COPLEY-MERRIMAN C., MELFI C. A., OBENCHAIN R. L., BUESCHING D. P. (1997). Effect of antidepressant therapy on health care utilization and costs in primary care, **Psychiatr. Serv.**, 48, 11 : 1420-6.
63. CROGHAN T. W., OBENCHAIN R. L., Crown W. E. (1998). What does treatment of depression really cost ?, **Health Aff.**, 17, 4 : 198-208.
64. CROGHAN T. W., MELFI C. A., DOBREZ D. G., KNIESNER T. J. (1999). Effect of mental health specialty care on antidepressant length of therapy, **Medical Care**, 37 (4 suppl. Lilly) : AS20-3.

65. GRIFFITHS R. I. et al. (1999). Medical resource use and cost of venlafaxine or tricyclic antidepressant therapy – Following selective serotonin reuptake inhibitor for depression, **Pharmacoeconomics**, 15, 5 : 495-505.
66. JOHNSON R. E., MCFARLAND B. H., NICHOLS G. A. (1997). Changing patterns of antidepressant use and costs in a Health Maintenance Organization, **Pharmacoeconomics**, 11, 3 : 274-86.
67. MELTON S., CYNTHIA K., FARRA T. (1997). Economic evaluation of paroxetine and imipramine in depressed outpatients, **Psychopharmacology Bulletin**, 33 : 93-100.
68. NAVARRO R., VALLER W., SPANGLER M. (1995). Antidepressant utilization in managed care : an evaluation of SSRI use in two HMO settings, **Medical Interface**, 114-123.
69. OBENCHAIN R. L., MELFI C. A., CROGHAN T. W., BUESCHING D. P. (1997). Bootstrap analyses of cost effectiveness in antidepressant pharmacotherapy, **Pharmacoeconomics**, 11, 5 : 464-72.
70. REVICKI D., SIMON G. E., CHAN K., KATON W., HEILIGENSTEIN J. (1998). Depression, health-related quality of life and medical cost outcomes of receiving recommended levels of antidepressant treatment, **Journal of Family Practice**, 47, 6 : 446-52.
71. RUSSEL J. M. et al. (1999). Course and cost of treatment for depression with fluoxetine, paroxetine and sertraline, **American Journal Management Care**, 5, 5 : 597-606.
72. SCLAR D., ROBINSON L., SKAER T., GALIN R., LEGG R., NEMEC N., HUGHES T., BUESCHING D., MORGAN M. (1994). Antidepressant pharmacotherapy : economic evaluation of fluoxetine, paroxetine and sertraline in a Health Maintenance Organization, **Clinical Therapeutics**, 16, 4 : 715-730.
73. SCLAR D., SKAER T., ROBINSON L. (1998). Economic outcomes with antidepressant pharmacotherapy : a retrospective intent to treat analysis, **J. Clin. Psychiatry**, 59, 2 : 13-7.
74. SCLAR D. A. et al. (1999). Economic appraisal of citalopram in the management of single-episode depression, **Journal of Clinical Psychopharmacology**, 19, 5, suppl. 1 : 47S-54S.
75. SIMON G., FISHMAN P. (1998). Costs implication of initial antidepressant selection in primary care, **Pharmacoeconomics**, 13, 1 : 61-70.
76. SKAER T., SCLAR D., ROBINSON L. (1995). Economic valuation of amitriptyline, desipramine, nortriptyline and sertraline in the management of patients with depression, **Current Therapeutic Research**, 53, 6 : 556-67.
77. SMITH W., SHERRILL A. (1996). A pharmacoeconomic study of the management of major depression : patients in a TennCare HMO, **Medical Interface**, 9, 7 : 88-92.
78. WELLS K. B. (1999). The design of Partners in Care : evaluating the cost-effectiveness of improving care for depression in primary care, **Soc. Psychiatry Epidemiol**, 34, 1 : 20-9.

## ENQUETES LONGITUDINALES PROSPECTIVES

79. BLIN P., CHARPAK Y., NOUVEAU A., BLACHIER C., ALLICAR M. P., BOUHASSIRA M. (1996). Factors influencing the treatment of depression among depressive subjects in a database cohort of workers, **Rapport GAZEL**.



80. GOLDMAN W., MCCULLOCH J., CUFFEL B., ZARIN D. A., SUAREZ A., BURNS B. J. (1998). Outpatient utilization patterns of integrated and split psychotherapy and pharmacotherapy for depression, **Psychiatr. Serv.**, 49, 4 : 447-82.
81. JICKS S. et al. (1995). Antidepressants and suicide, **BMJ**, 310 : 215-218.
82. LEPINE J.-P., GASTPAR M., MENDLEWICZ J. (1997). Depression in the community : the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society), **Int. Clin. Psychopharmacol.**, 12 : 19-29.
83. REVICKI D. et al. (1997). Acute medical costs of fluoxetine versus tricyclic antidepressants, **Pharmacoeconomics**, 11, 1 : 48-55.
84. SHELL R. C., SMITH P. L., MOODY N. B. (1998). Antidepressant prescribing practices of nurses practitioners, **Clin. Excell. Nurse Pract.**, 2, 5 : 273-8.
85. SOUETRE E., BEUZEN J. N. (1991). Méthodologie des études coût-bénéfice dans le développement d'un antidépresseur, exemple : prozac, **Act. Méd. Int. Psychiatrie**, 8 : 15-20.
86. TYLEE A. et al. (1999). DEPRES II : a patient survey of the symptoms, disability and current management of depression in the community, DEPRES Steering Committee, **Int. Clin. Psychopharmacol.**, 14, 3 : 139-51.

## ENQUETES TRANSVERSALES

87. BEUZEN J. N., RAVILY V. F., SOUETRE E. J. et al. (1993). Impact of fluoxetine on work loss in depression, **Int. Clin. Psychopharmacol.**, 8 : 319-321.
88. JOHNSON J., WEISSMAN M., KLERMAN G. (1992). Service utilization and social morbidity associated with depressive symptoms in the community, **JAMA**, 267, 11 : 1478-1483.
89. ROUILLON F., BLACHIER C., DREYFUS J.-P., BOUHASSIRA M., ALLICAR M.-P. (1996). Etude pharmaco-épidémiologique de la consommation des antidépresseurs en population générale, **L'Encéphale**, suppl. 1 : 39-48.
90. SOUETRE E. et al. (1996). Quality of life in depressed patients : comparison of fluoxetine and major tricyclic antidepressants, **Int. Clin. Psychopharmacol.**, 11 : 45-52.

## MODELISATION

91. ANTON S. F., REVICKI D. (1995). The use of decision analysis in the pharmacoeconomic evaluation of an antidepressant : a cost-effectiveness study of nefazodone, **Psychopharmacology Bulletin**, 31, 2 : 249-58.
92. BENTKOVER J., FEIGNER J. (1995). Costs analysis of paroxetine versus imipramine in major depression, **Pharmacoeconomics**, 8, 3 : 223-32.
93. BROWN M. C. et al. (1999). Cost-effectiveness of mirtazapine compared to amitriptyline and fluoxetine in the treatment of moderate and severe depression in Austria, **Eur. Psychiatry**, 14, 4 : 230-244.
94. CASCIANO J. et al. (1999). A pharmacoeconomic evaluation of major depressive disorder (Italy), **Epidemiol. Psychiatr. Soc.**, 8, 3 : 220-31.

95. EINARSON T. R., ARIKIAN S., SWEENEY S., DOYLE J. (1995). A model to evaluate the cost-effectiveness of oral therapies in the management of patients with major depressive disorders, **Clinical Therapeutics**, 17, 1 : 136-53.
96. EINARSON T. R., ADDIS A., IKEDJIAN M. (1997). Pharmacoeconomics analysis of venlafaxine in the treatment of major depressive disorder, **Pharmacoeconomics**, 12, 2, Pt 2 : 286-96.
97. FREEMANTLE N., HOUSE A., SONG F., MASON J. M., SHELDON T. A. (1994). Prescribing selective serotonin reuptake inhibitors as strategy for prevention of suicide, **BMJ**, 309 (6949) : 249-53.
98. FRYBACK D. G., THORNBURY J. T. (1991). The efficacy of diagnostic imaging, **Medical Decision Making**, 11 : 88-94.
99. HATZIANDREU E. et al. (1994). Cost utility of maintenance treatment of recurrent depression with sertraline versus episode treatment with dothiepin, **Pharmacoeconomics**, 5, 3 : 249-264.
100. HYLAN T. R., CROWN W. H., MENEADES L. (1998). Tricyclic antidepressant and selective serotonin inhibitors antidepressant selection and health care costs in the naturalistic setting : a multivariate analysis, **J. Affect. Dis.**, 47 : 71-9.
101. JONSSON B., BEBBINGTON P. E. (1994). What price depression ? The cost of depression and the cost effectiveness of pharmacological treatment, **British Journal of Psychiatry**, 164 : 665-673.
102. KAMLET M. S., PAUL N., GREENHOUSE J., KUPFER D., FRANK E., WADE M. (1995). Cost-utility analysis of maintenance treatment for recurrence depression, **Controlled Clinical Trial.**, 16 : 17-40.
103. KIND P., SORENSEN J. (1995). Modelling the cost-effectiveness of the prophylactic use of SSRIs in the treatment of depression, **Int. Clin. Psychopharmacol.**, 10, suppl. 1 : 41-48.
104. LAFUMA A. et al. (1999). Clinico-economic assessment of milnacipran in the prevention of depressive episodes, **L'Encéphale**, 25, 5 : 401-7 (en français).
105. LAPIERRE Y., BENTKOVER J., SCHAINBAUM S., MANNERS S. (1995). Directs cost of depression : analysis of treatment costs of paroxetine versus imipramine in Canada, **Canadian Journal of Psychiatry**, 40, 9 : 370-7.
106. LE PEN C. et al. (1994). The cost of treatment dropout in depression a cost-benefit analysis of fluoxetine versus tricyclics, **J. Affect. Dis.**, 31 : 1-8.
107. MONTGOMERY S. A. et al. (1996). Economic analysis of treating depression with nefazodone versus imipramine, **British Journal of Psychiatry**, 168 : 768-771.
108. NUIJTEN M. J. C., HARDONS M., SOUETRE E. (1994). A markov process analysis comparing the cost-effectiveness of maintenance therapy with citalopram versus standard therapy in major depression, **Pharmacoeconomics**, 5, 3 : 249-264.
109. OZMINNKOWSKI R. J., HYLAN T. R., MELFI C. A., MENEADES L. M., CROWN W. H., CROGHAN T. W., ROBINSON R. L. (1998). Economic consequences of selective serotonin reuptake inhibitors use with drugs also metabolized by the cytochrome P-450 system, **Clin. Ther.**, 20, 4 : 780-96.
110. PRIEST R. G. (1996). Cost-effectiveness of venlafaxine for the treatment of major depression in hospitalized patients, **Clin. Ther.**, 18, 2 : 347-58.
111. REVICKI D., BROWN R. E., KELLER M. B., GONZALES J., CULPEPPER L., HALES R. E. (1997). Cost-effectiveness of newer antidepressants compared with tricyclic antidepressants in managed care settings, **J. Clin. Psychiatry**, 58 : 47-58.

- 112.SORENSEN J., KIND P. (1995). Modelling cost-effectiveness issues in the treatment of clinical depression, **IMA Journal Math. Appl. Med. Biol.**, 12(3-4) : 369-85.
- 113.SOUETRE E. et al. (1993). Arrêt de travail et dépression. **Thérapie**, 48 : 81-90.
- 114.STURM R., WELLS K. B. (1995). How can care for depression become more cost-effective ?, **JAMA**, 273,
- 115.TOME M. B., ISAAC M. T. (1998). Cost-effectiveness study of a year follow up of SSRI and augmentor combination compared with SSRI and placebo, **International Journal of Psychopharmacology**, 13 : 175-82.
- 116.WOODS S. W., RIZZO J. A. (1997). Cost-effectiveness of antidepressant treatment reassessed, **British Journal of Psychiatry**, 170 : 257-63.

## **COUT DE LA MALADIE**

- 117.GREENBERG P., STIGLIN L., FINKELSTEIN S., BERNDT E. (1993). The economic burden of depression in 1990, **J. Clin. Psychiatry**, 54 : 405-418.
- 118.KIND P., SORENSEN J. (1993). The costs of depression, **Int. Clin. Psychopharmacol.**, 7 : 191-195.
- 119.LE PAPE A., LECOMTE T. (1996). **Aspects socio-économiques de la dépression – Evolution (1980-81/1991-92)**, CREDES.
- 120.STOUEMIRE A., FRANCK R., HEDEMARK N. (1986). The economic burden of depression, **General Hospital Psychiatry**, 8 : 287 :94.

## **BENEFICE DES PROGRAMMES EDUCATION**

- 121.RUTZ W. (1989). Evaluation of an educational program on depressive disorders given to GP on Gotland, **Acta Psychiatr. Scand.**, 79 : 19-26.
- 122.RUTZ W. (1992). Long-term effects of an educational program for GP given by the Swedish committee for the prevention and treatment of depression, **Acta Psychiatr. Scand.**, 85, 1 : 83-6.
- 123.RUTZ W., CARLSSON P., VONKNORRING L., WANLINDER J. (1992) Cost-benefit analysis of an educational program for GP by Swedish committee for the prevention and the treatment of depression, **Acta Psychiatr. Scand.**, 85, 6 : 457-64.