

L'état dépressif

E. Sekera, M. Archinard, H. Stalder

Introduction

La dépression compte parmi les 5 pathologies les plus fréquemment rencontrées par le médecin de premier recours.

La prévalence de la dépression dans la population selon l'OMS est de 9,4% (deux femmes pour un homme). Le risque, sur la durée totale de la vie, est de 6–17%.

Un tiers des sujets déprimés au moins ne recourent pas aux soins médicaux. Parmi ceux qui y recourent, la moitié viennent chez le médecin de premier recours, qui reconnaîtra chez eux une dépression dans 30–50% des cas. Seulement 10–20% de sujets reconnus déprimés comme tels par le généraliste recevront par la suite un traitement antidépresseur à dose efficace pendant une période qui dépasse un mois.

La dépression est la *deuxième cause de handicap* (après les cardiopathies ischémiques) dans les pays industrialisés. La consommation médicale du sujet déprimé est égale au triple du sujet non déprimé et le risque d'invalidité est quintuplé. Le coût global de la dépression non traitée est supérieur au coût de la dépression traitée.

Définition

Deux classifications sont utilisées le plus souvent, DSM-IV et CIM-10.

Nous présentons la *classification internationale de l'OMS-CIM-10* [1], où la dépression fait partie des troubles de l'humeur (tableau 1):

■ *Episode dépressif*: les symptômes persistent pendant au moins 2 semaines (devant une symptomatologie sévère ou un risque suicidaire, le délai de 2 semaines n'est pas retenu).

Tableau 1. Classification de la dépression CIM-10 (1992) (abrégée).

F32 Episode dépressif	léger (avec ou sans syndrome somatique) moyen (avec ou sans syndrome somatique) sévere (avec ou sans symptômes psychotiques)
F33 Trouble dépressif récurrent (léger, moyen, sévère)	
F34 Troubles de l'humeur persistants	

■ *Le degré de sévérité*: repose sur le nombre, la nature et la sévérité des critères (tableau 2):

- léger: deux critères sous A) et deux critères sous B) présents
- moyen: deux critères sous A) et trois critères sous B) présents
- sévère: présence de tous les critères sous A) et C) et quatre critères sous B).

Tableau 2. Critères diagnostiques CIM-10.

A)	1 humeur dépressive 2 diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir 3 augmentation de la fatigabilité
B)	4 diminution de la concentration et de l'attention 5 manque de confiance en soi 6 sentiment de culpabilité ou dévalorisation 7 attitude pessimiste face à l'avenir 8 idées ou actes suicidaires (auto agressifs) 9 perturbation du sommeil 10 diminution de l'appétit
C)	11 ralentissement psychomoteur ou agitation

■ *Syndrome somatique*: ralentissement psychomoteur, troubles du sommeil, perte de l'appétit ou diminution de poids de 5%, sexualité perturbée, manque de réactivité émotionnelle, plaintes somatiques.

■ *Symptômes psychotiques*: idées délirantes, hallucinations, idées de persécution, stupeur, etc. Leur présence nécessite toujours un avis spécialisé!

■ *Trouble dépressif récurrent*: plusieurs épisodes dépressifs, avec intervalles de rémission.

■ *Troubles de l'humeur persistants*: instabilité persistante de l'humeur pendant des années.

Approche clinique

Anamnèse

L'anamnèse sera ciblée à la *recherche des antécédents* et des facteurs associés à un risque accru de dépression:

■ *Somatiques*: maladies graves ou chroniques (affections cardiovasculaires, séropositivité, ostéoporose, dialyse, maladies neurologiques chroniques); 50% des patients cancéreux présentent une dépression souvent méconnue ainsi que 40% des malades parkinsoniens ou handicapés après AVC;

■ *Psychiatriques*: antécédents dépressifs, tentatives de suicide, autres troubles psychiatriques; 70% des troubles anxieux, 30–80% des malades atteints de démence ont une dépression concomitante;

- *D'abus de substances et d'alcool*, car ces derniers ont un effet dépressogène; dans 43% des cas, la dépression, chez les patients alcoolo-dépendants, est secondaire à leur addiction;
- *De prise de médicaments*: la dépression peut être un effet secondaire des médicaments (psychotropes, β -bloquants, corticoïdes, contraceptifs, interféron);
- *Familiaux et relationnels*: perte d'un proche, divorce, rupture amoureuse. Notons que le deuil est une réaction normale si elle ne persiste pas au-delà de 6 mois;
- *Socioprofessionnels*: isolement, précarité, perte d'emploi, chômage, migration, victimes de violence;
- *Grossesse*: le risque de dépression est particulièrement élevé dans les 4 semaines qui suivent l'accouchement.

Clinique

50–70% des sujets déprimés *consultent le généraliste pour une ou des plaintes somatiques*. En l'absence d'une pathologie qui explique ces plaintes, les examens inutiles risquent d'aggraver l'inquiétude du patient et de retarder la mise en œuvre d'un traitement antidépresseur. La dépression est moins souvent reconnue chez l'homme, chez le sujet jeune et chez le sujet présentant une maladie physique associée.

A l'examen physique on observera «le langage non verbal». Une présentation négligée, un faciès triste, une voix monocorde, des pleurs peuvent mettre le médecin sur la piste d'un état dépressif. Le patient peut aussi se plaindre de troubles cognitifs (de la mémoire, de la concentration, de l'attention etc.).

La littérature montre qu'un outil diagnostique sous forme d'un *questionnaire validé* augmente la précision du dépistage du médecin de premier recours de 30–50% à 80%. Nous recommandons:

- le Prime-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders) en traduction française [2] dont la sensibilité est de 84% et la spécificité de 77%, et qui permet d'orienter le généraliste vers différents troubles mentaux, dont la dépression;
- le HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) [3] est un instrument facile d'emploi, rempli par le patient, qui permet d'évaluer la sévérité de la dépression ainsi que son évolution;
- le GDS (Geriatric Depression Scale) [4], dans sa version réduite est bien adapté pour le dépistage chez une personne âgée. Sensibilité 96%, spécificité 85%.

Le risque suicidaire

En Suisse, 25–30/100 000 de la population meurt par suicide chaque année (il y a en moyenne 4 suicides par jour). A long terme, 15% des patients dépressifs vont se suicider, leur risque étant 30 fois supérieur à

celui de la population générale. Le suicide est la deuxième cause de décès chez les adolescents et jeunes adultes. Deux tiers des suicides arrivent chez les hommes après 45 ans. Le risque suicidaire par rapport à l'âge augmente 5 fois après 75 ans. Les tentatives précédentes augmentent le risque de suicide fatal.

Il est donc capital de *rechercher et d'estimer le risque suicidaire* d'un patient dépressif (tableau 3). L'approche doit être directe. Le médecin doit interroger le patient sur les idées suicidaires, d'éventuels projets ou tentatives de suicide. Il doit également évaluer s'il existe chez un patient suicidaire un risque de blesser autrui.

Tableau 3. Facteurs de risques suicidaires à rechercher

Abus de substances ou d'alcool
Trouble psychiatrique
Histoire familiale ou personnelle de tentamen ou de suicide
Maladie physique récente ou de longue durée
Isolement social
Deuil
Absence d'activité professionnelle

Attitude et traitement

Toute symptomatologie suicidaire, dépressive sévère ou comorbidité psychiatrique associée à la dépression doit être référée au psychiatre en urgence.

Une maladie somatique, éventuellement associée à l'état dépressif, doit être systématiquement recherchée et prise en charge (par ex. hypothyroïdie). Les médicaments susceptibles d'induire la dépression seront arrêtés si possible.

En cas de toxicomanie active, d'abus d'alcool ou d'un autre comportement addictif, une prise en charge spécifique s'impose.

Hospitalisation

Dans tous les cas, pour une hospitalisation, un avis spécialisé est souhaité. Tout sujet présentant un danger immédiat auto ou hétéro agressif et refusant l'hospitalisation, peut être hospitalisé «contre sa volonté». Le certificat d'entrée non volontaire (selon l'art. 25 de la loi de 1979) doit être rédigé par un médecin ayant l'autorisation cantonale de pratiquer (ou par un médecin cadre) .

Traitement ambulatoire

Le médecin de premier recours va soigner en priorité les dépressions de degré léger ou moyen, d'où

l'importance de savoir les diagnostiquer, les évaluer et les prendre en charge.

Un traitement de soutien, *sans médicaments*, peut être envisagé en cas d'épisode dépressif de degré léger. Si l'évolution n'est pas favorable dans les 3 semaines ou si la dépression s'aggrave, le *traitement médicamenteux* est indiqué (tableau 4) [5].

Tableau 4. Quelques antidépresseurs.

Noms génériques	½ vie (h)	P ₄₅₀	♥	Sed.	AC	Dos
Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine						
paroxétine (Deroxat® ou générique)	24	+++	+	++	0	+
fluvoxamine (Floxyfral®)	17–22	+	0	0	±	+
fluoxétine (Fluctine® ou génériques)	24–72	+++	0	±	0	+
citalopram (Seropram® ou génériques)	33	0	±	0	0	+
escitalopram (Cipraxel®)	33	0	±	0	0	+
sertraline (Gladem®, Zoloft®)	26	+	0	±	0	+
nefazodone (Nefadar®) ¹	2–4	+	0	±	±	0
Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline						
venlafaxine (Efexor®)	5–11	0	0	±	0	+
Tricycliques (abrégé)						
clomipramine (Anafranil®)	21	+	+	+	+++	+
amitriptyline (Saroten-Retard®, Triptyzol®)	16–31	0	+	+++	+++	+
trimipramine (Surmontil®)	24	+	+	++	++	+
imipramine (Tofranil®)	20	+	+	+	++	+
Inhibiteurs spécifiques et réversibles de la mono-aminoxidase						
moclobémide (Aurorix®)	2–4	0	0	0	+	+
Autres²						
mirtazapine (Remeron®)	20	0	0	+	±	0
miansérine (Tolvon®)	17	0	0	+	0	+
maprotiline (Ludiomil®)	44	0	+	+	+	+

P₄₅₀ = Action sur l'enzyme hépatique (cytochrome P₄₅₀)

♥ = cardiotoxicité

Sed = sédation

AC = effets anticholinergiques

Dos = dosage (monitoring thérapeutique) disponible

¹ nécessité de vigilance en raison d'une possible toxicité hépatique

² Le millepertuis a démontré dans certaines études une activité antidépressive similaire aux autres médicaments, mais son mode d'action, sa toxicité et les effets secondaires à long terme sont encore mal connus.

Le suivi du patient doit être régulier!

Il est essentiel d'expliquer au patient sa maladie et l'importance du traitement, ainsi que les effets indésirables qui peuvent se présenter, surtout à son début. Il est donc indispensable de revoir le patient dans la semaine qui suit le début du traitement. Cette intervention va améliorer son observance thérapeutique.

La tendance actuelle est d'utiliser en première intention pour les dépressions de sévérité moyenne les *inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)*, car ils sont plus faciles à manier et provoquent moins d'effets secondaires que les *antidépresseurs tricycliques (TC)*. Néanmoins, la puissance des TC n'est pas dépassée par d'autres groupes, d'où leur importance pour les degrés sévères ou des indica-

tions spéciales. Leur *cardiotoxicité* doit être prise en compte: *un ECG doit être fait* avant le début du traitement par les TC ou en présence d'un traitement concomitant susceptible de cardiotoxicité. Selon les cas, un bilan hépatique ou thyroïdien (personnes âgées) peut être indiqué. On sera attentif au risque de crise d'épilepsie. Il est formellement proscrit d'associer un ISRS au moclobémide! Les associations médicamenteuses ainsi que la demi-vie des médicaments sont à respecter. *L'arrêt d'un antidépresseur doit être progressif* pour éviter le syndrome d'arrêt (discontinuation syndrome).

Arrêt de travail

Les performances des sujets déprimés sont altérées (baisse de la productivité, troubles de la concentration, erreurs de jugement, déficit de la capacité d'anticipation, conflits, manque de confiance en soi, démotivation etc.). *L'arrêt de travail est justifié*, le pourcentage et la durée sont évalués pour chaque cas; une reprise de travail progressive est souhaitable. Une activité occupationnelle est conseillée.

Contrôle et suivi

En cas de non-réponse après un traitement de 6 semaines, la posologie est adaptée après un *dosage sanguin du médicament*, si possible. Si l'absence de réponse persiste, un avis spécialisé est conseillé. *Un traitement efficace est maintenu pendant 6–9 mois. 50–70% d'épisodes dépressifs seront suivis de récédive!* En cas de récédive, l'avis d'un psychiatre sera demandé.

Attitude de prévention

L'état dépressif doit être systématiquement recherché par le médecin de premier recours. Une bonne anamnèse et un examen clinique permettent dans la majorité des cas de détecter la présence de la dépression. Le patient doit être informé et suivi. Le risque suicidaire nécessite une prise en charge spécialisée en urgence.

Les 3 points les plus importants à retenir

Evoquer un état dépressif devant un (des) symptôme(s) somatique(s) non expliqué(s).

Rechercher activement le risque suicidaire.

Le traitement de la dépression nécessite un suivi régulier.

Références

- 1 Classification Internationale des Maladies. CIM-10/ICD-10. OMS. Paris: Masson; 1992.
- 2 Archinard M. Prime MD. Evaluation primaire des troubles mentaux. Zurich: Pfizer SA; 1995.
- 3 Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psych Scand* 1983;67:361–70.
- 4 Sheikh JA, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): Recent findings and development of a shorter version. In Brink TL, ed. *Clinical gerontology: A guide to assessment and intervention*. New York: Haworth Press; 1986. p. 165–73.
- 5 Frazer A. Antidepressants. *J Clin Psychiatry* 1997;58:9–25.
- 6 Agency for Health Care Policy and Research: Depression in Primary Care. Rockville, Maryland, US. Department of Health and Human Service, 1993.
- 7 Boyer P, et col. Dépression et santé publique. Données et réflexions. Paris: Masson; 1999.
- 8 Keitner GI, Ryan CE, Miller IW, Zlotnick C. Psychosocial factors and the long-term course of major depression. *J Aff Dis* 1997;44:57–67.

Date de la première édition: Mars 1999 par D. Vuille, M. Archinard, H. Stalder

Date de mises à jour: Janvier 2001 par E. Sekera, M. Archinard, H. Stalder et décembre 2002 par E. Sekera, M. Archinard, H. Stalder

Pour tout renseignement, commentaire ou question: Hans.Stalder@hcuge.ch

Cette stratégie est également disponible sur le web: <http://www.hcuge.ch/dmc/fr-strateg.htm>

