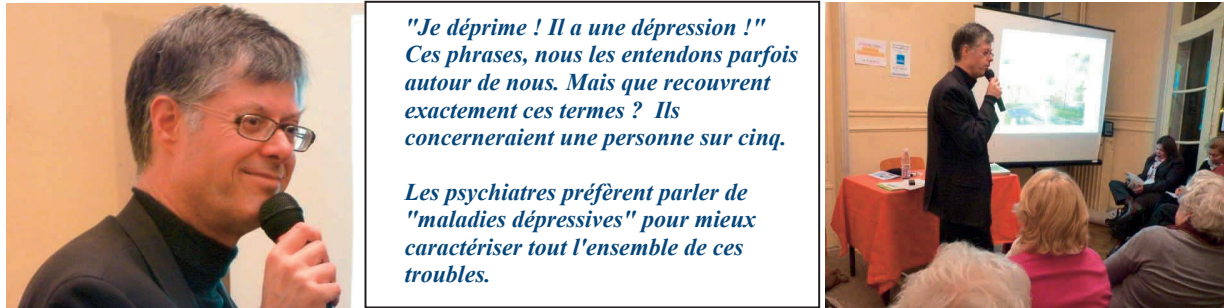


Les maladies dépressives

d'après la Conférence du Dr. Thierry Brenot

Médecin psychiatre au Centre Hospitalier Théophile Roussel à Montesson

le 2 Février 2012 pour l'UNAFAM Yvelines à l'Eau vive à Chatou



1 - L'épisode dépressif majeur (EDM)

La Classification Internationale des Maladies Mentales (CIM 10) définit cet épisode comme le plus caractéristique des troubles dépressifs.

A) Les signes d'alerte

Ils sont multiples, peu spécifiques : tristesse, désintérêt pour les choses habituellement appréciées, fatigue, troubles du sommeil, culpabilité inadaptée, difficultés d'attention et de concentration, idées de mort ou de suicide ... Ils devraient conduire à consulter s'ils persistent plus de 15 jours.

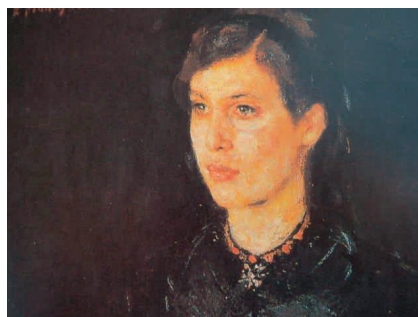
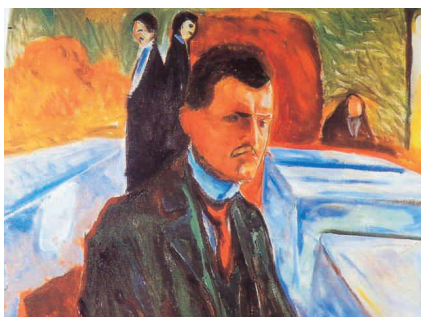
B) Quand la maladie est installée, plusieurs symptômes sont associés :

* des troubles psychiques :

- **la douleur morale.** Elle modifie la perception de la réalité dans un sens uniquement négatif, avec un sentiment de désespoir et une tendance à la rumination, une indifférence apparente liée au repli sur soi. Il y a une perte du goût et du désir de vivre.
- **l'anxiété**, tension psychologique, attente incontrôlable et douloureuse d'un hypothétique danger ou d'une menace imprécise. Cette anxiété peut conduire à des crises d'agitation.
- **les troubles cognitifs :** Le sujet fixé sur sa douleur présente des troubles importants de concentration et de l'attention; cet état peut donner le change avec une détérioration mentale.

* des troubles psychomoteurs :

- **la perte de "l'élan vital"** transforme en épreuve les gestes de la vie quotidienne. La personne est prostrée, dominée par une fatigue et par un ralentissement important.
- **des troubles somatiques multiples :** toute perception corporelle est amplifiée négativement par l'anxiété, aboutissant à des sensations douloureuses diverses, génito-urinaires, digestives, cardiovasculaires, ostéo-articulaires. Les troubles du sommeil, de l'appétit, de la libido, sont fréquents.



Le peintre Edvard Munch (1863-1944) a été marqué toute sa vie par une maladie dépressive; il a été soigné pendant 8 mois dans une clinique psychiatrique. Sans son effort constant pour vivre avec la maladie, ses tableaux ne nous parleraient pas autant. C'est pour cela que nous avons choisi ces portraits de visages aux expressions si attachantes pour illustrer cette présentation des maladies dépressives.

C) L'évolution

Dans certains cas, il pourra s'agir d'un épisode unique.

L'évolution de l'Épisode Dépressif Majeur à court terme, sous traitement, est le plus souvent favorable; la guérison est obtenue dans deux cas sur trois. Des troubles résiduels (anxiété, insomnie) peuvent persister plus ou moins longtemps, justifiant de maintenir une bonne observance des soins.

Il existe malheureusement des formes résistantes aux traitements actuels (1/3 des cas) malgré des soins bien conduits, on parle de **dépressions chroniques**. Elles nécessitent un accompagnement thérapeutique de la personne malade, mais aussi de son entourage, car la vie familiale est durablement bouleversée. Les diagnostics plus précoces et les progrès thérapeutiques rendent cette chronicité moins fréquente.

A plus long terme, une rechute peut survenir dans un cas sur deux environ.

D'autres épisodes peuvent survenir; ils posent la question :

- **est-ce un simple trouble dépressif récurrent** , une rechute dépressive ?
- **est-ce un trouble bipolaire** si ces épisodes dépressifs alternent avec des périodes d'excitation et/ou s'il y a des antécédents familiaux ?

2 - Les autres formes cliniques

Elles sont nombreuses, chaque cas est spécifique. On peut cependant distinguer :

- la dépression mélancolique

C'est une forme sévère dans laquelle *le rapport à la réalité est altéré*. Il existe des idées d'indignité, d'autoaccusation et de culpabilité sans fondement réel. On peut retrouver des idées délirantes de possession et de transformation corporelle (poussissement de l'intérieur du corps), la conviction d'être atteint d'une maladie grave. La douleur morale est intense, le risque suicidaire important.

- les dépressions masquées

Le sujet multiplie ses efforts pour compenser ses troubles. Dans d'autres cas, les plaintes douloureuses corporelles sont au premier plan, les signes de dépression sont à rechercher devant l'inefficacité des traitements somatiques et des examens cliniques.

- la "dépression hostile"

L'exacerbation des traits de personnalité entraîne une composante agressive dirigée contre l'entourage familial, amical, voire professionnel, qui sont mis à rude épreuve.

- la dépression du post-partum

Elle est différente du "baby-blues", plus tardive, très pénible pour la jeune mère qui se croit incapable et indigne de prendre soin de son enfant; elle nécessite un transfert éventuel en unité spécialisée mère-enfant.

- les formes associées à d'autres troubles (on parle de "comorbidité") :

o à une schizophrénie

Certains neuroleptiques peuvent favoriser une réaction dépressive, contemporaine de l'amélioration des troubles psychotiques.

o à la prise de toxiques divers : alcool, cannabis, benzodiazépines (tranquillisants d'abord utilisés comme automédication, mais entraînant peu à peu une dépendance).

o à des troubles neurologiques : maladie de Parkinson ; Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC).

o à des troubles endocriniens : hypothyroïdie en particulier, diabète également.

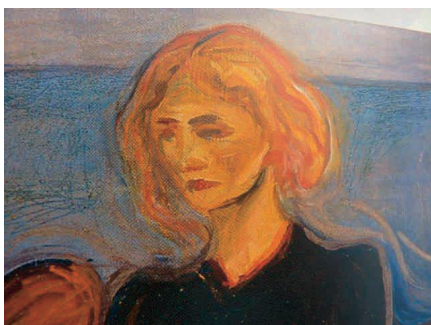
- les dépressions en liaison avec l'âge

o La dépression de l'enfant et de l'adolescent

Elle prend des masques divers : repli, isolement, troubles alimentaires, échecs scolaires... Fréquente chez l'adolescent (3%), elle peut se révéler par des troubles du comportement, du sommeil, une agitation paradoxale. Le diagnostic précoce est important, il permet bien souvent une évolution positive !

o la dépression de la personne âgée

Elle est fréquente et peut être confondue à tort avec un début de démence; elle est souvent associée à des problèmes somatiques qui compliquent le diagnostic.



3 - L'évaluation du risque suicidaire

C'est une question centrale dans le suivi d'une maladie dépressive. Les idées suicidaires sont fréquentes au cours des Episodes Dépressifs Majeurs. Le nombre de tentatives de suicide en France est évalué à 160.000/an, 60% d'entre elles seraient liées à un épisode dépressif. Il existe des signes avant-coureurs qui peuvent alerter la famille et les soignants, sorte de "syndrome pré-suicidaire" :

- idées suicidaires au caractère de plus en plus obsédant
- repli sur soi avec isolement progressif
- inhibition de l'agressivité contemporaine d'un désintérêt progressif de la réalité.

Le passage de la phase des idées de suicide à l'élaboration de scénarios suicidaires avec ébauche de mise en acte doit alerter sans délai et faire prendre des mesures d'urgence.

De même et paradoxalement, une amélioration apparente avec apaisement inattendu et inexplicable, alors que la douleur morale est intense, incite à être très vigilant. Elle peut annoncer la proximité d'un passage à l'acte. Tous ces signes justifient une hospitalisation, si elle n'a pas déjà été effectuée.

4 - Les causes des maladies dépressives

On distingue des facteurs génétiques, biologiques, psychologiques, environnementaux.

- Facteurs génétiques

Il existe des prédispositions potentielles; en cas d'atteinte d'un proche familial le risque est accru, certaines zones du génome seraient impliquées.

- Facteurs biologiques

Il existerait une "dysrégulation émotionnelle"; elle ferait intervenir des facteurs de stress intenses ou répétés, dont l'incidence ne serait pas la même pour chacun d'entre nous.

On parle d'une **vulnérabilité** qui aboutirait à une perturbation dans certaines zones cérébrales (système limbique). Certains neuromédiateurs (substances chimiques qui transmettent l'influx nerveux) comme la sérotonine, la noradrénaline et la dopamine seraient particulièrement impliqués.

- Facteurs psychologiques

Ils peuvent intervenir, notamment lors des premières expériences infantiles de sentiment de perte, séparation, solitude, culpabilité, honte, plus ou moins enfouies dans le passé. Des chocs affectifs actuels comme des deuils ou des ruptures peuvent être impliqués et venir raviver des plaies anciennes.

- Facteurs environnementaux

L'environnement social et familial est à prendre en compte: soucis professionnels, licenciement ... Mais paradoxalement un événement heureux comme une naissance, une promotion, une mutation obtenue.... peut aussi provoquer une situation de rupture.

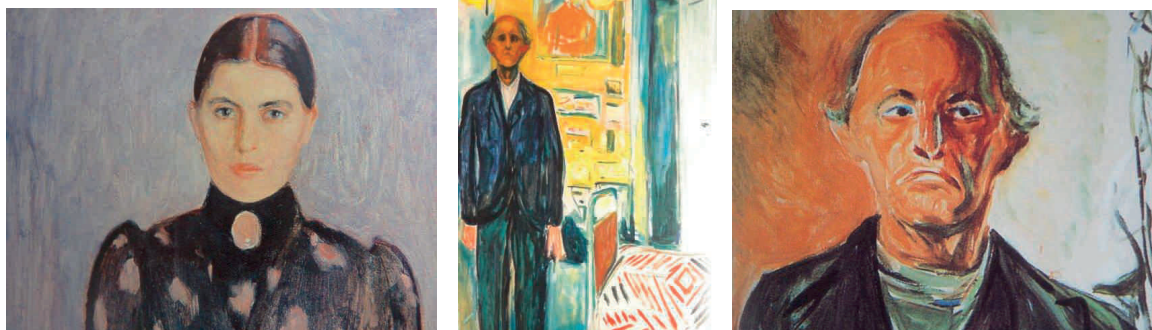
Qu'est ce qui se cache dans l'histoire de chacun d'entre nous derrière la façade du bonheur ???

5 – La place de la famille

Lorsque la dépression s'installe progressivement, de manière insidieuse, l'entourage familial est d'abord décontenancé. Perplexe, inquiète, irritée, comment la famille peut-elle comprendre ces changements ? Comment les expliquer ? Qu'est-ce ?

- un laisser-aller, un manque de volonté nécessitant une stimulation vertueuse mais inefficace ?
- un conflit au sein de la famille ou avec le voisinage ?
- la conséquence de difficultés au travail ?
- un problème dans la relation de couple ? Le conjoint, qui ressent de l'indifférence ou du rejet, doit-il se sentir coupable ?

Les proches familiaux peuvent avoir des avis divergents sur le sens des troubles et sur l'attitude à adopter. Aussi est-il souhaitable, au bout d'un certain temps ou après une période plus aigue de dépression, de recourir à un avis médical. Grâce à son regard extérieur, le thérapeute peut aider à relativiser les hypothèses des uns et des autres, à mieux identifier la maladie et à prescrire un traitement adéquat.



Plusieurs dimensions sont à prendre en compte pour l'entourage d'une personne souffrant de dépression :

- Accepter l'idée que la dépression est une maladie et apprendre à en détecter les signes

- Aider à l'organisation des soins et au suivi du traitement
- Soutenir "à bonne distance", éviter l'hyper assistance
- Pouvoir évoquer les idées douloureuses et d'éventuelles idées de suicide
- Se préserver au mieux pour conserver des capacités d'aide et de soutien.

Comme pour toute maladie, la question centrale, outre la gravité immédiate, sera celle de la durée possible des troubles. S'agit-il d'un épisode dépressif sans lendemain ? De l'entrée dans un processus de **dépressions récurrentes**, décourageant pour la personne malade et épuisant pour l'entourage. Le soutien du praticien est essentiel ; il doit aider cet entourage à ne pas développer par excès des **"stratégies d'anticipation"** qui prendraient en compte les éléments annonciateurs de gravité observés au cours des épisodes antérieurs. Ces signes sont généralement les mêmes d'un épisode à l'autre chez la même personne et ont donc une valeur prédictive. Mais, le risque est de vivre en permanence dans la crainte d'une rechute ! Des entretiens réguliers avec le sujet et ses proches permettent de les informer sur la maladie, de recueillir leurs observations, de les amener progressivement à une meilleure compréhension des troubles.

Dans les cas de dépression résistante, l'entourage peut être en proie au découragement et à l'épuisement. La personne malade désinvestit peu à peu ses proches; son comportement n'a rien de gratifiant, elle semble peu sensible aux attentions qui lui sont prodiguées. Le maintien de liens réguliers avec l'équipe soignante est indispensable. Le recours aux associations d'entraide (ARGOS, UNAFAM, France Dépression ...) et aux aides à domicile est déterminant.

6 – Le traitement

Il associe toujours une psychothérapie, et le plus souvent des médicaments.

A) Le traitement médicamenteux

* Les antidépresseurs

Il en existe différents types, selon leur impact biochimique préférentiel : la noradrénaline, la sérotonine, ou les deux prescrits simultanément. Le plus souvent, une amélioration des symptômes commence vers le quinzième jour et se poursuit pendant six à douze semaines. Une phase de consolidation est conseillée pendant quatre à six mois et l'arrêt du traitement se fait de manière progressive.

Le premier symptôme à disparaître est l'inhibition, alors que la douleur morale persiste. **C'est donc une période où le risque suicidaire est important** et nécessite une vigilance particulière ! Ce risque justifie une éventuelle hospitalisation pour la mise en place du traitement au cours d'un Episode Dépressif Majeur.

Ces médicaments ont un certain nombre **d'effets secondaires**, dont le sujet et sa famille doivent être informés; ces effets sont souvent plus importants en début de traitement.

Dans les dépressions récurrentes, un traitement antidépresseur prolongé de manière continue peut être envisagé.

* Les régulateurs de l'humeur

Ils sont utilisés quand on a la notion d'épisodes maniaques ou hypomaniaques dans les antécédents personnels et familiaux. Ils peuvent être associés à certains antidépresseurs.

* Des médicaments antipsychotiques récents

Certains (*Quétiapine, Aripiprazole*) semblent donner des résultats intéressants dans le cas des troubles bipolaires à prédominance dépressive (deux patients sur trois !). Le diagnostic de ces troubles est difficile à porter quand les épisodes maniaques ou hypomaniaques semblent faire défaut.

B) Les techniques de stimulation cérébrale

Elles sont envisagées devant des épisodes dépressifs majeurs résistant aux antidépresseurs avec un risque suicidaire important :

- la stimulation magnétique transcrânienne
- la sismothérapie est indiquée quand le pronostic vital est engagé ou lorsque les médicaments sont inefficaces ou mal supportés. Pratiquée en milieu hospitalier, sous anesthésie (ce qui n'était pas le cas autrefois pour les "électrochocs"), elle est la méthode la plus efficace dans les dépressions réfractaires.

C) La psychothérapie

Pendant la période aiguë de la maladie, la dimension empathique bienveillante est prioritaire. Elle permet de mettre en mots les divers aspects de "l'expérience dépressive" qui modifie la perception du passé et du présent, empêche toute projection vers l'avenir.

Par la suite, la psychothérapie aide à amener peu à peu le sujet à réfléchir de façon plus approfondie à son histoire personnelle et à son mode d'existence, ... à condition qu'il soit prêt à le faire.

Un épisode dépressif durable peut retentir sur la dynamique du couple comme de la famille, les enfants par exemple. Il peut justifier des entretiens familiaux au cours desquels chaque génération précisera et sa place et ses attentes.



Dr Jean Laviolle