

Dépression

Qu'est-ce que c'est ?

La dépression est un état de privation d'énergie s'accompagnant d'un fléchissement du tonus neuropsychique et d'un ralentissement psychomoteur.

Qu'est-ce que je ressens ?

Le tableau dépressif est dominé par la présence d'une tristesse de l'humeur et d'un ralentissement .

Cette tristesse de l'humeur et ce ralentissement sont retrouvés dans le discours et nécessitent un examen psychiatrique où la personne est invitée à exprimer ce qu'elle ressent.

L'épisode dépressif peut débuter par une irritabilité traduite par une intolérance inhabituelle aux bruits et à la présence des proches. Le malade dépressif s'isole, son visage se fige et devient moins expressif. Il est ralenti, prostré et s'occupe de moins en moins de son apparence jusqu'à même négliger son hygiène. Il possède de moins en moins d'initiatives ; il parle, d'un ton monocorde et lent, de moins en moins souvent. Une perte d'intérêt pour ses activités habituelles marque souvent l'installation d'une dépression. Les difficultés scolaires ou professionnelles peuvent attirer l'attention de l'entourage.

Mais c'est surtout la tristesse de l'humeur qui est caractéristique : quasi continue, elle teinte le discours pessimiste du malade, sans qu'il soit sensible à l'humour ou à un environnement plus optimiste.

Dans les dépressions graves d'intensité mélancolique (nécessitant un traitement rapide à l'hôpital), l'attention du médecin est attirée par un discours mêlant des thèmes de culpabilité, d'incurabilité et de dévalorisation de soi chez le patient.

Le ralentissement psychique se traduit par une indécision, des troubles de la mémoire (ponctuels et régressifs) et des troubles de la concentration avec une élocution perturbée et une difficulté à trouver ses mots.

Les idées suicidaires sont parfois (mais pas toujours) présentes et représente un risque important de geste suicidaire.

Des troubles corporels, souvent exprimés au premier plan par le malade, peuvent concerner : le sommeil, avec une tendance à se réfugier dans le sommeil mais avec des réveils précoces ; l'alimentation, avec refus de nourriture et amaigrissement ; une baisse de la libido avec frigidity ou impuissance ; des troubles variés avec constipation, hypotension orthostatique, frilosité et transpiration abondante.

L'anxiété est le plus souvent intériorisée mais, chez certains patients, elle peut s'exprimer sous la forme d'une agitation anxieuse ponctuée d'attaques de panique.

Chez le sujet âgé, les épisodes dépressifs peuvent prendre une forme associant **amnésie** et **agitation anxieuse**, sans qu'il n'y ait une évolution vers une démence.

Quels examens faire?

Il n'existe pas d'examens spécifiques à réaliser excepté un bilan à la recherche d'une cause particulière .

Si le langage courant et les discussions quotidiennes contiennent régulièrement le mot « déprime » ou « dépression », c'est, en revanche, le médecin qui peut porter le diagnostic d'épisode dépressif et le psychiatre qui est le mieux placé pour choisir la conduite à tenir.

Les épisodes dépressifs sont très fréquents et peu d'entre eux sont des dépressions secondaires. Il peut être cependant nécessaire d'éliminer ces causes de dépression, surtout par l'interrogatoire et rarement par la réalisation d'examens complémentaires.

La biologie est peu contributive mais un bilan avec ionogramme sanguin, numération formule sanguine, calcémie, bilan rénal, hépatique (en tant que bilan pré-thérapeutique) est, en général, suffisant.

Un bilan à la recherche d'une pathologie cérébrale peut également se révéler judicieux (scanner cérébral par exemple).

Quels traitements ?

Le traitement doit être prescrit et encadré par un spécialiste . Une observance de bonne qualité est essentielle à la guérison

Un épisode dépressif impose le repos, le plus souvent dans le cadre d'un arrêt de travail.

Dans les dépressions légères, un traitement ambulatoire avec des consultations rapprochées chez le psychiatre (au moins bimensuelles) peut suffire.

Dans les dépressions plus sévères, il faut envisager une hospitalisation en psychiatrie, avec le consentement ou non de la personne qui présente ces troubles (hospitalisation sous contrainte en HDT : hospitalisation à la demande d'un tiers).

Le but de cette hospitalisation est de la protéger d'un éventuel passage à l'acte dans son environnement habituel mais aussi d'éviter que son entourage ne s'épuise en essayant vainement l'aider à se remettre sur pied.

Bien entendu, un inventaire précis doit être réalisé lors de l'admission à l'hôpital. L'équipe soignante doit veiller à ce que le malade s'alimente de manière régulière et équilibrée, le stimuler à soigner son hygiène et se tenir prête à ouvrir le dialogue avec lui dès qu'il y est décidé ou le sollicite.

Le traitement de l'épisode dépressif repose sur une psychothérapie de soutien (réalisée à l'hôpital puis en ambulatoire, en centre ou en cabinet), associée à une combinaison de médicaments réévaluée périodiquement.

Le traitement antidépresseur n'est pas forcément nécessaire dans les dépressions psychogènes légères ayant leur origine dans un événement déclenchant. Il est donc utilisé dans les formes de dépressions moyennes ou graves. Son efficacité s'installe sur deux semaines environ et peut être représentée par plusieurs classes médicamenteuses.

Les antidépresseurs sérotoninergiques (mais aussi certaines autres classes « mixtes » récentes) permettent un traitement ambulatoire par comprimés et une bonne efficacité antidépressive, sauf dans les formes les plus graves.

Les antidépresseurs tricycliques possèdent une excellente efficacité antidépressive, y compris dans les formes graves, mais de nombreux effets secondaires (notamment cardiaques) et une sédation plus ou moins forte selon le produit. L'inconvénient principal est surtout l'initiation progressive du traitement, administré dans les premiers temps par perfusion. La venlafaxine a un effet comparable aux antidépresseurs.

L'utilisation des anxiolytiques est fréquente car les antidépresseurs réduisent l'inhibition du geste suicidaire et on doit considérer que le risque suicidaire est majoré pendant les trois premières semaines de traitement, le temps que les idées dépressives s'améliorent. On utilise le plus souvent des benzodiazépines ou des neuroleptiques pour obtenir une sédation, qui vise à protéger d'un geste suicidaire.

Les somnifères présentent également un intérêt au cours de la phase aiguë de la dépression. Les benzodiazépines à action courte sont déconseillées car le risque de dépendance est fort et on utilise plutôt des neuroleptiques sédatifs à doses modérées ou des anti-histaminiques qui sont mieux tolérés.

Dans les dépressions les plus graves, avec dénutrition, ou lorsque la personne est tellement ralenti ou angoissé qu'il n'arrive plus à parler ou lorsque les médicaments sont inefficaces, ou s'il s'agit d'une mélancolie délirante, le traitement à instaurer est une électro-convulsivothérapie (ECT). Les indications sont donc rares. Anciennement appelés électro-chocs, la technique a été modernisée pour qu'elle soit réalisée dans un service de réanimation avec un médecin anesthésiste (qui réalise un bilan d'anesthésie complet), sans risque et sans douleur pour le patient, en réalisant une courte anesthésie générale et en empêchant des mouvements désordonnés par l'utilisation de curares.

Une cure d'ECT dure quelques semaines à un rythme de 1 à 3 ECT hebdomadaires. On observe une perte de mémoire transitoire et réversible sur les quelques heures ayant précédé le geste et la mauvaise tolérance des épisodes est dépistée par l'apparition d'un syndrome confusionnel. L'efficacité des ECT est remarquable sur les formes graves de dépression, et permet de surmonter l'épisode rapidement (régression rapide du délire et du syndrome dépressif).

Quelle évolution ?

Les épisodes dépressifs se caractérisent par des évolutions très variables.

Selon la prise en charge (hospitalière, médicamenteuse, électro-convulsivothérapie), les épisodes dépressifs peuvent évoluer de manières très diverses : la guérison totale sans séquelles, la rechute, le virage de l'humeur avec développement d'un épisode maniaque, le développement d'un trouble bipolaire, l'évolution vers une invalidité ; mais la complication la plus grave, qui justifie un traitement prudent mais énergique, est le

décès par suicide. Il est particulièrement redouté en cas d'évolution défavorable de l'épisode dépressif : dans la forme mélancolique pouvant encore s'aggraver en dépression délirante.

La forme mélancolique se manifeste par l'expression d'une culpabilité, d'une autodépréciation, et d'une incurabilité.

La mélancolie délirante associe des propos très pessimistes à des thèmes de transformation corporelle. De manière extrême, ceci peut s'exprimer par un discours d'immortalité. Cette forme implique une prise en charge énergique par une électroconvulsivothérapie en hôpital spécialisé.

Si le malade est déjà suivi par un psychiatre, il est préférable de s'adresser à lui le plus rapidement possible dans le cadre d'une consultation avec la personne concernée afin de prendre les mesures adaptées pour un retour au domicile dans de bonnes conditions ou une hospitalisation. Comme c'est lui qui le connaît le mieux lui et son environnement, il possède le recul nécessaire pour décider de la conduite à tenir.

Si c'est le généraliste qui constate l'épisode dépressif du patient, il est indispensable qu'un avis psychiatrique soit demandé, afin d'évaluer le risque suicidaire et de mettre en place un traitement médicamenteux adapté en réévaluant et, si besoin, en modifiant le traitement déjà prescrit par le généraliste. En effet il peut être parfois nécessaire d'arrêter un traitement antidépresseur initialement bien toléré afin d'éviter des complications (virage maniaque, recrudescence anxieuse, geste suicidaire impulsif, inefficacité).

Comment vivre avec ?

Le fait de vivre un épisode dépressif isolé peut arriver à n'importe qui.

Le plus souvent la régression des symptômes après quelques semaines permet de revenir à une vie normale.

Pour ceux qui souffrent d'épisodes dépressifs récurrents, la prise d'un thymorégulateur peut avoir une efficacité permettant la poursuite de l'activité professionnelle.

Cependant, les résultats sont meilleurs lorsqu'à ce médicament s'ajoute un effort en vue d'améliorer l'hygiène de vie.

Le suivi psychiatrique peut se poursuivre de manière plus espacée entre les accès mais il ne doit pas s'interrompre, car c'est entre les épisodes, lorsque toutes les facultés ont été retrouvées, que le travail est le plus efficace en psychothérapie.

Ce travail de fond permet d'atténuer la violence du déclenchement des épisodes futurs et autorise une guérison durable des épisodes par un travail sur l'organisation de sa personnalité et le développement de mécanismes de défense.

Pourquoi moi ?

Les causes sont multiples et parfois secondaires à un autre problème de santé .

On distingue deux grandes catégories de dépressions, définies par leur contexte psychique.

La dépression psychogène (moins grave), qui peut toucher tous les individus à la suite d'un traumatisme psychologique, sans facteur déclenchant. Il s'agit alors d'une réaction brève (quelques jours, semaines) mais proportionnée au ressenti du patient. Elle réagit moins au traitement médicamenteux et son traitement passe avant tout par une psychothérapie.

La dépression endogène (plus grave) survient sans facteur déclenchant, souvent de manière récurrente et saisonnière, chez les sujets souffrant de troubles bipolaires. Les épisodes sont plus prolongés (quelques semaines ou mois) et paraissent souvent difficilement explicables par des circonstances extérieures. Son évolution est, le plus souvent, favorable sous traitement médicamenteux en association à une psychothérapie.

Cependant, il existe des dépressions secondaires à un autre problème de santé : une pathologie ou la prise d'un médicament.

- Elles peuvent émailler l'évolution de pathologies psychiatriques mal stabilisées (ce sont alors des décompensations dépressives) : schizophrénie, troubles anxieux, paniques, phobiques, névrotiques...

Le syndrome dépressif peut également être consécutif à une pathologie et/ou la prise d'un produit dépressogène:

-Des pathologies endocriniennes : hypothyroïdie, maladie d'Addison, de Cushing, de Basedow, un amaigrissement.

-Des pathologies neurologiques : maladie de Parkinson, sclérose en plaques et, surtout, démences.

-Des maladies associées à des inflammations prolongées : cancers digestifs ou cérébraux, tuberculose, maladies systémiques.

-Des carences vitaminiques (PP, folates, B12 : maladie de Biermer).

- Des consommations de substances diverses, toxiques : alcool, drogues (cocaïne, amphétamines notamment), ou

- Des consommations de médicaments : neuroleptiques au long cours, interféron (antiviral), bêta-bloquants, intoxication au monoxyde de carbone, corticoïdes, anti-tuberculeux (izoniazide), un immunosuppresseur (ciclosporine) un antihypertenseur.

Comment m'en protéger ?

Pour les patients souffrant d'un trouble bipolaire avec survenue de plusieurs épisodes dépressifs sévères ou plusieurs épisodes maniaques, on préconise la poursuite d'un traitement thymorégulateur pendant une période prolongée. Les thymorégulateurs sont des médicaments permettant de diminuer la fréquence des épisodes ainsi que leur intensité.

Pour ceux qui présentent un épisode dépressif isolé, c'est le médecin traitant qui est amené à dépister les situations pathologiques et à avoir un rôle de dépistage. Ensuite, c'est au psychiatre d'évaluer le risque suicidaire et de mettre en place le traitement approprié.

La poursuite d'un antidépresseur au long cours est moins efficace et présente plus de risques (virage de l'humeur, recrudescence anxieuse, risque de passage à l'acte impulsif) que de bénéfices thérapeutiques.

Quelle spécialité concernée ?

Psychiatrie

Différents intervenants sont présents dans le domaine de la santé mentale. Ils se distinguent les uns des autres sur plusieurs points, notamment par leur formation et leurs moyens d'intervention.

Le premier point qui permet de distinguer les différents spécialistes du domaine est le cadre juridique qui protège et contrôle le titre et l'exercice de leur profession. Seuls les titres de psychiatres et de psychologues possèdent une réglementation officielle.

Le psychiatre est avant tout un médecin spécialisé en psychiatrie. Il est formé au diagnostic et au traitement des troubles mentaux graves nécessitant, la plupart du temps, une prescription médicamenteuse. En tant que médecin, lui seul est habilité à prescrire des médicaments. Les consultations qu'il pratique sont prises en charge par la Sécurité sociale.

La gérontopsychiatrie (psychiatrie des personnes âgées) et la pédopsychiatrie (psychiatrie des enfants) sont des spécialités qui font partie de la psychiatrie.

Bibliographie

- Tellenbach H, La mélancolie, PUF, 1979.
- Freud S, Deuil et mélancolie, Payot.
- Lane Christopher, Comment la psychiatrie et l'industrie pharmaceutique ont médicalisé nos émotions, Flammarion 2009.