

Dépression : faits et controverses

Mots clés :

Dépression
Épidémiologie
Trouble dépressif
Trouble dépressif
majeur
[Depression;
Epidemiology;
Depressive
Disorder; De-
pressive Disorder,
Major]

Si la dépression est le plus commun (le plus connu ?) des troubles mentaux, le mot même, (sur)abondamment utilisé dans nos sociétés, fait débat. Il est évoqué autant à propos de situations d'anxiété profonde que de souffrance morale intense, aussi bien pour des états qui se prolongent que pour des réactions passagères à des difficultés de la vie. De cet usage extensif « moderne » du mot, certains pensent qu'il ne s'agit que d'une unité factice née de la production de médicaments « antidépresseurs ». Pour la plupart, les paramètres cliniques, à condition de les définir avec précision, gardent toute leur valeur. L'évolution du concept de dépression, sous l'influence quasi hégémonique du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders* américain (*DSM-IV*, prochainement dans sa 5^{ème} version) est loin de répondre aux questions de fond.

Symptômes et « épisodes » dépressifs

Le *DSM-IV*, repris constamment dans les recommandations internationales^{1,2}, définit la dépression à partir de l'analyse descriptive de 9 symptômes: humeur dépressive (tristesse), perte d'intérêt, perte d'énergie, troubles de l'appétit, du sommeil, de l'activité, sentiment de culpabilité inappropriée ou d'infériorité (que la *Classification internationale des maladies, CIM-10* de l'OMS, différencie), idées noires (pensées de mort). Le *DSM* définit l'épisode dépressif (ED) en le qualifiant de *major*, c'est à dire *caractérisé* (sans la connotation de sévérité du *majeur* français) par un nombre minimal de symptômes (5, dont au moins l'un des 2 1^{ers}), et une perturbation des activités (critères de *sévérité*) presque tous les jours durant au moins 2 semaines (critère de *durée*). Selon la *CIM*, il y a ED si 4 symptômes sont présents, dont au moins 2 des 3 1^{ers}. Les 2 définitions ne sont donc pas exactement interchangeables. L'ED est *secondaire* s'il est associé ou conséquence d'un sevrage ou d'une intoxication médicamenteuse, ou à différentes atteintes somatiques ou psychiatriques, *primaire* en dehors de ces cas. Sa sévérité dépend du nombre de symptômes et de l'intensité de l'altération des activités professionnelles, sociales ou relationnelles, parfois difficile à évaluer. Cette approche qui se veut purement descriptive et athéorique n'est ni évidente ni indiscutable pour clarifier les ambiguïtés cliniques entre ED, dysthymie (mêmes symptômes, mais de moindre gravité et/ou durée) et dépressions chroniques ou récurrentes... Elle élude surtout une vraie question de fond : s'agit-il d'un syndrome, pas nécessairement pathologique, au cours de certaines maladies ou circonstances (*capacité à souffrir*), ou d'une maladie en soi (éventuellement cible thérapeutique et enjeu de *prévention*) ? Ces points de vue font aujourd'hui plus que jamais débat³.

Que conclure pour notre pratique ?

Les descriptions « athéoriques » du *DSM* ne font pas ou plus l'unanimité.

La dépression, dans les enquêtes réalisées depuis 2000, n'apparaît pas en population générale comme une maladie aux contours bien précis (elle est généralement associée à d'autres troubles psychiques) et définit encore moins un groupe homogène de malades (les situations individuelles observées sont multiples).

Cela ne remet pas en cause la nécessité du dépistage et de la prise en charge des personnes souffrant de dépression, mais devrait nous inciter à éviter les diagnostics réducteurs et la prescription hâtive d'antidépresseurs.

Après l'ED...

Les symptômes peuvent persister (*rémission partielle*) ou disparaître (*rémission complète*) sous traitement. Différentes échelles (Hamilton, HAD, BDI, MADRS, etc.) ont été validées pour quantifier la *réponse* thérapeutique, ce qui a le mérite de la simplicité... et la faiblesse des mesures quantitatives (que mesure t'on au juste ?). Il n'existe pas de marqueurs spécifiques de *guérison* (en pratique : pas de symptômes pendant plus de 8 semaines). La *rechute* (réapparition des symptômes) indiquerait la nécessité de modifier le traitement en cours, la *récidive* est la survenue d'un nouvel ED après « guérison ». La dépression est *chronique* si les symptômes durent au moins 1 à 2 ans, et *résistante*, avec un certain flou, si elle ne répond pas à un traitement antidépresseur bien conduit. Les seuls symptômes (axe 1 du *DSM*) ne suffisent pas à décrire l'évolution, qui intéresse aussi le fonctionnement de la personnalité (axe 2), les pathologies organiques éventuellement associées (axe 3) et le fonctionnement social et la qualité de vie (axes 4 et 5). Ce corpus de définitions est, on le voit, très marqué par la réponse au traitement.

Une étude épidémiologique (statistique) difficile

Malgré leur référence au *DSM*, toutes les enquêtes reposent sur des éléments subjectifs : transcription des symptômes pour un questionnaire déclaratif, simplification des définitions, biais (de mémorisation, déclaration, compréhension), modes d'enquête ou échantillons variés... Elles montrent plus une « population à risque » déclarant un mal-être, qu'une pathologie cliniquement avérée³. Reconnaître la pluralité de ces situations cliniques incite surtout à s'inquiéter d'un traitement trop « mécaniste » de la dépression.

Références

- 1- ANAES. *Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire*. Mai 2002.
- 2- Institute for clinical systems improvement. *Major Depression in Adults in Primary Care*. Fourteenth Edition. May 2011.
- 3- Morin T. *Mesurer statistiquement la dépression : enjeux et limites*. Document de travail DREES. 2010:9.