

La dépression : un manque de prise en charge

La prévalence de la dépression augmente alors que la proportion de patients pris en charge diminue.

**DR MARIELLE AMMOUCHE*,
SAINT-CLOUD, 92**

1. Avec 350 millions de personnes concernées, la dépression arrive en tête des causes de morbidité et d'incapacité dans le monde. Son incidence est en augmentation.

2. En France, la prévalence de l'épisode dépressif caractérisé au cours des douze derniers mois s'élève à 7,5 % parmi les 15-85 ans, selon le Baromètre santé 2010. Cette prévalence est environ deux fois plus importante chez les femmes que chez les hommes.

3. La HAS estime que de nombreux cas de dépression ne sont ni repérés ni traités : environ 40 % des personnes souffrant de dépression ne recourent pas aux soins en France, ce qui a des effets délétères sur leur vie quotidienne et aggrave le risque de suicide. À l'inverse, certaines dépressions passagères ou certains troubles psychiques graves sont parfois pris pour des dépressions et traités de façon inadéquate.

4. Il existe neuf symptômes caractéristiques. Pour que le diagnostic de dépression soit posé, le patient doit en présenter au moins cinq, presque tous les jours depuis au moins deux semaines, dont obligatoirement l'un des deux premiers de la liste : une tristesse quasi permanente, avec parfois des pleurs (humeur dépressive) ; une perte d'intérêt et du plaisir à l'égard des activités quotidiennes, même celles habituellement plaisantes (anhédonie).

5. Les autres items sont : un sentiment de dévalorisation et de culpabilité excessif ou inapproprié ; des idées de mort ou de suicide récurrentes, le sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue ;



un ralentissement psychomoteur ; une fatigue, souvent dès le matin ; une perte d'appétit ; des troubles du sommeil, avec en particulier des insomnies matinales ; des difficultés attentionnelles, de concentration et de mémorisation.

6. Pour les patients qui présentent entre cinq et sept symptômes, la dépression est considérée comme légère à modérée. Au-delà de huit, elle est dite sévère. Des échelles d'auto- ou d'hétéro-évaluation permettent de préciser la sévérité de ces symptômes, comme l'échelle de dépression de Hamilton (Hdrs) ou encore l'échelle de dépression de Montgomery et Åsberg (Madsr).

7. Le risque majeur des épisodes dépressifs est le risque suicidaire, qu'il convient d'évaluer systématiquement. Un avis spécialisé, voire une hospitalisation, parfois même à la demande d'un tiers, peuvent s'avérer nécessaires.

8. Tout patient considéré comme déprimé doit bénéficier d'un examen clinique rigoureux. Celui-ci comprend en particulier le dépistage d'une dysthyroïdie

(examen clinique et biologique avec dosage de la TSH-us) et d'une maladie neurodégénérative. Une altération de l'état général, bien que faisant partie du syndrome dépressif, doit faire considérer la dépression comme un diagnostic d'élimination.

9. La prise en charge repose en premier lieu sur un soutien psychologique qui peut être conduit par le médecin traitant, un psychologue ou un psychiatre pour les cas complexes et/ou sévères. Les antidépresseurs ne sont pas indiqués en cas de dépression légère, ils peuvent être envisagés pour les dépressions modérées et doivent en revanche être proposés d'emblée pour les dépressions sévères.

10. En l'absence de différence d'efficacité démontrée entre les différents types d'antidépresseurs, le choix se fait selon la tolérance et les préférences du patient.

La HAS recommande en première intention, en raison de leur meilleure tolérance : les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (Isrs), les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (Irsn), trois « autres antidépresseurs » (de mécanisme pharmacologique différent) : miansérine, mirtazapine et vortioxétine. En deuxième intention, en raison de leur risque de toxicité cardiovasculaire, les antidépresseurs imipraminiques (tricycliques). En troisième intention, l'agomélatine, en raison de sa toxicité hépatique, et le tianeptine, qui comporte un risque d'abus et de dépendance.

La HAS recommande des consultations régulières toutes les quatre à huit semaines pour évaluer la tolérance et l'efficacité du traitement.

Le traitement médicamenteux devra être poursuivi entre six et douze mois pour prévenir le risque de rechute. L'arrêt « progressif » doit être accompagné par le médecin.

RÉFÉRENCE

HAS. Episode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours. Octobre 2017.

* Le Dr Marielle Ammouche déclare n'avoir aucun lien d'intérêts concernant les données présentées dans cet article.