

## **LA DÉPRESSION AU XXI<sup>e</sup> SIÈCLE (\*)**

### **I – Approche de la maladie**

*Martine VARACHE-LEMBÈGE* <sup>(1)</sup>

*Dans le cadre d'une exposition à l'Espace Officine Aquitain au sein du laboratoire de Pharmacie galénique du 21 au 25 novembre 2005, un sujet très préoccupant a été traité, « La dépression au XXI<sup>e</sup> siècle : approche de la maladie et son traitement ». Ce trouble mental, deux fois plus fréquent chez les femmes que chez les hommes, touche environ 15 % de la population française : il est caractérisé par un épisode de baisse de l'humeur en rupture avec l'état et le fonctionnement antérieurs du patient. Neufs symptômes caractéristiques sont bien connus et rappelés dans la première partie. Les causes se retrouvent à l'adolescence, au travail, lors de confrontation à de graves maladies ou handicaps, et, bien sûr lors du vieillissement. La majorité des plans ou tentatives de suicide survient au cours d'un épisode dépressif. Les différents médicaments ainsi que leurs mécanismes d'action seront abordés dans une seconde partie.*

---

(\*) *Manuscrit reçu le 11 mai 2006.*

*Laboratoire de Chimie thérapeutique, EA 2962, UFR des Sciences pharmaceutiques, Université Victor-Segalen Bordeaux 2, 146, rue Léo-Saignat, 33076 Bordeaux Cedex.  
martine.varache-lembege@chimthera.u-bordeaux2.fr*

## INTRODUCTION

Rappelons la raison de la création de l'Espace Officine Aquitain (Faculté de Pharmacie, Bât. A, 3<sup>e</sup> étage) : l'EOA se veut être une interface entre la formation universitaire et l'exercice professionnel en officine. Il est ouvert à tous les étudiants en pharmacie (plus particulièrement à ceux de la filière officine), à tous les pharmaciens d'Aquitaine et aux enseignants. Le responsable actuel est notre collègue Michel Guyot. Les objectifs de l'EOA sont :

- de permettre aux étudiants de participer activement à leur propre formation initiale, avec la résolution de problèmes rencontrés lors de l'exercice professionnel (conseil, éducation sanitaire, prévention, toxicomanie, pharmacovigilance...),
- de sensibiliser et d'initier les futurs pharmaciens d'officine à l'utilisation des moyens multimédias adaptés à l'exercice professionnel actuel,
- de favoriser les échanges étudiants/professionnels,
- d'accueillir les pharmaciens d'officine désireux de suivre une formation continue.

Toutes ces activités ont lieu par petits groupes, pour répondre de façon plus approfondie aux demandes des étudiants ou pharmaciens en exercice. Divers moyens sont mis à la disposition des étudiants et des pharmaciens d'officine (Figure 1).



*Fig. 1 : Matériel disponible à l'Espace Officine Aquitain.*

L'EOA dispose d'ordinateurs reliés à Internet, CD Rom de formation professionnelle et d'autoévaluation dans différents domaines (pharmacie clinique, opinion pharmaceutique, gestion, soins à domicile, orthopédie, pharmacie vétérinaire, diététique...), documentation professionnelle actualisée, échantillothèque de spécialités pharmaceutiques, etc.

Le thème de l'exposition était la dépression au 21<sup>e</sup> siècle : approche de la maladie et de son traitement (Figure 2).



Fig. 2 : Affiche de l'exposition.

De la prime adolescence à un âge avancé, la dépression concerne une part importante de la population :

- Pour les adolescents, les principales raisons de cette pathologie peuvent être biologiques, sentimentales, familiales, sociales ou culturelles. Comment se comporte un adolescent déprimé ?
- Pour les classes d'âge suivantes, la dépression provient tout d'abord de la souffrance au travail, de l'annonce de graves maladies (cancers, hépatite C, maladie de Parkinson...) ou de différents handicaps : quel est son impact sur le déroulement de la rééducation et de la réadaptation fonctionnelle ?
- Chez le sujet âgé, personne fragilisée, la perte d'autonomie est un facteur de risque essentiel pour l'apparition d'une dépression. La fréquence de cette pathologie est augmentée chez le sujet âgé institutionnalisé : 47 % en institution contre 15 % pour la population générale.

Le déprimé peut être anxieux, agressif, délirant ou résigné. Le passage de l'anxiété au suicide nécessite une vigilance permanente.

Je me propose maintenant de vous faire revivre la première partie de l'exposition à travers cet article (Figure 3).



*Fig. 3 : Michel Guyot (à gauche) et Martine Varache-Lembège (à droite) à l'Espace Officine Aquitain.*

## QU'EST-CE QUE LA DÉPRESSION ?

C'est une maladie mentale comportant des signes cliniques caractéristiques, où les symptômes sont présents depuis deux semaines au moins, entraînant un handicap personnel et social majeur et marquant une rupture avec le fonctionnement habituel de la personne.

### Signes cliniques

Les signes cliniques correspondent à neuf symptômes [23] :

- Humeur dépressive pratiquement toute la journée : air triste, voix monocorde, larmes parfois. « *Je pleure à la moindre remarque* »
- Perte d'intérêt pour tout, apathie, parfois négligence corporelle ou vestimentaire, perte de tout plaisir. « *Je n'ai plus goût à rien* », « *Ça m'est égal* », « *Je m'en fous* », « *Ça n'a pas d'importance* »
- Amaigrissement ou prise de poids sans cause organique, perte de l'appétit ou boulimie soudaine. « *Je n'ai pas faim, je n'arrive pas à me forcer* »
- Insomnies permanentes ou hypersomnie. « *Je me réveille toutes les nuits vers quatre heures du matin et je n'arrive pas à me rendormir, je pense* »
- Agitation, déambulation incessante ou, au contraire, ralentissement psychomoteur, lenteur de l'idéation, gestes mous, peu de paroles.
- Fatigue permanente, perte d'énergie et d'efficacité. « *Je suis fatiguée dès le matin quand je me lève* », « *Je mets une heure à faire ce que je faisais en dix minutes* »
- Autodévalorisation ou culpabilité parfois délirantes, remords, auto-accusation. « *Je suis nulle, je n'aurais pas dû faire cela* », « *C'est ma faute, j'ai fait le mauvais choix* », « *C'est bien fait pour moi, je n'ai que ce que je mérite* »
- Difficultés à se concentrer, à soutenir son attention, à écouter, à réfléchir, à prendre une décision ; pensées brouillées, trous de mémoires. « *J'ai fait un numéro de téléphone, mais je n'arrive pas à me souvenir qui j'appelle* »
- Pensées de mort récurrentes, désir de mort, idées suicidaires, désespoir. « *Il vaut mieux en finir* », « *Il faut que cela cesse* », « *Il n'y a pas d'issue* »

On considère habituellement que, quelle que soit l'étiologie de la dépression, le syndrome dépressif majeur [4] associe toujours au moins cinq des symptômes décrits ci-dessus (dont au moins un des deux premiers), ces

symptômes devant être présents depuis au moins quinze jours. La présence d'un seul d'entre eux doit éveiller la vigilance. Certaines conduites pathologiques associées doivent également attirer l'attention : alcoolisme, toxicomanie, boulimie, anorexie, phobies, troubles obsessionnels compulsifs. L'on doit surtout prêter attention aux paroles manifestant un sentiment d'incapacité, de dévalorisation. Le Petit Larousse Illustré de 1981 dit de « dépression », en latin *depressio*, c'est-à-dire enfoncement : « *état pathologique de souffrance marqué par un abaissement du sentiment de valeur personnelle, par du pessimisme, et une inappétence face à la vie* ».

### **Formes de dépression**

On distingue différentes formes de dépression en fonction soit d'une cause supposée, soit de symptômes prédominants [13]. Il existe une première distinction de la dépression qui oppose :

- des formes psychogènes ou réactionnelles (liées à des causes extérieures identifiables),
- des formes endogènes de dépression (de nature probablement biologique),
- dans d'autres cas, on peut distinguer les formes de dépression par des signes cliniques qui n'appartiennent pas spécifiquement à la dépression mais sont au premier plan.

#### *Dépression psychogène ou réactionnelle*

Le tableau dépressif constitué fait suite à un événement de vie réel, traumatique, survenu dans les semaines ou les mois précédents (maladie, séparation, deuil, perte d'emploi, promotion professionnelle...).

L'humeur dépressive est variable, améliorée lorsque la gravité de l'événement diminue. Si l'intensité de cette forme de dépression paraît moins importante que celle de la dépression endogène, sa sévérité est considérable en termes de handicap, risque suicidaire.

#### *Dépression endogène*

Habituellement on ne retrouve pas de facteurs déclenchants. Les symptômes classiques de la dépression sont au premier plan : le ralentissement psychomoteur, l'humeur dépressive concernant la vie affective et l'organisation de la pensée, les symptômes neurovégétatifs, la dépression n'apparaissant pas liée aux fluctuations de l'environnement.

Une forme extrême est la mélancolie, dépression très sévère avec idées de culpabilité, d'incurabilité et d'indignité, parfois délirantes. Le risque suicidaire est maximal.

Une évolution spontanée est la rémission après plusieurs mois d'un tableau sévère.

*Dépression à forme anxieuse*

L'anxiété et la dépression sont habituellement considérées comme deux symptômes distincts. Pourtant, de nombreuses dépressions présentent des signes d'anxiété qui s'améliorent avec la guérison. Il faut toujours analyser ces situations afin de repérer les cas où il y a association des deux troubles [10,27] et ceux où la dépression est à forme anxieuse au premier plan. Dans tous les cas, le risque suicidaire est important.

L'anxiété est un état affectif qui se caractérise par un sentiment d'incertitude et de danger indéterminé et imminent, à distinguer de la peur, qui est une crainte liée à un objet ou à une situation stressante.

*Dépression psychogène ou réactionnelle*

Les symptômes somatiques ou comportementaux sont au premier plan, masquant un tableau dépressif pourtant constitué. C'est une situation clinique fréquente qu'il faut savoir rechercher et reconnaître.

Les masques somatiques sont les plus fréquents, ils sont variables d'un individu à l'autre. Il peut s'agir de :

- douleurs d'intensité variable, non améliorées par les antalgiques, (céphalées, douleurs musculaires, lombalgies, dorsalgies...),
- troubles digestifs : anorexie, nausées, vomissement, troubles du transit,
- troubles cardio-vasculaires : palpitations, douleurs thoraciques, dyspnée,
- troubles du sommeil (réveils fréquents, difficultés d'endormissement...),
- asthénie, qui peut être isolée et intense.

Les masques psychiques peuvent être des troubles de conduites alimentaires (anorexie / boulimie), sexuelles (impuissance / frigidité), toxicophiliques (alcool, tabac, médicaments, drogues...) et / ou des symptômes névrotiques qui apparaissent ou s'aggravent (phobies, obsessions et préoccupations de nature hypocondriaque).

*Dépressions chroniques ou résistantes*

La symptomatologie dépressive persiste plus de deux ans malgré un traitement bien conduit. Ces formes sont à l'origine d'une altération grave de l'adaptation sociale et professionnelle et peuvent conduire progressivement à la mise en invalidité.

Ainsi qu'annoncé en introduction, nous allons tout d'abord analyser la dépression de l'adolescence par sa manifestation, ses motifs et son traitement.

## DÉPRESSION ET ADOLESCENCE

### Comment se présente l'adolescent déprimé ?

Par rapport à l'adulte déprimé, l'adolescent présente une expression clinique particulière [6-7] dans :

- la présentation ; l'adolescent est souvent instable. Par moment, sa mimique est trop sérieuse, son air absent, à d'autres moments au contraire, il se montre particulièrement irritable, agité, instable, voire même agressif ou surexcité. Cette sémiologie, dans sa signification dépressive, ne peut être identifiée qu'à partir d'une écoute et d'une observation attentives.
- le comportement, qui s'exprime par :
  - une irritabilité en particulier par son intensité et son illogisme (l'adolescent est constamment agacé),
  - une excitation débordante mais improductive et tenace,
  - le peu d'intérêt pour le contact avec autrui,
  - des attitudes de repli sur soi et d'apragmatisme (l'adolescent est incapable de réaliser une action élémentaire dans un but défini d'avance),
  - des troubles alimentaires (fréquents grignotages suscités par un profond sentiment d'ennui ; refus de s'alimenter ou perte d'appétit ; boulimie),
  - des troubles du sommeil, difficultés répétées d'endormissement, fréquents cauchemars, réveil pénible, insomnie du petit matin.
- le discours, qui est marqué par :
  - la perte de l'intérêt et du plaisir, une inhibition de l'action : « *Depuis quelque temps, je m'en fous, j'ai envie de rien faire* », « *Je me sens mou, incapable de réfléchir, je dors tout le temps, j'ai envie de rien* ».
  - une perturbation de l'estime de soi, un sentiment d'impuissance : « *Je n'y arrive pas, je suis nul* » (à propos des études), « *J'ai fait tomber mon bouchon de stylo, je me suis mis à pleurer parce que je n'arrivais pas à le retrouver* ».
  - la perte de l'espoir : « *Personne ne m'aime, mes parents ne me comprennent pas et même maintenant mes copains* »



des troubles de l'attention, de la concentration, de la mémorisation. Ces troubles entraînent soit un refus du travail scolaire soit une obstination peu efficace sur les devoirs qui se soldent par une incapacité à mémoriser et à apprendre : « *Je ne sais pas, j'oublie tout, je ne comprends rien* »

- le discours des parents et de l'entourage proche : « *Il n'était pas comme cela il y a quelques mois, il a beaucoup changé, il est devenu méchant, c'est très difficile de lui faire plaisir ; il n'est jamais d'accord, il est toujours fatigué, il n'a aucune volonté* »

### **Pourquoi le diagnostic est-il difficile ?**

Le mal-être classique de cette période de la vie, l'ennui et la morosité peuvent être pris pour une dépression [7]. Mais chez la plupart des adolescents, ils sont compatibles avec une énergie apparemment conservée, une variabilité de l'humeur dépendant fortement des circonstances et une absence de retentissement sur l'investissement scolaire, la qualité des relations amicales et l'intérêt pour des loisirs jusque-là source d'agrément. Dans ce cas, il ne s'agit pas d'adolescents déprimés.

En revanche, si ce mal-être, cet ennui, cette morosité sont intégrés dans un cadre clinique tel qu'il a été précisé auparavant, ils doivent alors être considérés comme les manifestations apparentes d'une véritable dépression.

- L'anxiété domine [5].
- Les troubles du comportement sont souvent des signaux d'alerte : la dépression de l'adolescent peut être associée ou masquée par des troubles du comportement à type d'agressivité, de violence physique ou verbale, de fugue, de prise de drogue, de troubles du comportement alimentaire et bien évidemment de tentative de suicide [8]. Tous ces troubles bien apparents sont généralement mis en avant comme le problème majeur mettant en arrière-plan, voire même risquant d'ignorer la dépression qui les accompagne. Ce risque est encore plus important s'il s'agit d'un garçon.
- Les troubles fonctionnels sont des symptômes d'appel : les plaintes somatiques répétées, généralement appelées troubles fonctionnels sans cause organique (qui doivent être systématiquement recherchées), sont aussi un mode d'expression apparent pouvant, en particulier chez les filles, masquer une véritable dépression. Il peut

s'agir de céphalées, de nausées, d'étourdissements, de douleurs dorsales ou abdominales dont les caractéristiques sont d'être repérées et sans support organique. Ces troubles amènent certains adolescents à multiplier les consultations, signe évocateur par ailleurs d'un malaise autre que simplement physique.

### **Raisons de la dépression**

La dépression à l'adolescence n'est jamais liée à une cause unique, elle est toujours multifactorielle [7].

#### *Raisons biologiques*

L'adolescence est la période de la puberté et de ses transformations hormonales. On connaît aujourd'hui la capacité des hormones sexuelles à moduler le fonctionnement des systèmes sérotoninergiques impliqués dans la dépression ainsi que la fréquence des manifestations dépressives à des périodes de la vie féminine marquées par des modifications hormonales (période prémenstruelle et périménopause). Les fluctuations hormonales qui accompagnent le processus pubertaire jouent très probablement un rôle dans la survenue des états dépressifs de l'adolescent.

L'adolescence correspond aussi à une période de croissance, et même si cela n'est encore qu'une hypothèse, il semble, qu'un dysfonctionnement de l'hormone de croissance pourrait être impliqué dans la survenue des manifestations dépressives.

#### *Raisons psychologiques profondes*

L'adolescent peut ne pas s'autonomiser. Au début de l'existence, pour reprendre la formule du psychanalyste Winnicott, « *le nourrisson n'existe pas sans sa mère* ». Il forme avec elle une entité caractérisée par son caractère symbiotique, fusionnel. Peu à peu il va construire sa propre identité par le processus de séparation-individuation. L'adolescence réactive les processus qui ont permis au nourrisson de devenir progressivement un sujet autonome. Cette réactivation confronte l'adolescent à la « perte » de ses premiers objets d'amour. De plus, l'adolescent doit faire un travail de deuil en disant adieu à l'enfance et à l'image idéalisée de ses parents.

L'adolescent peut ne pas s'aimer. Certains adolescents ont une image dévalorisée d'eux-mêmes. Leur narcissisme n'a pas pu s'étayer sur une relation, un regard qui les conforte dans le sentiment de leur propre valeur. L'estime de soi se construit à partir du regard valorisant d'autrui. Certaines dépressions sont de véritables « dépressions d'infériorité ». Il s'agit d'un sentiment d'infériorité qui touche des domaines particuliers. La scolarité, en particulier, est menacée, car les adolescents n'ont pas confiance en eux ni en leurs capacités intellectuelles.

*Raisons sentimentales*

La sexualité vecteur d'épanouissement, de plaisir à travers la rencontre avec l'autre s'inscrit sous le sceau du « manque » par ignorance, méfiance, échec. Cette association sexualité-« manque » est difficile à vivre pour les jeunes gens, qui, par définition, ont déjà des problèmes pour s'accepter et nouer des relations avec l'autre sexe. L'apparition du Sida dans les années 1980 constitue également une source d'angoisse supplémentaire.

*Raisons familiales*

Les conflits à répétition, les divorces, peuvent susciter à l'adolescence des conflits de loyauté, un sentiment d'échec ou d'impuissance, une culpabilité fragilisant le sujet.

Le deuil d'un parent qui disparaît à un moment clef de la constitution identitaire peut amener l'adolescent à se dire que la réalité exauce ses désirs inconscients de meurtre du parent disparu. En effet, grandir est un acte agressif. La génération qui arrive à l'âge adulte pousse celle qui la précède vers la mort. L'adolescent peut vivre l'accès au statut d'adulte avec beaucoup de culpabilité lorsque le désir inconscient et symbolique de meurtre se traduit dans la réalité par la disparition du rival (à la fois déprécié et admiré).

Parfois, dans les familles immigrées vivant des difficultés d'intégration, les jeunes gens se trouvent confrontés à des pères hélas disqualifiés par le pays d'accueil, souvent réduits au chômage et donc dépréciés. Par ailleurs, ils passent pour des traîtres à leur pays d'origine. Entre deux cultures, les enfants (deuxième génération) ont du mal à trouver leurs repères. La nostalgie du pays d'origine reste vive.

Dans ces conditions, les pères apparaissent aux yeux des jeunes comme des victimes consentantes ou des gardiens d'une culture qui ne leur parle pas. Dans l'un ou l'autre cas, ils ne constituent pas pour leurs enfants des modèles identificatoires crédibles. Avoir honte de ses parents constitue une grande souffrance pour un adolescent.

*Raisons amicales*

Winnicott évoque les « bandes » d'adolescents comme un ensemble d'individus « rassemblés-isolés ». Les adolescents éprouvent le besoin viscéral d'être ensemble pour consolider leur identité sur un besoin d'appartenance à un groupe de pairs. Le groupe fonctionne comme un lieu à la fois sécurisant et insécurisant. L'adolescent peut se sentir bien au sein de son groupe, mais il doit renoncer parfois à ce qui constitue son originalité pour se conformer aux normes groupales. Dans les « bandes », la pression à la conformité est très forte ; or l'adolescent a, à la fois, besoin de s'identifier à autrui et de s'en différencier. Cette double exigence dans la quête identitaire peut être, à certains moments, incompatible avec les normes du

groupe. Malheur à celui qui devient bouc émissaire pour permettre au groupe d'assurer son homéostasie, son équilibre interne au détriment de l'un des siens.

Le fait de ne pas être invité à une soirée, ou de faire l'objet de plaisanteries devant le collectif peut provoquer de véritables drames, vécus comme des blessures narcissiques intolérables. Les remarques critiques banales d'une amie pour une jeune fille, concernant son habillement (son « look ») ou encore ses fréquentations masculines peuvent avoir des effets dévastateurs. L'adolescence est à la fois caractérisée par la recherche de l'approbation d'autrui et le besoin de différenciation, il s'agit d'une contradiction qui constitue, pour certains jeunes dont le narcissisme est fragile, une véritable impasse.

#### *Raisons sociales*

La pression scolaire impose à certains jeunes un niveau d'excellence qui les dépasse, les angoisse et finalement les déprime. L'affect dépressif est lié au sentiment de ne pas être à la hauteur de ce que les proches ou substituts attendent d'eux. Au Japon, l'idéologie de l'excellence et de la compétition est telle que ce pays détient le triste record de suicides d'enfants liés au sentiment d'échec scolaire.

De plus, les enseignants, qui constituaient des modèles identificatoires, substituts et prolongements des parents, apparaissent discrédités, disqualifiés. La violence scolaire est autant cause que conséquence de ce discrédit.

En outre la réussite dans les études n'est pas une garantie pour trouver un emploi. Les jeunes gens sont confrontés aux réalités économiques actuelles et à la désespérance du chômage. Les adultes, eux, continuent à valoriser les cursus scolaires de leurs enfants alors que la réalité fait douter ces derniers. Il y a inadéquation entre adultes et jeunes gens à ce niveau : « Mon père est déprimé d'être au chômage, ça me déprime ».

#### *Raisons culturelles*

Les années 60/70 ont été marquées par des données culturelles relativement faciles à appréhender pour les adolescents. Le monde leur proposait des causes et des leaders charismatiques. Les « bons » et les « méchants » étaient clairement identifiés. En effet, l'adolescent fonctionne le plus souvent sur un mode clivé séparant radicalement le bien et le mal. « *C'est super, c'est nul* »

Les besoins d'intransigeance, la soif d'absolu pouvaient être plus facilement étanchés. Les mécanismes psychologiques spécifiques de l'adolescence tels que l'idéalisation, le clivage, la rationalisation, l'intellectualisation trouvaient dans ce type de société de quoi se satisfaire.

Au XX<sup>e</sup> siècle, les sociétés apparaissent beaucoup plus complexes et incertaines. Des modèles identificatoires ou des idéologies mobilisatrices se sont effondrés.

### **Traitement de l'adolescent déprimé**

Il existe cinq axes thérapeutiques de prise en charge des adolescents déprimés [6-7] :

- le traitement médicamenteux en cas de dépression sévère
- l'aide psychologique pour l'adolescent
- le soutien ou le traitement psychologique des parents
- le traitement institutionnel en cas d'hospitalisation
- les attitudes à conseiller à l'égard du milieu scolaire.

Les trois premiers axes sont toujours associés lorsqu'il s'agit d'une véritable dépression de degré sévère.

#### *Traitement médicamenteux*

Lorsqu'il s'agit d'une véritable dépression de degré sévère dans laquelle le corps et l'esprit deviennent figés et envahis par le processus dépressif, le traitement médicamenteux est bien souvent utile. Le choix des antidépresseurs est celui d'une molécule bien tolérée aux doses adaptées au poids et aux faibles interférences médicamenteuses. Tous les antidépresseurs ont la propriété de normaliser l'humeur dépressive et le figement si caractéristique de tout sujet déprimé quel que soit son âge. Mais en cas de dosage excessif, ils ont aussi une capacité à induire une inversion de l'humeur chez des adolescents pour lesquels la dépression comporte un facteur familial endogène probable. L'adolescent risque alors de faire un virage « *maniaque* » ou « *hypomaniaque* », ce qui nécessite une grande vigilance en début de prescription.

#### *Aide psychologique pour l'adolescent*

Aucune dépression à l'adolescence ne peut faire l'impasse sur une aide psychologique auprès de l'adolescent, qui peut ainsi exprimer sa souffrance auprès d'un tiers.

#### *Soutien ou traitement psychologique des parents*

Les parents doivent être écoutés, soutenus et parfois même aidés eux-mêmes par une psychothérapie.

Dans un deuxième temps, nous allons parler de la dépression des adultes et, en premier lieu, de celle liée au travail.

## DÉPRESSION ET TRAVAIL

Le travail est un élément primordial de la construction de l'identité d'un individu [3], puisqu'il détermine son identité sociale, sa place dans la société. Mais lorsque les contraintes organisationnelles sont trop fortes et que le salarié ne parvient pas à s'adapter, il peut y avoir souffrance psychique. Pour les équipes de santé au travail, la difficulté essentielle consiste alors à repérer les symptômes de la dépression et à rechercher des liens éventuels entre la souffrance psychique du salarié et l'organisation du travail. Le rôle infirmier est capital à chaque étape pour prévenir et dépister la maladie dépressive, orienter le salarié vers des professionnels adaptés et l'accompagner lors du retour au travail.

### **Travail et construction de l'identité**

Avant d'étudier certaines conditions de travail qui pourraient influencer la santé mentale, examinons d'abord le travail comme source de santé, comme élément primordial de la construction de l'identité de chaque individu et de l'accomplissement de soi.

Le travail est l'inventivité, la créativité et l'initiative que va devoir développer le salarié pour ajuster la réalité de sa tâche aux prescriptions et aux consignes.

Lorsque l'organisation du travail est souple, il se crée un espace de liberté à l'intérieur duquel le salarié va pouvoir harmoniser ses capacités et ses désirs aux modes opératoires et relationnels. Il peut alors accéder au plaisir dans le travail. Il semble que le sujet confronté à l'organisation du travail offre spontanément les ressources de son intelligence et de sa personnalité, pour peu qu'on laisse une place à ses initiatives et à son désir d'apporter une contribution. Outre le salaire, cette mobilisation, pour qu'elle se maintienne, doit recevoir une autre rétribution, la reconnaissance du travail accompli.

L'organisation du travail désigne aussi bien le contenu du travail et les modes opératoires que la codification des relations horizontales et verticales : modes de communication, répartition des responsabilités, modalités du commandement, relations de pouvoir et hiérarchie.

La construction de l'identité dans le champ social se fait sur les lieux de travail, où l'on peut se définir comme sujet et être reconnu comme tel. Deux intermédiaires sont nécessaires, la réalité de son travail et le jugement de l'autre. Mais la reconnaissance, pour qu'elle soit constructive en terme d'identité, doit porter sur le travail accompli et non sur ce qu'est le salarié.

Elle doit venir des collègues sur la qualité du travail produit, et de la hiérarchie sur l'utilité de la contribution. Une infirmière à l'hôpital : « *Nous ne sommes pas reconnues socialement. On nous considère comme des femmes ayant la vocation et non comme des professionnelles de la santé.* »

Toute situation de travail, par les contraintes qu'elle génère, entraîne une souffrance du salarié. La reconnaissance de l'autre permet de donner un sens à cette souffrance par la gratification qu'elle apporte. Cette construction du sens du travail permet la transformation de la souffrance en plaisir.

Si la dynamique de la reconnaissance est rompue, la souffrance ne trouve plus de sens, ne se transforme plus en plaisir, elle s'accumule et risque d'entraîner le sujet vers une décompensation psychique ou somatique.

Le travail est un élément très important de l'identité d'un individu puisqu'il détermine son identité sociale, sa place dans la société. Selon les théories de psychologie du travail, l'identité d'un individu est donnée à sa naissance par ses parents, son pays, sa culture. L'identité qu'il trouve dans le travail est celle qu'il se donne à lui-même, en quelque sorte sa deuxième chance de valorisation : « *je me suis fait tout seul* », peut dire un autodidacte. Dans le langage courant, on se définit souvent soi-même par son travail : « *je suis avocat ; je suis infirmière* ». L'absence, la crainte de perdre ou la perte de ce travail interpellent sur sa propre utilité, sur sa valeur personnelle et peuvent engendrer un sentiment de perte d'estime de soi.

### **Le monde du travail aujourd'hui**

Près de la moitié de la population active française serait aujourd'hui exposée au risque de précarité [3]. Ce chiffre prend en compte le chômage, les véritables emplois instables et les salariés ayant un emploi stable mais estimant que leur situation professionnelle est menacée. La précarisation du travail est devenu une réalité : diminution du nombre d'emploi, multiplication des CDD (contrats à durée déterminée) au lieu des CDI (contrats à durée indéterminée), multiplication des temps partiels (lorsqu'il est choisi, le temps partiel peut constituer une amélioration de la qualité de vie; en revanche, lorsqu'il est imposé, il représente un facteur de précarisation, surtout s'il constitue le seul revenu du foyer), recours de plus en plus fréquent à l'intérim et à la sous-traitance (ce qui place le salarié en situation de vulnérabilité par rapport au donneur d'ordre réel).

L'évolution de l'organisation du travail, au travers des nouvelles techniques de management, pousse à l'autonomisation et à l'autogestion des salariés, tout en les plaçant en situation de renforcement extrême de la concurrence, y compris à l'intérieur même de l'entreprise. On assiste alors au développement d'un individualisme défensif et à la fragilisation des collectifs de travail :

- échéances très courtes,
- surcharges de travail augmentant encore en pointes à des moments précis,
- obsolescence très rapide des savoirs et des techniques (dévalorisation des diplômes),
- nécessité d'une flexibilité ou adaptation permanente des personnes avec une définition variable de leur poste,
- implication de chacun à tout niveau dans l'objectif : « *Toutes les situations sont précaires maintenant. On fait trois, quatre ans et après : au revoir ! En arrivant on vous fixe un objectif impossible à tenir et si on n'y arrive pas, c'est la porte.* »

Au total, le salarié est placé dans une situation de danger permanent, afin d'obtenir de lui le maximum d'efficacité et de compétitivité. La crainte du chômage alimente ce type de fonctionnement. La pénibilité, les charges de travail et les nuisances augmentent sans pour autant être accompagnées de contreparties. L'évolution permanente et rapide des savoirs et techniques impose sans cesse des efforts d'adaptation. Le travail se densifie, les pauses et les temps de récupération sont parfois réduits et la pression sur les salariés augmente.

### **Le stress**

Le stress se définit comme le résultat d'une transaction entre le sujet et son environnement. C'est un processus interactif global qui inclut les facteurs environnementaux, les caractéristiques de l'individu, des processus de perception et d'évaluation de la situation. Il est purement individuel : la vulnérabilité au stress varie d'un sujet à l'autre. Il n'apparaît que si les efforts d'adaptation échouent : il signe la perte de contrôle de l'individu sur une situation et sa mise en échec (une situation ou une exigence nouvelle bien maîtrisées ne sont pas forcément source de stress et peuvent même apporter un certain degré de satisfaction).



Classiquement, on décrit un syndrome général d'adaptation en trois stades. Il se manifeste par des perturbations biologiques et une tension psychique accompagnée ou non de troubles somatiques (cardio-vasculaires, digestifs, dermatologiques...) variables d'un individu à l'autre.

- 1) Stade d'alerte : c'est une réaction immédiate et brève de mobilisation des ressources. L'organisme déclenche des réactions physiologiques de défense. Elles se manifestent au début de l'exposition au stress ou lors d'événements ponctuels.
- 2) Stade de résistance : c'est une réaction lente et continue, dont la durée varie d'un individu à l'autre. L'exposition se prolonge, différentes régulations hormonales permettent à l'organisme de résister.
- 3) Stade d'épuisement : il marque la rupture de l'équilibre, les concentrations hormonales s'effondrent, l'organisme n'arrive plus à lutter. C'est à ce stade que surviennent les décompensations, sous forme d'état anxieux généralisé, de troubles psychosomatiques ou de dépression.

L'ensemble des contraintes qui pèsent sur l'individu au travail représentent les stressseurs (agents stressants) professionnels : surcharge de travail en temps limité, gravité des erreurs possibles, ambiguïté du rôle, sous-charge de travail, surqualification, sous-qualification, situations d'incertitude, conflits interpersonnels, responsabilité du travail des autres, frustration, mauvais retour sur la performance, conflits de rôles, manque de participation, instabilité de l'organisation, conflit de valeurs entreprise / salarié, environnement physique pénible.

La lutte contre le stress passe par plusieurs facteurs, qui renvoient à l'individu et à sa capacité de s'adapter et de faire des changements sur soi :

- le faire-face ou coping (to cope en anglais) est la capacité des individus à élaborer des stratégies mentales et comportementales face aux modifications de l'environnement. Pour le thérapeute, il s'agit d'identifier et de renforcer les stratégies de "coping" auxquelles fait appel le patient et de lui en enseigner de nouvelles. Le but est d'obtenir une meilleure adaptation et gestion du stress.
- l'hygiène de vie : sport et relaxation.
- les médicaments et la psychothérapie lorsqu'une décompensation est installée.

## **Souffrance au travail**

Toute situation de travail engendre des contraintes spécifiques aussi bien physiques qu'intellectuelles ou psychiques qui font souffrir l'individu [3]. L'origine et les causes de la souffrance sont rarement rapportées par les salariés. Elles s'expriment souvent en termes de sensations de fatigue ou autres symptômes somatiques, de tension, d'usure ou d'épuisement.

### *Peur dans le rapport au travail*

La peur, de quelque origine qu'elle soit, est une source de souffrance particulièrement fréquente et répandue :

- La peur inhérente à la tâche où le salarié doit affronter des risques physiques et accomplir des tâches dangereuses pour la santé qui engendrent appréhension et angoisse (agents infectieux, produits toxiques, travail dans le bâtiment, industrie nucléaire, armée, métiers comportant des risques d'agressions...). À la peur pour soi-même, viennent s'ajouter la crainte de l'incompétence, la peur de commettre une erreur ou de ne pas réussir à faire face à une situation inhabituelle, qui prennent des proportions importantes, impliquant la sécurité des personnes et la sûreté des installations.
- La peur de la précarité et l'utilisation générale de la menace de licenciement placent les individus en situation de danger, les poussent à augmenter leurs performances au travail. La mobilisation collective contre la souffrance est alors neutralisée et les salariés sont renvoyés en position de lutte individuelle pour la survie, de chacun pour soi.
- La peur de ne pas donner satisfaction, de ne pas être à la hauteur, de ne pas réussir à s'adapter place les employés en état de tension permanente.

### *Harcèlement moral*

Le harcèlement sur le lieu de travail se définit comme « *toute conduite abusive se manifestant notamment par des comportements, des paroles, des actes, des gestes, des écrits pouvant porter atteinte à la personnalité, à la dignité ou à l'intégrité physique ou psychique d'une personne, mettre en péril l'emploi de celle-ci ou dégrader le climat de travail* » [3].

Dans certains types d'organisations, c'est la peur qui règle les rapports humains au travail, au travers de formes de harcèlement tolérées voire encouragées par l'entreprise.

Ce phénomène est étudié surtout dans les pays anglo-saxons et les pays nordiques depuis une dizaine d'années sous le terme de « mobbing ». Il a été qualifié de « psychoterreur », détruisant l'ambiance au travail,

diminuant la productivité et augmentant l'absentéisme par les dégâts psychologiques qu'il entraîne. Il peut se manifester sous la forme d'abus de pouvoir ou de manipulations perverses, plus insidieuses, dangereuses et difficiles à démasquer. Si certaines situations de crises amènent l'individu à se surpasser pour s'en sortir, la violence perverse empêche de réagir, anesthésie la victime, qui s'enferme dans une attitude défensive. À la longue la peur s'installe, avec le risque de multiplier les erreurs, les fautes et les comportements pathologiques dont le persécuteur se servira pour justifier de nouvelles agressions. Ce type de pratiques, en isolant les individus, détruit les possibilités de défense collective.

Dans la plupart des cas, un supérieur harcèle un ou plusieurs subordonnés, ailleurs c'est entre collègues, et, rarement, c'est un subordonné qui harcèle un supérieur. Ce système est parfois utilisé par les dirigeants pour pousser un employé dont on n'a plus besoin à démissionner. D'autres fois c'est la différence, souvent mal tolérée dans les groupes, ou l'envie et la jalousie qui déclenchent le phénomène de harcèlement, mené par un individu pervers. Le résultat conduit les victimes à la confusion et la perte de confiance en soi. Ces manœuvres d'anéantissement psychique peuvent conduire à la dépression et au suicide.

#### *Contrainte à mal travailler*

Le salarié se retrouve placé en situation contradictoire, son sens de la responsabilité et son éthique professionnelle sont malmenés: l'organisation du travail ne lui donne pas les moyens de fournir les résultats qui lui sont demandés, sans que sa compétence ou son savoir-faire soient en cause. L'agent se trouve obligé dans son activité de commettre des actes qu'il réprouve. Ce type de situation est fréquent dans tous les domaines, à la longue il peut s'avérer particulièrement coûteux pour les sujets qui y sont confrontés.

#### *Absence de reconnaissance*

La souffrance provenant de l'absence de reconnaissance entraîne une déstabilisation des repères sur lesquels s'appuient l'identité. C'est un point capital ; lorsque la qualité du travail est reconnue, les efforts qu'il a fallu fournir, les difficultés rencontrées, l'investissement ne sont pas vains, ils prennent un sens.

L'identité peut être comparée au noyau, à l'armature de la santé mentale, c'est dire s'il est important de s'en préoccuper et de se pencher sur ce qui, dans le rapport au travail, peut l'étayer ou la faire vaciller. Le manque de reconnaissance est une situation fréquente dans l'univers du travail, le sujet qui y est confronté de façon durable se retrouve seul et isolé. Se profilent alors doute et perte de confiance en soi, qui peuvent mener à la dépression.

### *Comment les salariés se défendent-ils ?*

Lorsque la situation le permet, les salariés déploient collectivement des défenses qui permettent de contrôler leur souffrance ; ce sont les stratégies collectives de défense : elles sont dirigées contre la perception de la souffrance et non sa cause et doivent obtenir la participation de tous pour être solides.

Parfois la situation ne permet pas la mise en place de défenses collectives, parce que les relations ne sont pas de bonne qualité et que les salariés sont trop divisés. Chacun lutte alors de façon solitaire et doit faire face à la souffrance avec ses propres mécanismes de défense sans le soutien d'un collectif. Ici se fera la différence entre ceux qui y parviennent et ceux qui basculent progressivement vers l'épuisement de leurs ressources et le risque de dépression ou de maladie psychosomatique.

### **Quels liens entre souffrance au travail et dépression ?**

Pour la médecine du travail, c'est l'épidémiologie [3] qui est l'outil de recherche le plus approprié, mais les enquêtes sont difficiles à mettre en place, l'imbrication des facteurs psychosociaux avec la dépression est délicate à évaluer.

Du côté des facteurs professionnels, les éléments objectifs sont assez simples à mesurer (déménagement, restructuration, modification du contenu du travail...), on se heurte, en revanche à la difficulté de mesurer une subjectivité : celle des employés par rapport à leur activité.

Plusieurs sources d'erreurs existent et compliquent encore les choses :

- la maladie mentale aboutit malheureusement souvent à l'exclusion définitive du salarié
- l'enquête ne concerne souvent que les agents présents au travail: ceux qui sont en arrêt pour le problème étudié en sont exclus
- la sélection à l'embauche par les recruteurs élimine les sujets les plus fragiles
- en milieu de travail, les problèmes psychologiques restent tabous et sont particulièrement délicats à aborder
- la confusion possible des indicateurs pose un problème délicat : chez un patient déprimé, faut-il entendre la phrase suivante comme un facteur déclenchant ou un symptôme de la dépression ? « *Mon rôle dans l'entreprise est sans intérêt, sans importance et sans possibilité d'évolution.* »

Pour la psychodynamique du travail, la forme que peut prendre la décompensation (dépression, bouffée délirante, état maniaque...) dépend non pas du travail mais de la structure de la personnalité, mise en place bien avant la confrontation au travail. La souffrance est antérieure au travail du fait du développement et de la construction de l'identité de chacun et elle va trouver dans le travail soit un certain soulagement et apaisement, soit une exacerbation. Le travail joue le rôle de facteur déclenchant ou « détonateur », mais une fois la maladie installée, mettre en évidence sa responsabilité est extrêmement compliqué.

### **Particularités de la situation des femmes**

Le pourcentage de femmes déprimées, aussi bien en milieu de travail qu'en population générale, est deux à trois fois plus élevé que celui des hommes. Sans tenter d'entrer dans un modèle explicatif, posons un certain nombre de constats sur les particularités de leur situation [3] :

- à tâche égale, elles ont moins de reconnaissance et des salaires plus bas que les hommes,
- elles sont, avec les tranches d'âges extrêmes, les plus touchées par la précarisation de l'emploi,
- elles doivent supporter, de front, la vie professionnelle et les responsabilités familiales qui de nos jours pèsent encore majoritairement sur elles,
- en milieu professionnel, elles sont souvent amenées à taire et occulter les rythmes et cycles biologiques et hormonaux qui fondent la réalité de leur corps et peuvent avoir une incidence sur leur humeur,
- enfin, il faut noter que le rapport subjectif au travail se construit différemment pour les hommes et les femmes. Les collectifs de travail féminin semblent avoir des modalités de fonctionnement et de défenses spécifiques.

La médecine du travail devra être particulièrement attentive lors de certaines situations à risque de la vie d'une femme. Ainsi, le retour au travail après une grossesse ou l'entrée dans la ménopause représentent souvent des périodes de fragilité psychique au regard du risque dépressif.

### **Syndrome psychotraumatique**

De nos jours, de nombreux métiers comportent des risques d'agressions physiques ou verbales (relation avec le public, enseignants, soignants, employés de banque, commerçants...) ou d'accidents. Le syndrome psychotraumatique peut s'observer lorsqu'un sujet a vécu une

situation menaçant son intégrité physique, de manière soudaine et imprévue, qu'il y ait eu ou non traumatisme corporel.

On peut les rencontrer en situation de guerre, d'attentat, de cataclysme naturel mais aussi en contexte d'accident (route, travail) ou d'agression. Il existe généralement un intervalle libre (quelques jours à quelques mois) séparant le traumatisme de la constitution du tableau clinique.

Il comporte généralement :

- une reviviscence répétitive de la situation traumatique, soit sous forme de cauchemars, soit à l'état de veille sous forme de « flash-backs » obsédants, de ruminations,
- des manifestations anxieuses polymorphes avec irritabilité et réactivité,
- le développement de conduites phobiques et d'un état de dépendance affective avec besoin constant de réassurance et de protection,
- des troubles du sommeil, des difficultés de concentration et des manifestations psychosomatiques,
- une modification des rapports au travail.

Ce tableau peut conduire à une perte d'adaptation au milieu environnant avec repli, sentiment de dévalorisation et risque de dépression. La rapidité de l'intervention thérapeutique est une condition essentielle pour enrayer une évolution invalidante ou chronique.

### **Syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out**

Ce concept a été mis en évidence dans les années soixante-dix pour mieux cerner les difficultés des professionnels du champ sanitaire et social. Il peut être défini comme une perte de motivation, un effondrement psychologique causé ou accompagné par une résignation au manque de pouvoir, par la perception que, quoi que l'on fasse, on ne peut rien changer.

Le burn-out répond à trois critères : l'épuisement professionnel (craquer émotionnellement ou à l'inverse ne pas éprouver d'émotion), le désinvestissement relationnel et la diminution du sentiment d'accomplissement personnel.

- Il conduit au développement d'une image de soi inadéquate, d'attitudes négatives au travail, avec perte d'intérêt et d'empathie envers les clients ou les collègues.
- En l'absence de moyens de défense efficaces, le salarié finit par se détacher de plus en plus de son travail.

- Les troubles affectent à la fois la sphère affective, comportementale, intellectuelle et somatique, et débordent sur la vie privée.
- L'évolution se fait en plusieurs phases : investissement puis fatigue et baisse de motivation, enfin doutes et interrogations sur le sens du travail qui aboutissent à des conduites d'évitement vis-à-vis des collègues et des clients, de cynisme défensif, d'apathie ou de rigidité.

L'identification du burn-out dans une équipe doit conduire à une réflexion institutionnelle sur son fonctionnement. En dehors des solutions individuelles, sa résolution passe par la mise en place d'espaces (Figure 4) de parole et par la consolidation du collectif de travail : groupes de parole, réunions de discussion de cas cliniques, réunions d'analyse des pratiques professionnelles, modification du fonctionnement et de l'organisation, mise en place d'un projet d'équipe cohérent et collectif.



*Fig. 4 : Ambiance de travail propice au burn-out à l'Espace Officine Aquitain ?*

## **Chômage et dépression**

La relation entre chômage et santé mentale altérée est statistiquement significative dans la plupart des études [3]. On observe par ailleurs un taux de suicide plus élevé chez les chômeurs qu'en population générale, principalement chez les hommes jeunes.

Le chômage entraîne des difficultés matérielles, une perte d'identité, de rôle social et finalement d'estime de soi. Le sujet se retrouve (ou s'estime) en bas de la hiérarchie sociale.

Les recherches mettent en avant différents modèles explicatifs :

- des éléments fondés sur l'individu et sa capacité de résistance, fonction aussi de la durée du chômage (première phase active avec recherche optimiste d'emploi, suivie d'une phase de frustration entraînant anxiété et angoisse et enfin résignation et repli sur soi-même),
- des éléments liés à la qualité de l'investissement du travail avant la perte d'emploi (plus l'activité était investie, intéressante, valorisante et moins l'adaptation à la situation de chômage est bonne),
- l'impact psychologiquement destructeur de la perte des repères habituels entraînée par le chômage (changements de la structure du temps, du réseau relationnel, des objectifs qui motivent le sujet et changements identitaires liés au statut social).

## **Traitement**

Il existe plusieurs axes thérapeutiques de prise en charge du patient déprimé : le traitement médicamenteux, le traitement psychologique et l'hospitalisation, lorsque la gravité de la dépression le nécessite ou lorsque le patient le demande. Dans le cas de dépressions mélancoliques ou résistantes aux autres traitements, on peut avoir recours à l'électroconvulsivothérapie (ECT), qui consiste à déclencher, sous anesthésie générale et curarisation, une crise convulsive, par le passage d'un courant électrique bref à travers le crâne. Les patients qui bénéficient de ce traitement sont hospitalisés en psychiatrie (cela peut aussi se faire en ambulatoire pour les ECT d'entretien).



### *Traitement médicamenteux*

Les antidépresseurs exercent une action favorable sur l'humeur dépressive, ce sont les seuls médicaments qui ont une action curative sur la dépression. Les anxiolytiques et les hypnotiques améliorent quant à eux certains symptômes associés, de type anxiété et insomnie mais sont sans effet sur l'humeur.

Il est indispensable, avant la mise en œuvre du traitement d'informer la personne sur son état, d'obtenir d'elle la reconnaissance de sa maladie, d'obtenir son acceptation du traitement et d'expliquer en quoi il consiste et quels sont ses effets secondaires.

### *Traitement psychologique*

Le traitement psychologique est toujours nécessaire. En phase aiguë, il consiste surtout à montrer au patient que son entourage est conscient de sa souffrance, que le système de pensée dans lequel il est enfermé est transitoire et qu'il retrouvera bientôt un autre mode de vie. Il existe plusieurs sortes de psychothérapies, soit individuelles, soit en groupes. Il est nécessaire de bien expliquer au patient leurs principes et modalités pour qu'il puisse faire son choix en fonction de son désir et de ses possibilités d'élaboration.

La psychothérapie de soutien est une écoute attentive, bienveillante, soutenante, sans jugement de valeur. Elle cherche à rétablir l'équilibre psychologique du patient en faisant appel à plusieurs types d'attitudes, comme le conseil, la réassurance et la clarification de problèmes.

La psychothérapie cognitivo-comportementale vise à restaurer des pensées rationnelles et des comportements normaux, en considérant que les symptômes de la maladie sont des apprentissages irrationnels ou désadaptés. La théorie cognitive repose sur le concept d'Epictète, philosophe grec : « *Ce ne sont pas les événements qui troublent les hommes mais l'idée qu'ils s'en font* ».

Il faudrait encore citer la psychanalyse, les thérapies familiales et la relaxation à visée psychothérapique.

La deuxième cause de dépression chez les adultes est liée à la maladie [20] et plus particulièrement au cancer, à l'hépatite C, à la maladie de Parkinson, à l'ischémie coronarienne et à l'accident vasculaire cérébral.

## DÉPRESSION ET MALADIES GRAVES

### Facteurs de risque chez les patients cancéreux

Afin de mieux repérer les troubles dépressifs au cours de la maladie cancéreuse, il est essentiel de connaître les facteurs prédisposant à une vulnérabilité dépressive. Ces facteurs de risque peuvent être liés au contexte psychosocial du malade, à la maladie cancéreuse elle-même ou à son traitement [31].

#### *Facteurs liés au contexte psychosocial du malade*

Plusieurs études ont montré que les antécédents personnels ou familiaux de dépression constituent un important facteur de risque de dépression chez le patient cancéreux [21]. Selon certains auteurs, les sujets présentant des traits de caractère particuliers, tels la tendance à s'isoler ou le pessimisme, seraient plus susceptibles de développer une dépression. De façon plus globale, la personnalité du sujet, ainsi que les épreuves qu'il a déjà traversées et le soutien extérieur qu'il pourra trouver, déterminent sa capacité à s'adapter à la nouvelle situation définie par la maladie et donc à développer ou non une dépression. Il est toutefois important de souligner le fait qu'aucun des facteurs psychologiques ou sociaux n'est prédicteur simple de l'adaptation psychologique des patients cancéreux.

#### *Facteurs liés à la maladie cancéreuse*

Il semble que le type, la localisation, le stade évolutif et le délai depuis le diagnostic du cancer puissent avoir une incidence sur le risque de survenue d'un état dépressif. Les cancers du pancréas (classiquement précédés par un épisode dépressif), du sein, avec localisation cérébrale ou dans la sphère ORL sont plus souvent associés à la dépression. Les tumeurs carcinoïdes prédisposeraient à la survenue d'une symptomatologie dépressive, ainsi qu'un stade avancé de maladie. Enfin, tant l'intensité de la douleur que le faible niveau de contrôle de la douleur sont hautement corrélés à l'apparition de la dépression chez le patient cancéreux [11].

#### *Facteurs liés au traitement du cancer*

Certains traitements utilisés en cancérologie tels les stéroïdes, l'interféron, l'interleukine 2, la méthylodopa, la réserpine et les barbituriques peuvent être associés à l'apparition de symptômes dépressifs. D'autres anticancéreux peuvent induire des modifications de l'humeur liées à des mécanismes organiques. Tel est le cas, par exemple, des corticostéroïdes et de l'interféron. D'autre part, il semble que les conditions de traitement ont

un impact non négligeable sur la survenue d'une dépression. Ainsi, la prévalence des troubles dépressifs est près de deux fois supérieure chez les patients hospitalisés que chez les patients ambulatoires.

Il est à noter que certains troubles métaboliques peuvent également être associés à l'apparition de symptômes dépressifs.

Enfin, en ce qui concerne l'évolution de la pathologie dépressive chez le patient cancéreux, une récente étude a montré que le score obtenu sur une échelle d'anxiété et de dépression au moment du diagnostic de la maladie cancéreuse est prédictif de l'évolution de la dépression [26].

En résumé, les principaux facteurs de risque de dépression chez les patients cancéreux sont : antécédents familiaux et personnels de dépression, troubles de la personnalité, qualité de l'environnement, intensité de la douleur, stade de la maladie, métastases (Système Nerveux Central), maladie associée, syndrome paranéoplasique, caractère invasif des traitements anticancéreux (amputations, radiothérapie, chimiothérapie) et certains traitements anticancéreux.

### **Facteurs de risque chez les patients atteints d'une hépatite C**

L'hépatite C peut s'accompagner de symptômes évoquant la dépression [2]. Cependant, avant de porter le diagnostic de dépression, il importe d'éliminer une fatigue chronique liée à l'infection VHC avec apathie et troubles du sommeil, pouvant simuler une dépression en l'absence d'humeur dépressive, de désintérêt global ou de péjoration de l'avenir. Hépatite C et dépression est une association fréquente : la prévalence des troubles psychiatriques, incluant les abus de substances illicites (36 %) et les troubles de l'humeur (28 %), est plus importante chez les sujets infectés par le VHC que dans la population générale.

Les symptomatologies dépressive et anxieuse ont été évaluées à partir de l'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) [2] chez 113 sujets infectés par le VHC et présentant une hépatite chronique non évolutive. Les résultats montrent un pourcentage élevé de patients présentant des scores significatifs de dépression (22,4 %) et d'anxiété (15,2 %). Dans cette étude, la dépression était plus fréquemment retrouvée chez les sujets de plus de 50 ans. Les patients récemment diagnostiqués présentaient des scores significativement plus bas de dépression et d'anxiété que ceux pour qui un intervalle de plus de 5 ans s'était déjà écoulé depuis le moment du diagnostic.

Les sujets co-infectés par le VHC/VIH méritent une attention particulière. La population des toxicomanes, particulièrement atteinte par le VIH, l'est également par le VHC, avec un pourcentage de sujets infectés chez les usagers de drogues intraveineuses supérieur à 74 % [15]. Or on sait

que cette population est sujette aux troubles psychiatriques, syndromes dépressifs compris. Chez ces sujets (co-infectés par le VHC/VIH), la survenue d'une dépression au cours de l'infection par le VIH a été constatée dès le début de l'épidémie mais, comme pour le VHC, sa fréquence reste difficile à appréhender (3,6 à 17 % de dépressions majeures selon les études).

#### *Dépression iatrogène due au traitement de l'hépatite C*

Le principal médicament incriminé est l'interféron-alpha [2] : au cours du traitement, des manifestations neuropsychiatriques variées sont observées de façon habituelle. De par leur fréquence et leur risque potentiel, les manifestations dépressives sont les plus préoccupantes. L'interféron-alpha peut induire des dépressions sévères chez des sujets non prédisposés ou aggraver un état dépressif antérieur patent ou latent, l'existence d'antécédents dépressifs représentant une contre-indication relative d'un tel traitement.

#### *Type de dépression*

La symptomatologie dépressive rencontrée peut être classique : inhibition, asthénie, parfois ralentissement psychomoteur, tristesse, auto-dévalorisation, voire culpabilité mais aussi irritabilité ou agressivité. Les symptômes associés tels la fatigue, l'anorexie ou les perturbations du sommeil peuvent être liés à la dépression, mais peuvent également avoir une étiologie somatique.

Mais souvent, il s'agit de troubles de l'adaptation avec humeur dépressive dominés par la fatigue, l'insomnie, une dysphorie et / ou des idées noires difficiles à apprécier dans le contexte d'une maladie somatique. Ce tableau est réactionnel à la prise de conscience de la maladie et de son caractère de gravité, ainsi qu'au handicap qui en résulte. L'intensité des troubles est fonction de la personnalité préexistante du sujet, des caractéristiques de la maladie hépatique, des pathologies associées, des conséquences sociales et familiales [30] ... Comme pour le VIH, même si la gravité est moindre, le moment de l'annonce du diagnostic est une période particulièrement à risque. La personnalité préexistante du sujet et le moment de survenue dans l'histoire du patient sont ici des éléments déterminants. Certaines personnes vont réagir selon des modes défensifs proches de réactions habituelles rencontrées en dehors des maladies infectieuses graves (fuite en avant, régression ou déni de la gravité) alors que d'autres peuvent débiter une névrose post-traumatique avec troubles du sommeil (réviviscence des moments pénibles comme, par exemple, un examen paraclinique douloureux ou vécu comme effrayant). Dans le cadre de ces dépressions réactionnelles à l'annonce du diagnostic, ne pas traiter l'hépatite C peut aggraver l'anxiété voire la dépression chez certains patients.

Parfois, ce sont les symptômes dépressifs qui sont inauguraux de la maladie et le problème du diagnostic différentiel se trouve alors inversé, il est en effet difficile de repérer une pathologie infectieuse débutante ou d'évolution lente chez un sujet déprimé. L'importance de l'asthénie et de l'apathie peuvent inciter le médecin à pratiquer un dosage des transaminases sériques.

Certains patients déprimés ressentent leur maladie comme salvatrice et refusent les soins somatiques, ce que l'on peut comprendre comme un équivalent suicidaire.

#### *Hépatite en dix points clefs [2]*

- 1) Sa prévalence est estimée à 1,2 % en France (500 à 600 000 personnes), entre 8 et 30 % chez les sujets infectés par le VIH.
- 2) La contamination se fait principalement par contact direct avec du sang infecté par le VHC. Chez 40 % des patients, le mode de contamination n'est pas connu.
- 3) L'hépatite aiguë est constante au cours de l'infection par le VHC. Cependant, elle est rarement identifiée car fréquemment asymptomatique. Dans 80 % des cas, l'hépatite C devient chronique.
- 4) Environ 20 % des patients développent une cirrhose, dans les quinze ans.
- 5) L'incidence du cancer hépatique en cas de cirrhose est de 3 à 5 % par an.
- 6) L'évolution est aggravée en cas de co-infection par le VIH.
- 7) La décision de traiter se prend en fonction du grade de fibrose et d'activité définis après biopsie hépatique.
- 8) Les traitements actuellement préconisés associent interféron et ribavirine pendant 6 mois à 1 an selon le génotype viral.
- 9) Une dépression est retrouvée chez 30 % des patients sous traitement antiviral.
- 10) La dépression peut être retrouvée chez le sujet VHC indépendamment de tout traitement.

#### *Traitement de la dépression chez le patient porteur d'une hépatite C*

Face aux effets dépressiogènes éventuels du traitement antiviral prescrit, se pose la question de la stratégie thérapeutique à mettre en œuvre et, en particulier : « comment prescrire un antidépresseur? » En effet, les risques d'interactions médicamenteuses et l'influence de l'atteinte hépatique sur la pharmacocinétique ne sont pas sans poser ici des problèmes spécifiques.

*Prise en charge*

Une surveillance des symptômes psychiatriques (notamment les idées suicidaires) et de la fatigue est recommandée par une écoute attentive de tous les intervenants. Les troubles de l'humeur peuvent faire l'objet de consultations impliquant l'entourage.

L'association entre dépression et hépatite C paraît encore trop souvent méconnue alors que l'on sait que le traitement concomitant de ces deux pathologies s'avère être un facteur déterminant pour le pronostic. Chez un patient porteur d'une hépatite C traitée et présentant un épisode dépressif, la mise en œuvre du traitement antidépresseur va permettre non seulement de raccourcir la durée de cet épisode, mais également d'optimiser les résultats du traitement antiviral (amélioration de la qualité de vie, mais aussi de l'observance du traitement) [28]. Pour les patients infectés par le VHC et sous traitement par l'association interféron-alpha-ribavirine, le suivi attentif de l'état psychique est incontournable : il permet de dépister la survenue d'un éventuel syndrome dépressif ou d'une anxiété en relation avec le traitement. Dans certains cas, le recours au psychiatre s'impose.

La poursuite du traitement associé à la prescription d'antidépresseur doit être discutée au cas par cas après avis spécialisé en fonction des symptômes psychiques, de la sévérité de l'atteinte hépatique et des facteurs prédictifs de réponse au traitement antiviral. Ainsi, traitée de façon adaptée par un antidépresseur, la dépression n'oblige pas à l'arrêt systématique de la bithérapie. Cependant, elle justifie un suivi psychiatrique régulier et, parfois, un arrêt de travail pour les sujets en activité.

*Traitement médicamenteux*

Une approche chimiothérapique de la dépression comporte le recours aux antidépresseurs en fonction de l'intensité et de la gravité de la symptomatologie. L'hépatite C implique une vigilance thérapeutique particulière dans le traitement de la dépression. En effet, l'élimination des médicaments antidépresseurs par le foie est conditionnée par plusieurs facteurs : débit du flux sanguin hépatique, capacité du foie à métaboliser le médicament et degré de fixation du médicament aux protéines plasmatiques.

Le risque est par conséquent une interférence de l'atteinte hépatique sur la pharmacocinétique des antidépresseurs. La réduction de la clairance hépatique de médicaments comme les antidépresseurs tricycliques ou les neuroleptiques entraîne une élévation des concentrations disponibles de principe actif : des concentrations plus faibles d'antidépresseur sont donc en général requises pour traiter les patients.

Les dosages plasmatiques d'antidépresseur sont ici très utiles. Si la dose administrée peut être réduite du fait d'une moindre élimination hépatique, il importe de conserver des taux plasmatiques efficaces. Même si

la cause de la dépression est liée à l'interféron, les bonnes pratiques cliniques d'un traitement antidépresseur doivent en effet être respectées en termes de posologie et de durée du traitement.

Parmi les nouveaux antidépresseurs disponibles, certains inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine présentent à faible posologie une moindre interaction avec les enzymes du cytochrome P450.

En ce qui concerne les médicaments associés (anxiolytiques) comme les benzodiazépines, une diminution de la capacité du foie à les métaboliser va entraîner une baisse de leur clairance hépatique et une demi-vie d'élimination prolongée. Pour les patients présentant une atteinte hépatique chronique, les anxiolytiques préférentiellement administrés seront donc plutôt ceux dont le métabolisme passe par la glucuroconjugaison, comme l'oxazépam ou le lorazépam, de préférence aux médicaments ayant des mécanismes oxydatifs importants comme le diazépam.

Chez les sujets co-infectés par le VIH/VHC, et lorsque l'état général est altéré en raison de complications, le traitement antidépresseur est débuté à faibles doses en augmentant de façon progressive la posologie chez ces patients absorbant un grand nombre de comprimés par jour [2]. La forme galénique a beaucoup d'importance et les formes buvables ou les comprimés suffisamment dosés permettent de réduire substantiellement le nombre de prises.

### **Facteurs de risque chez les patients atteints d'une maladie de Parkinson**

En France, la maladie de Parkinson concerne 1 % de la population âgée de plus de 60 ans : la symptomatologie motrice (bradykinésie, rigidité, tremblements) est bien connue, mais les troubles de la vie psychique participent beaucoup au handicap et à l'altération de la qualité de vie [32]. La dépression apparaît dans 40 % des cas, elle est prépondérante aux deux extrêmes de la maladie : au début des symptômes moteurs et au stade du déclin [12]. En majorité d'intensité modérée, elle peut cependant constituer un épisode dépressif majeur ou mélancolique délirant dans environ 10 % des cas [33].

### **Facteurs chez les patients atteints d'une ischémie coronarienne**

La dépression majeure et les maladies coronariennes entretiennent des relations étroites puisqu'elles sont des facteurs de risque l'une pour l'autre [1]. La prévalence d'un épisode dépressif majeur dans les suites d'un infarctus du myocarde est élevée (16 à 18 %) [24] : elle est associée à une mortalité plus de trois fois supérieure à celle des patients ayant fait un infarctus du myocarde sans cette comorbidité. La reconnaissance d'un état

dépressif majeur est essentielle, car celui-ci peut affecter l'observance du patient à son traitement médical ou compromettre son adhésion à une rééducation cardiaque, et à long terme influencer son taux de survie.

### **Facteurs chez les patients atteints d'un Post AVC**

La survenue d'un épisode dépressif majeur à la suite d'un accident vasculaire cérébral (30 à 50 % des cas) est lourde de conséquences [22] : majorations de la déficience, de l'incapacité, du handicap et même du pronostic vital du sujet [24,34]. Elle nécessite un traitement précoce et adapté : un délai de quinze jours de symptômes dépressifs est exigé pour porter le diagnostic et débiter le traitement. La plupart des auteurs sont d'accord pour utiliser les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) en première intention en raison de leur bonne tolérance chez ce type de patient fragilisé.

Abordons maintenant la troisième cause de la dépression chez l'adulte qu'est le handicap.

## **DÉPRESSION ET HANDICAP**

### **Quand et comment annoncer le handicap ?**

Quand ? Certainement pas immédiatement [19]. Bon nombre d'accidentés ou de parents d'enfants handicapés ne se sont jamais remis de l'annonce brutale qui leur a été faite, surtout sans ouverture sur les possibilités de la réadaptation dont ils étaient souvent ignorants. Le pessimisme médical habituel joint aux recommandations d'informer le patient aboutissent souvent à des catastrophes humaines qui pourraient être évitées.

Comment ? Avec franchise, mais, avec des mots adaptés, et qui laissent toujours entrevoir l'espoir. Par exemple, il paraît inapproprié d'annoncer à un artéritique qu'il faudra l'amputer sans la présence d'un médecin-rééducateur qui expliquera la mise en place de la prothèse précoce.



Au-delà du traumatisme du corps, il ne faudra jamais ignorer le traumatisme psychique qui accompagne l'installation du handicap. Ces facteurs grippent ou bloquent, bien souvent, la progression vers une réadaptation réussie.

La survenue d'un état dépressif peut venir marquer de sa teinte néfaste ce parcours évolutif difficile. Il peut menacer la vie et conduire au suicide. Il doit, dans tous les cas, être dépisté et traité efficacement devant l'apparition des premiers symptômes.

C'est dire la place importante d'un psychiatre et d'un psychologue, familiarisés avec les diverses manifestations fonctionnelles qui conduisent aux situations de handicap, mais aussi le rôle de chaque intervenant de la réadaptation au sein des équipes de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR).

Le parcours de rééducation-réadaptation [19] peut se faire en service ou centre de MPR, ou en ambulatoire, l'idéal étant l'intervention au domicile, en lien avec les proches. Pour mieux comprendre le rôle du soignant auprès de la personne en situation de handicap, il convient de se référer à un schéma interactif du handicap qui définit ses quatre champs d'intervention :

- 1) le corps (niveau lésionnel)
- 2) les fonctions, par restauration ou compensation (niveau fonctionnel)
- 3) les situations de la vie (niveau situationnel)
- 4) le point de vue du rééduqué/réadapté (niveau de la subjectivité)

On peut ainsi distinguer nettement la part des soins (lésionnel, fonctionnel, subjectif) de la part de réadaptation sociale dans l'environnement (situationnel) et relier les uns aux autres. On conçoit qu'une grande règle en réadaptation doit être d'envisager très tôt, la réadaptation sociale, dont le processus est toujours lent et continu.

Le fonctionnement de l'équipe de médecine physique et de réadaptation est bien particulier ; il est centré sur la personne handicapée et ses réactions face aux situations de handicap et de réadaptation. Le processus de réadaptation est lent et continu et doit être suivi d'un accompagnement prolongé pour s'assurer de son efficacité à distance. À tout moment, il peut être remis en cause par un changement lésionnel, fonctionnel, situationnel ou de la subjectivité.

Les intervenants en réadaptation sont nombreux. Le plus ancien est le kinésithérapeute ou « physiothérapeute » dont le rôle est principalement

d'agir sur le corps (rééducation lésionnelle), mais aussi sur les fonctions (rééducation fonctionnelle). L'approche des fonctions mentales cognitives relève à la fois du couple ergothérapeute-orthophoniste et du psychologue ou neuropsychologue. Par l'accompagnement et l'étayage qu'ils proposent, les psychologues permettent également d'optimiser l'effet des médicaments. Les infirmières, les aides-soignants, les agents hospitaliers ont tous leur place dans la démarche qui doit être intégrée dans toutes les activités quotidiennes. Les nouvelles technologies utilisées en MPR nécessitent le recours à des professionnels très qualifiés : orthésistes, prothésistes et podorthésistes (chaussures orthopédiques). Le médecin-rééducateur doit faire le lien entre tous ces intervenants et avec les autres médecins et chirurgiens spécialistes, notamment le psychiatre, mais aussi le neurologue, le rhumatologue, le cardiologue, le chirurgien orthopédiste... Il doit prescrire et coordonner les intervenants, faire le lien avec les proches, éduquer la personne en situation de handicap, inciter la réadaptation sociale et faire les liens nécessaires. Enfin, le médecin de famille ou de proximité est un acteur essentiel de la réadaptation, contribuant aux prises de décisions, au suivi de la rééducation et au maintien ou à la création des liens entre les intervenants et le cadre social.

Dans le cadre des services de médecine physique et de réadaptation, une présence psychiatrique est essentielle compte tenu de la difficulté à faire un diagnostic précis de pathologie mentale et avant tout de dépression, dans ce contexte.

Tout d'abord, il est évident que, durant la rééducation / réadaptation, les signes de souffrance psychique peuvent être le reflet d'une expérience humaine normale.

Ensuite, des signes et symptômes qui peuvent suggérer la dépression – tels que les troubles du sommeil, de l'appétit, de la motivation, de la communication, de la mémoire ou encore de l'humeur – peuvent être des éléments constitutifs de la maladie handicapante ou une conséquence directe de celle-ci ou de son traitement.

### **Impact sur la rééducation et de la réadaptation fonctionnelle**

Certains auteurs mettent en doute l'existence d'une relation claire entre la dépression au cours de la rééducation fonctionnelle et l'efficacité de la rééducation [19]. Seul le degré de dépression en début de rééducation serait prédictif de l'issue de la rééducation.

Toutefois, la plupart des études mettent l'accent sur l'effet négatif de la dépression au cours de la rééducation / réhabilitation. Par exemple, la dépression peut avoir un effet délétère sur la fonction cognitive et entraver ainsi les efforts de rééducation, aggravant des déficits existants ou diminuant la motivation du patient à mener à terme le programme de rééducation / réadaptation. Ceci a été démontré chez des patients en réhabilitation post-AVC, ou encore chez des patients suivant un programme de réhabilitation après un traumatisme crânien.

## **DÉPRESSION ET SUJET ÂGÉ**

### **Fréquence chez le sujet âgé**

Les symptômes dépressifs apparaissent incontestablement plus souvent lorsque l'âge augmente [9]. En outre, les troubles dépressifs durent plus longtemps et ils rechutent plus facilement que chez les sujets plus jeunes.

En population générale, on peut estimer que jusqu'à 4 % des sujets âgés de 65 ans et plus présentent une dépression majeure. En institution (hospitalisation ou structures de soins pour personnes âgées), la prévalence de la dépression majeure est jusqu'à trois fois plus élevée. Les femmes sont plus souvent atteintes par cette pathologie que les hommes.

### **Pourquoi la dépression est-elle plus fréquente en institution ?**

Le sujet âgé est une personne fragilisée. Quelle que soit la nature de la dépression, l'influence et l'impact des facteurs biographiques, situationnels, sociaux et psychologiques seraient plus importants dans la survenue du trouble chez les sujets âgés que chez les sujets jeunes.

Au-delà de cette fragilité, l'institution (maison de retraite, hôpital) peut être pour la personne âgée synonyme de régression, car y entrer signifie ne plus pouvoir s'assumer seul [16]. En effet, chez les sujets très âgés (de plus de 90 ans), c'est plus la perte d'autonomie que la maladie physique en elle-même qui est un facteur de risque de dépression.

Chez les sujets âgés institutionnalisés, le changement de l'environnement constitue un autre facteur favorisant l'apparition d'une dépression. La rupture avec le domicile oblige la personne âgée à se créer de nouveaux repères, à recréer un « chez soi ». Par ailleurs, le sujet âgé se voit

obligé de vivre en communauté, d'accepter un règlement interne imposé. Enfin, en étant confronté aux autres personnes de son âge, il se retrouve exposé à la représentation de la vieillesse et surtout à celle du « vieux malade », tout autant source d'angoisse.

La perte de proches joue également un rôle majeur dans le déclenchement des dépressions du sujet âgé institutionnalisé. Le rôle du veuvage dans l'installation de symptômes dépressifs est souvent déterminant : observé dans 30 à 60 % des cas un mois après la perte du conjoint, le trouble dépressif persiste encore dans 15 % des cas après deux ans. Les « jeunes sujets âgés » (65-74 ans) courent tout particulièrement le risque de développer une dépression chronique durant la période de deuil.

Enfin, il a été montré que les pathologies somatiques sont plus fréquemment observées chez les sujets institutionnalisés. Cette forte prévalence de maladies somatiques graves peut en partie expliquer l'augmentation de la prévalence de la dépression du sujet âgé en institution. En effet, chez les sujets âgés hospitalisés pour une maladie somatique, la séparation avec le milieu habituel, l'incertitude relative à la maladie et à son pronostic, la soumission à des examens parfois pénibles ou douloureux, le handicap fonctionnel et la perte d'autonomie entraînés par la maladie sont autant de facteurs de stress diminuant les capacités adaptatives. Ainsi, il semble que certains épisodes dépressifs majeurs pourraient n'être que des troubles de l'adaptation récemment aggravés par une pathologie somatique grave.

### **Différents profils** <sup>[16]</sup>

#### *Déprimé hypochondriaque*

Près de deux tiers des sujets ont des plaintes somatiques prédominantes, et dans 30 % des cas, elles sont le symptôme initial de la maladie. Les plaintes hypochondriaques sont principalement cardiovasculaires, urinaires et gastro-intestinales.

#### *Déprimé anxieux*

La dépression peut être considérée comme "la névrose du grand âge" et il est souvent difficile de faire un diagnostic de dépression face à un sujet âgé se plaignant d'une grande appréhension, d'angoisse inexplicée, d'une impossibilité à se détendre et d'être effrayé de tout. Cette anxiété majeure qui survient sans raison apparente chez un sujet âgé, est généralement le masque d'une dépression. Elle se traduit souvent par une peur de sortir et une dépendance grandissante vis-à-vis de l'entourage. L'état dépressif masqué par l'anxiété conduit souvent à la seule prescription d'anxiolytiques et à l'institutionnalisation.

*Déprimé agressif*

Une autre expression dépressive chez les personnes âgées inclut la nervosité et l'activité désordonnée. Les sujets âgés dépressifs sont souvent irritables, hostiles et coléreux. Ils peuvent aussi refuser de manger, ne pas retenir leurs urines, crier sans cesse ou être agressifs.

*Déprimé délirant*

Les sujets âgés sont également plus susceptibles de présenter une dépression avec traits psychotiques. Les thèmes délirants les plus fréquents sont la culpabilité, l'hypochondrie, le négativisme, la persécution et parfois la jalousie. La dépression psychotique est plus souvent rencontrée chez les patients âgés se retrouvant en institution (20 % des cas) qu'en population générale (4 %) [16].

*Déprimé résigné*

Parfois, le sujet âgé ne s'exprime pas, se sent vide, se désinvestit de tout ce qui l'entoure et se laisse aller. Même s'il n'apparaît ni triste, ni angoissé, et ne présente pas d'idées suicidaires, il semble pourtant se laisser mourir. Le refus de nourriture peut entraîner un amaigrissement rapide et une déshydratation qui risquent d'évoluer rapidement vers une défaillance somatique grave avec insuffisance rénale. Certains auteurs appellent ce tableau clinique « syndrome de glissement ».

Enfin, il est possible de distinguer les dépressions à début précoce et celles à début tardif. Les dépressions à début tardif (après l'âge de 60 ou 65 ans) sont des dépressions survenant chez un patient jusque-là sans antécédent : elles sont associées à un important risque évolutif vers un syndrome démentiel.

**Critères de choix du traitement antidépresseur chez le sujet âgé**

Les principales thérapeutiques biologiques [17] actuellement utilisées dans la dépression du sujet âgé sont les antidépresseurs et l'électroconvulsivothérapie (ECT). Cette dernière est privilégiée dans les dépressions mélancoliques avec éléments délirants ou stuporeux, en présence d'une altération marquée de l'état général ou d'un risque majeur de passage à l'acte suicidaire. L'usage des anxiolytiques est délicat chez le sujet âgé, souvent addictif à ces molécules. Si un sevrage a pu être réalisé, leur reprise est déconseillée.

La plupart des essais thérapeutiques indiquent que les antidépresseurs ont une efficacité comparable dans le traitement de la dépression majeure. Cependant, ils n'ont ni les mêmes effets thérapeutiques

initiaux, ni le même profil de tolérance. Ce dernier point s'avère particulièrement important chez le sujet âgé où, plus encore que chez l'adulte jeune, un bon rapport efficacité / tolérance est essentiel.

Ainsi, chez le sujet âgé, le choix de l'antidépresseur se fait en fonction :

- du profil d'efficacité (action sur l'anxiété liée à la dépression, sur les états d'agitation),
- de la tolérance (respect de la fonction cognitive, du sommeil et de la vigilance, de la fonction cardiovasculaire),
- de la sécurité d'emploi (interactions médicamenteuses rares, risque limité en cas de surdosage),
- de la maniabilité (forme buvable ou sécable, facile à absorber).

Les antidépresseurs tricycliques sont à manier avec prudence du fait de leurs effets indésirables potentiels sur la fonction cardiaque, de leur action anticholinergique s'accompagnant d'effets secondaires gênants (sécheresse de la bouche, difficultés d'accommodation visuelle, tremblements, dysurie) et de leur effet délétère sur le plan cognitif. Ils sont à éviter en première intention chez les sujets âgés.

Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) ont une efficacité antidépressive comparable à celle des tricycliques, mais avec un meilleur profil de tolérance. C'est la raison pour laquelle ils constituent actuellement une option thérapeutique intéressante dans la dépression du sujet âgé.

Quant aux inhibiteurs de la monoamine-oxydase (IMAO) de première génération, ils présentent des risques suffisamment sérieux liés à leur utilisation pour qu'ils soient réservés à un usage exceptionnel chez le sujet âgé. Les nouveaux IMAO spécifiques et réversibles dont la tolérance est meilleure, ne présenteraient pas la même constance d'efficacité.

Enfin, il est important de rappeler que le traitement antidépresseur est à ce jour insuffisamment utilisé. Ainsi, 43 % des plus de 85 ans utilisent des psychotropes, mais seulement 19 % des personnes âgées déprimées reçoivent un traitement antidépresseur.

### **Sujet âgé déprimé et soutien social**

Il est actuellement admis que la meilleure prise en charge d'un patient âgé dépressif associe au traitement biologique des interventions psychosociales. La présence continue et significative d'événements de vie négatifs, les difficultés liées à la redéfinition du rôle de la personne âgée,

l'absence de support social ou la présence de maladies somatiques chroniques demandent, en effet, un soutien psychologique et social important.

Par ailleurs, la famille et les accompagnants d'une personne âgée dépressive – et, avant tout, d'un patient présentant un syndrome démentiel – sont fortement impliqués dans sa prise en charge au quotidien. Il n'est pas rare que ceux-ci développent eux-mêmes une dépression, qui nécessite, elle aussi, un traitement efficace.

Enfin, dans une dernière partie, comparons la dépression à l'anxiété et envisageons sa toute première manifestation, les troubles du sommeil.

## **DÉPRESSION, ANXIÉTÉ ET TROUBLES DU SOMMEIL**

### **Sommeil des patients dépressifs**

La grande majorité des sujets souffrant d'un épisode dépressif majeur dort mal et s'en plaint. La prévalence des troubles du sommeil est plus élevée parmi les patients dépressifs hospitalisés (environ 80 %) que parmi ceux qui sont suivis en ambulatoire (jusqu'à 60 %). Il a été montré que la présence de troubles du sommeil persistants est associée de façon significative à un risque élevé de rechutes et de récurrences de la dépression, et à une augmentation du risque suicidaire.

Une analyse plus fine du sommeil des patients souffrant d'une dépression majeure a été faite dans le cadre d'études menées en laboratoire. Les résultats [18] ont mis en évidence essentiellement trois types de dysfonctionnements du sommeil : des difficultés à initier et à maintenir le sommeil, une architecture anormale du sommeil, et un dysfonctionnement du sommeil paradoxal (REM, Rapid Eye Movements, mouvements oculaires rapides).

Les difficultés à initier et maintenir le sommeil se manifestent par un allongement de la latence de l'endormissement, un sommeil interrompu par de fréquents éveils nocturnes, un réveil prématuré avec impossibilité de se rendormir, une efficacité du sommeil diminuée, et une réduction globale de la durée du sommeil.

L'architecture anormale du sommeil se traduit par une durée et une distribution des phases de sommeil lent anormales. Il s'agit plus précisément d'une augmentation du sommeil léger (stade 1) et d'une réduction du sommeil profond (stades 3 et 4). La durée du sommeil lent profond dans le premier cycle est diminuée par rapport à celle du deuxième cycle, comme en témoigne la diminution du delta sleep ratio (rapport entre l'activité des ondes delta du premier cycle et du second cycle).

Enfin, les dysfonctionnements du sommeil paradoxal concernent un raccourcissement de la latence du premier épisode de sommeil paradoxal, une augmentation de la durée de la première période de sommeil paradoxal et de sa densité en mouvements oculaires rapides, et une augmentation de la durée totale du sommeil paradoxal, surtout durant la première moitié de la nuit.

Ainsi, le trouble du sommeil le plus fréquemment rencontré dans le cadre d'un épisode dépressif majeur est l'insomnie. Mais, plus rarement, les patients dépressifs peuvent présenter une hypersomnie qui est plus une clinophilie (désir de rester couché) qu'une réelle augmentation du sommeil. Celle-ci peut se retrouver associée, entre autres symptômes dépressifs, à un appétit accru, dans ce que l'on appelle un « renversement végétatif ». Ces symptômes végétatifs « atypiques » sont caractéristiques de certaines formes de dépression comme la dépression atypique ou la dépression saisonnière.

### **Insomnie, signe d'anxiété**

Les perturbations du sommeil de type insomnie sont couramment retrouvées dans les troubles anxieux. Les personnes présentant une anxiété généralisée rapportent souvent des difficultés d'endormissement et peuvent se réveiller au milieu de la nuit avec des ruminations anxieuses [17].

Certains individus présentant un trouble panique éprouvent des attaques de panique nocturnes à l'origine d'une insomnie. Ils peuvent montrer des éveils paroxystiques lors des entrées en stades 3 et 4 du sommeil non-paradoxal. Ces éveils sont accompagnés de tachycardie, d'augmentation du rythme respiratoire et de symptômes cognitifs et émotionnels propres aux attaques de panique.

Des travaux récents [18] ont toutefois rappelé le fait que la relation entre insomnie et anxiété reste complexe. Ainsi, par exemple, il semble que l'insomnie et l'anxiété se renforceraient réciproquement. Il a été suggéré que l'individu qui souffre d'insomnie a tendance à se faire davantage de soucis quant à la qualité de son sommeil et quant aux conséquences diurnes de ce manque de sommeil. Cette activité cognitive excessivement négativiste déclencherait une hyperréactivité végétative et émotionnelle, qui,



à son tour, focaliserait l'attention de l'individu sur les facteurs internes et externes pouvant menacer son sommeil. Ceci mènerait l'individu à surestimer l'importance de l'insomnie et de la baisse de performance diurne qui y est liée, entraînant un réel déficit de sommeil.

### **Insomnie dépressive ou insomnie anxieuse ?**

Les caractéristiques du trouble du sommeil permettent souvent d'orienter le diagnostic vers un trouble anxieux [25] ou vers une dépression. Ainsi, les troubles du sommeil sont classiquement limités à des difficultés d'endormissement ou à des réveils nocturnes chez les anxieux, avec parfois des attaques de panique durant la nuit, alors que l'insomnie complète ou de fin de nuit révèle plutôt un état dépressif.

### **Rôle de l'insomnie dans le repérage de la dépression**

Selon les données épidémiologiques, entre 5 et 10 % des patients consultant en soins primaires présentent les critères d'une dépression caractérisée [18]. Malgré cette forte prévalence, le diagnostic n'est pas fait dans 35 à 50 % des cas. Ceci est dû essentiellement au fait que la demande de soins en médecine générale ne fait pas, le plus souvent, référence explicite à des symptômes dépressifs francs, mais à des symptômes anxieux ou somatiques. Souvent, ce sont les troubles du sommeil qui déterminent la demande de soins.

Afin de repérer plus simplement, et donc plus efficacement, les troubles dépressifs au cours d'une consultation courante de médecine générale, certains auteurs préconisent l'utilisation d'un test bref constitué de quatre questions concernant la présence :

- de l'insomnie : « *Avez-vous des troubles du sommeil ?* »
- de l'asthénie : « *Vous sentez-vous tout le temps fatigué ?* »
- d'une anxiété : « *Vous sentez-vous nerveux, tendu ?* »
- d'une difficulté à faire face aux événements: « *Avez-vous du mal à faire face aux événements ?* »

La réponse positive à l'une de ces quatre questions est susceptible d'orienter avec une grande probabilité vers un diagnostic de dépression.

Notons qu'il ne faut jamais négliger l'évolution potentielle de la dépression vers le suicide.

## DÉPRESSION ET SUICIDE

Le processus de levée de l'inhibition [29] est une tentative d'explication d'une phase à haut risque suicidaire chez le déprimé au début de son traitement antidépresseur.

On avance deux types d'explication à ce phénomène, qui ne sont pas mutuellement exclusifs.

Le traitement pourrait agir à une vitesse différente sur les symptômes de la dépression, notamment l'efficacité sur le ralentissement psychomoteur serait plus rapide que sur l'humeur dépressive. Il existerait donc une période durant laquelle le patient ne serait plus ralenti, mais toujours triste, donc davantage susceptible de mettre en acte ses idéations suicidaires.

L'autre explication est que les réaménagements biologiques du cerveau lors de la mise en route du traitement sont susceptibles, de façon transitoire, de faciliter l'anxiété et l'impulsivité ainsi que le passage à l'acte. En tout état de cause, ces explications, bien que vraisemblables, ne correspondent pas à toutes les situations cliniques.

En cas de risque suicidaire patent, il faut hospitaliser le patient et recommander une surveillance très attentive.

## CONCLUSION

Pourquoi faut-il dépister le plus tôt possible et traiter très rapidement [14] la dépression ?

- Cette maladie est une affection fréquente qui concerne tous les âges.
- Les troubles affectifs sont associés non seulement à un haut risque de suicide mais aussi à une mortalité générale augmentée.
- La dépression est une pathologie récidivante, voire cyclique.
- L'impact économique en coûts directs (soins, arrêts maladie) et indirects (perte de productivité) est à la mesure de l'ampleur du phénomène.

- L'absence de traitement adapté ou son caractère inapproprié, en lien avec La non-reconnaissance des troubles dépressifs, augmente, en toute logique, ces différents risques.

Outre la souffrance qu'elle inflige au patient et à son entourage, la dépression engendre une mortalité et une morbidité dont le coût moral, social et financier pour la communauté est considérable et sans doute encore sous-estimé.

**Remerciements :** les plus vifs remerciements sont adressés aux Laboratoires Arkopharma, Biocodex, Glaxo Smith Kline, Lilly, Lundbeck et Smith Kline Beecham pour avoir aimablement fourni la documentation.

## RÉFÉRENCES

- 1 - Bellivier (F.) - Dépression majeure et ischémie coronarienne. *Guide pratique de prise en charge de la dépression*. Suresnes : Éditions Lilly, 2004, 1-11 (16 p.).
- 2 - Benhamou (Y.), Spadone (C.) - *Dépression et hépatite C*. Marly-le-Roi : Éditions Glaxo Smith Kline, 2001, 1-13 (18 p.).
- 3 - Bornard (M.C.), Grozelier (V.) - Dépression et travail. - Nanterre : Smithkline Beecham, « PRID Programme de recherche et d'information sur la dépression », 2000, 3-41 (52 p.).
- 4 - Boyer (P.), Dardennes (R.), Even (C.), Gaillac (V.), Gérard (A.), Lecrubier (Y.), Le Pen (C.), Weiller (E.) – Épidémiologie. In *Dépression et santé publique : données et réflexions*. Paris : Masson, « PRID Programme de recherche et d'information sur la dépression », 1999, 5-12 (117 p.).
- 5 - Braconnier (A.) - Début des états anxio-dépressifs : étude clinique préliminaire. - *Psychiatr. Psychobiol.*, 1986, **1**(2), 170-171.
- 6 - Braconnier (A.) - Le devenir des troubles dépressifs de l'enfance et de l'adolescence. In Lempérière (T.), *La dépression avant 20 ans*. Paris : Masson-Acanthe, « PRID Programme de recherche et d'information sur la dépression », 1998, p. 1-11 (194 p.).
- 7 - Braconnier (A.), Prouff (J.) - Dépression et adolescence. - Nanterre : Smithkline Beecham, « PRID Programme de recherche et d'information sur la dépression », 2000, 42 p.

- 8 Brent (D.A.), Perper (J.A.), Moritz (G.), Baugher (M.), Schweers (J.), Roth (C.) - Suicide in affectively ill adolescents : a case-control study. *J. Affect. Disord.*, 1994, **31**(3), 193-202.
- 9 - Camus (V.) - Évaluation de la dépression chez le sujet âgé. - *Psychol. NeuroPsychiatr. Vieil.*, 2004, **2**(1), S13-S17.
- 10 - Chastang (F.) - Dépression et troubles anxieux. In Lempérière (T.) *Dépressions et comorbidités psychiatriques*. Paris : Masson-Eticom (Acanthe), « PRID Programme de recherche et d'information sur la dépression », 2002, p. 79-98 (247 p.).
- 11 Chochinov (H.M.) - Depression in cancer patients. - *Lancet Oncol.*, 2001, **2**(8), 499-505.
- 12 Cummings (J.L.), Masterman (D.) - Depression in patients with Parkinson's disease. - *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, 1999, **14**, 711-718.
- 13 - D'Amato (T.), Dumas (P.) - Dépressions. - *Rev. Prat. (Paris)*, 1999, **49**, 745-748.
- 14 - Dumont (P.), Andreoli (A.), Borgacci (S.), Carballeira (Y.), Rentsch (D.), de Tonnac (N.), Archinard (M.) - Détection rapide de la dépression : un problème important. - *Rev. Méd. Suisse*, 2005, **1**(5), 344-349. <http://www.revmed.ch/print.php3?sid=30165>
- 15 Fingerhood (M.I.), Jasinski (D.R.), Sullivan (J.T.) - Prevalence of hepatitis C in a chemically dependent population. - *Arch. Int. Med.*, 1993, **153**(17), 2025-2030.
- 16 Frémont (P.) - Dépression et sujet âgé en institution. Marly-le-Roi : Édition Glaxo Smith Kline, 2002, p. 5-10 (29 p.).
- 17 - Frémont (P.) - Aspect clinique de la dépression chez le sujet âgé. - *Psychol. NeuroPsychiatr. Vieil.*, 2004, **2**(1), S19-S27.
- 18 - Goldenberg (F.) - *Dépression, anxiété et troubles du sommeil*. Marly-le-Roi : Édition Glaxo Smith Kline, 2001, 4-9 (15 p.).
- 19 - Hamonet (C.) - *Dépression et médecine physique et de réadaptation*. Marly-le-Roi : Édition Glaxo Smith Kline, 2004, 1-17 (31 p.).
- 20 - Mallet (L.), Mesnage (V.) - *Dépression et troubles neurologiques*. Marly-le-Roi : Édition Glaxo Smith Kline, 2001, 1-4 (23 p.).
- 21 Massie (M.J.), Holland (J.C.) - Depression and the cancer patient. - *J. Clin. Psychiatry*, 1990, **51**(12), 18-19.
- 22 - Morris (P.L.), Raphael (B.), Robinson (R.G.) - Clinical depression is associated with impaired recovery from stroke. - *Med. J. Aust.*, 1992, **157**(4), 239-242.

- 23 - Mouchet (S.), Olie (J.P.) - La dépression. - *Quotidien Pharm.*, février 2005, (2292), 1-15.
- 24 - Musselman (D.L.), Evans (D. L.), Nemeroff (C.B.) - The relationship of depression to cardiovascular disease. *Epidemiology, biology, and treatment.* - *Arch. Gen. Psychiatry*, 1998, **55**(7), 580-592.
- 25 - Naudin (J.), Azorin (J.-M.) - Anxiété et angoisse : diagnostic ou phénomène ? In Lempérière (T.) (Ed.), *Dépressions et troubles anxieux généralisés*. Issy-les-Moulineaux : Masson-Acanthe, « PRID Programme de recherche et d'information sur la dépression », 2004, 18-28 (195 p.).
- 26 - Nordin (K.), Berglund (G.), Glimelius (B.), Sjoden (P.O.) - Predicting anxiety and depression among cancer patients: a clinical model. - *Eur. J. Cancer*, 2001, **37**(3), 376-384.
- 27 - Pichot (P.) - Naissance de l'anxiété et des états anxieux. In Lempérière (T.), *Le trouble panique*. Paris : Acanthe, Paris : Masson, « PRID Programme de recherche et d'information sur la dépression », 1998, 7-8 (182 p).
- 28 - Poirier (M.F.) - Stratégies thérapeutiques chez un déprimé présentant une pathologie infectieuse chronique. - *L'Encéphale*, 1997, **1**(hors série), 43-48.
- 29 - Pommereau (X.), Bouic (J.), Courdurier (V.), Clermont (N.) - Le comportement suicidaire. In Lempérière (T.) (Ed.) *Dépression et suicide*. Paris : Masson-Acanthe, « PRID Programme de recherche et d'information sur la dépression », 2000, p. 58 (65 p.).
- 30 - Salmon (D.), Mercuel (A.) - États dépressifs au cours des maladies infectieuses graves. - *L'Encéphale*, décembre 1997, **1**(hors série), 9-13.
- 31 - Saltel (P.), Chvetzoff (G.) - *Dépression et cancer*. Marly-le-Roi : Édition Glaxo Smith Kline, 2001, 3-13 (23 p.).
- 32 - Tandberg (E.), Larsen (J.P.), Aarsland (D.), Cummings (J.L.) - The occurrence of depression in Parkinson's disease. A community-based study. - *Arch. Neurol.*, 1996, **53**(2), 175-179.
- 33 - Tison (F.), Spampinato (U.) - *Dépression et maladie de Parkinson : guide pratique de prise en charge de la dépression*. Suresnes : Éditions Lilly, 2004, p. 1-15 (24 p.).
- 34 - Wiart (L.) - *Dépression post-accident vasculaire cérébral : Guide pratique de prise en charge de la dépression*. Suresnes : Éditions Lilly, 2004, p. 1-10 (17 p.).

## ABSTRACT

### **Depression in the XXI century: I - An approach to the disease**

Within the context of an exhibition in the 'Espace Officine Aquitaine' (galenic pharmaceutical laboratory, 21-25 Nov 2005), a very topical and worrying issue was investigated: « Depression in the 21st century: an approach to the disease and its treatment ». This mental disorder, which is twice as frequent in women than in men, concerns about 15% of French people. It is characterized by nine symptoms discussed in the first part of this work. The reasons for depression could be related to teenage disturbances, work, the announcement of serious diseases or handicaps, and finally to old age. In addition, antidepressant treatment is often associated with suicide attempts or plans to commit suicide. The various antidepressant drugs and their mechanisms of action will be studied in a second part.

**Key-words:** antidepressant, anxiety, depression, stress

---