

COMMENT S'ADAPTER À LA MAUVAISE RÉPUTATION DE LA DÉPRESSION?

W. PITCHOT (1), G. SCANTAMBURLO (2)

RÉSUMÉ : Aujourd'hui, plus que jamais, le terme dépression a perdu tout son sens. Les progrès de la recherche suggèrent une prise de distance par rapport à nos systèmes de classification. La dépression est devenue un diagnostic fourre-tout dans lequel on retrouve la tristesse « normale », le deuil, les troubles de l'adaptation, les personnalités pathologiques, les troubles de l'anxiété... En outre, ce diagnostic reste très mal considéré auprès du public. Il est sans doute grand temps de prendre conscience de la détérioration de l'image de la psychiatrie, et en particulier, de la vision péjorative avec laquelle la société considère le diagnostic de dépression et son traitement avec des antidépresseurs. Cet article constitue une réflexion invitant les médecins généralistes et les psychiatres à progressivement délaisser le terme dépression et à utiliser plutôt le diagnostic trouble de l'humeur unipolaire, un concept plus large, plus en adéquation avec l'actualité scientifique, moins stigmatisant et mieux adapté à l'évolution de notre société.

MOTS-CLÉS : *Dépression - Trouble de l'humeur - Antidépresseur - Stigmatisation*

Le terme dépression est largement utilisé en psychiatrie comme dans le langage courant, mais avec des significations très différentes. La dépression est tantôt considérée comme une réaction émotionnelle adaptée aux circonstances difficiles de la vie, tantôt comme «le signe d'une fragilité», tantôt comme «un luxe», parfois comme une maladie. En fait, la dépression clinique ou dépression majeure est un véritable trouble mental, «une vraie maladie». Dans les pays européens, la dépression est même une des maladies les plus fréquentes (fig.1). Dans une étude récente portant sur un échantillon de la population européenne, la prévalence à 12 mois de la dépression unipolaire était de 6,9 % (1). La dépression est même considérée aujourd'hui comme un problème majeur de santé publique. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la dépression est actuellement la deuxième cause de handicap dans les pays développés derrière les affections ischémiques cardiaques et devant les affections cérébro-vasculaires, les accidents de la route, les affections pulmonaires obstructives ou les infections respiratoires basses (2). En outre, le fardeau qu'elle représente devrait continuer à croître de manière très significative au cours des 20 prochaines années. La dépression est

HOW TO COPE WITH THE BAD REPUTATION OF DEPRESSION

SUMMARY : Today, the term depression has lost its meaning. Recent scientific data suggests a change in our classifications of mental disorders. Depression is frequently used to refer to « normal » sadness, anxiety disorders, personality disorders or adjustment disorders... Moreover, in our society, this diagnosis remains badly accepted. It is really time to be aware of the deterioration of the image of psychiatry, and particularly the bad image of depression and its treatment with antidepressants. This paper is a reflexion inviting general practitioners and psychiatrists to progressively avoid the term depression and rather use the diagnosis of unipolar mood disorder, a broader concept, more adapted to new scientific data, less stigmatizing, and closer to the evolution of our society.

KEYWORDS : *Depression - Mood disorder - Antidepressant - Stigmatization*

une maladie grave. Elle est notamment associée à un risque suicidaire élevé, mais aussi à une comorbidité somatique importante, notamment cardio-vasculaire. La dépression a aussi des conséquences dramatiques sur le plan économique. Au-delà du coût de la prise en charge, la dépression entraîne une réelle incapacité à travailler et à maintenir un niveau de revenus acceptable, mais a aussi un impact évident sur la participation de l'individu à la productivité de l'économie (2). Dans les pays développés, avec les troubles anxieux, la dépression représente une des premières causes d'absentéisme.

Cependant, le diagnostic et le traitement de la dépression sont loin d'être évidents pour le professionnel, notamment à cause de la stigmatisation dont sont l'objet les sujets déprimés et les antidépresseurs sensés les aider (3). En effet, ce diagnostic reste très mal considéré auprès du public. La dépression a toujours la réputation d'une maladie honteuse, associée à un état de paresse, à une faiblesse de caractère ou à un risque d'évolution vers la folie. Au terme dépression, on préfère en général épuisement, fatigue psychique ou burn-out. En bref, on se défend d'être déprimé. Aujourd'hui, dans la société, la dépression a une bien mauvaise réputation.

Comment réagir face à une perception aussi stigmatisante d'une maladie pourtant si fréquente et si douloureuse ? Comment nous adapter à cette mauvaise réputation et ainsi retrouver de la crédibilité auprès de nos patients ? Le but de cet article est de susciter la réflexion autour du problème de la stigmatisation et, de manière plus précise, d'appréhender la réalité scienti-

(1) Chef de Service Associé, (2) Chef de Clinique, Service de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, CHU de Liège.

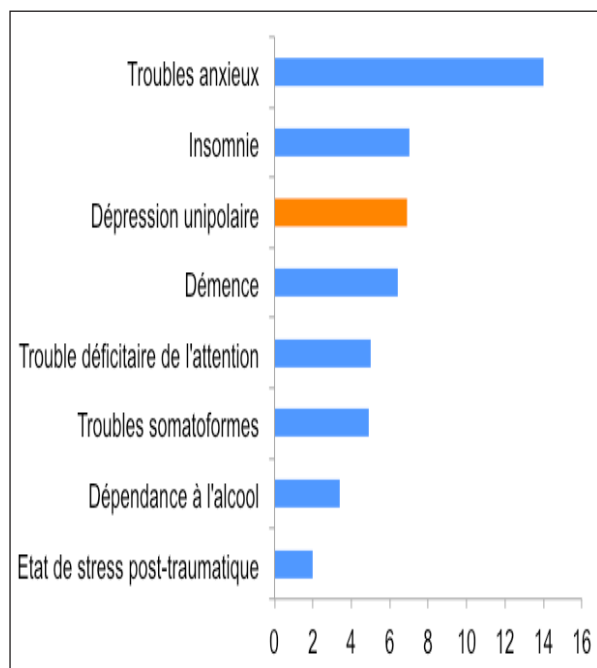


Figure 1. Prévalence à 12 mois de maladies du cerveau dans la population européenne (exprimée en % de la population)

fique, psychologique et sociétale du concept de dépression.

LA DÉPRESSION : UN DIAGNOSTIC FLOU ET CHANGEANT

Le diagnostic de dépression reste aujourd'hui basé sur l'approche catégorielle du DSM-IV-TR (4). Ce système de classification diagnostique utilise des critères opérationnels, à la fois d'inclusion et d'exclusion, basés sur la psychopathologie descriptive apparente plutôt que sur des interprétations concernant la cause présumée, qu'elle soit psychodynamique, sociale ou biologique. Cet outil peut évidemment avoir une certaine utilité en favorisant la communication entre les cliniciens et les chercheurs, mais peut aussi générer des insatisfactions, les diagnostics proposés reflétant mal la complexité de la maladie mentale. Les symptômes fondamentaux faisant partie du diagnostic de dépression majeure comprennent l'humeur dépressive, la perte d'intérêt ou de plaisir, la perte d'énergie, les troubles du sommeil, les modifications de l'appétit, les troubles cognitifs, le ralentissement psychomoteur, les sentiments de culpabilité et l'idéation suicidaire. Ces symptômes peuvent varier très fort d'un patient à l'autre en termes de sévérité et de chronicité, et être associés à d'autres symptômes évocateurs d'autres affections psychiatriques. En outre, chez un même patient, ces symptômes peuvent

changer au cours du temps. La grande diversité dans les présentations a conduit au développement de sous-groupes diagnostiques de dépression, comme par exemple, la dysthymie, la dépression atypique, ou la dépression avec caractéristiques psychotiques. La définition de ces entités diagnostiques est en adéquation avec le modèle médical classique de classification des maladies. Cependant, en psychiatrie, cette approche catégorielle a des limites de plus en plus évidentes. En particulier, l'absence d'étiologie claire aux troubles de l'humeur n'autorise pas l'établissement d'entités diagnostiques hermétiquement constituées. Par ailleurs, nous restons dans l'incapacité de découvrir des marqueurs biologiques susceptibles de valider l'établissement d'une nomenclature diagnostique basée sur la biologie.

QUEL TRAITEMENT POUR LA DÉPRESSION ?

En fait, l'intérêt d'une classification des maladies mentales n'est-il pas de refléter au maximum la réalité du terrain auquel le psychiatre clinicien est confronté au quotidien? Une réalité face à laquelle notre mission ultime n'est-elle pas de décrire la souffrance psychique du patient dans une perspective thérapeutique? Est-il nécessaire de poser un diagnostic précis, de «coller une étiquette» sur un patient, avant de pouvoir le soulager de sa souffrance, voire de le libérer de la douleur psychique? Dans ce contexte, les concepts diagnostiques de référence nous aident très peu dans le choix d'un traitement adapté. Dans la prise en charge des troubles de l'humeur, nous nous accordons assez bien sur l'importance d'atteindre la rémission complète, i.e. l'absence de symptômes dépressifs, la guérison (5). Pourtant, le taux de rémission complète obtenu dans les études cliniques ou les études naturalistes est assez bas, dépassant rarement les 35% (6-7). Un tel niveau d'échec avec les traitements antidépresseurs actuellement disponibles est généralement expliqué par les limites du modèle monoaminergique sur lequel a été basé le développement des antidépresseurs commercialisés au cours de ces 40 dernières années. En effet, la plupart des produits cliniquement actifs ont, en général, tendance à augmenter la disponibilité en sérotonine ou en noradrénaline, et dans une moindre mesure en dopamine au niveau de la fente synaptique. La solution proposée pour remédier à la faiblesse des traitements antidépresseurs serait de développer des molécules plus originales, plus efficaces, plus rapides et plus sûres. Les nouvelles cibles de la pharmaco-

thérapie antidépressive du futur seraient situées au-delà du récepteur membranaire. L'avenir du traitement de la dépression passerait par l'étude plus approfondie des mécanismes cellulaires et moléculaires impliqués dans la pathophysiologie de la dépression et des mécanismes biochimiques expliquant l'action antidépressive. Le risque d'une telle perception du traitement de la dépression serait celui d'une fuite en avant à la recherche de médicaments «miracles», oubliant toute la complexité du diagnostic de dépression avec ses dimensions sociales et psychologiques. De nouveaux traitements sont indispensables particulièrement pour les trop nombreux patients difficiles à traiter. Mais en attendant, le devoir du psychiatre chercheur ou clinicien ne serait-il pas d'abord de remettre en questions les convictions et les habitudes sur lesquelles on se base aujourd'hui pour soigner les patients dépressifs?

DES CATÉGORIES DANS UN MONDE DIMENSIONNEL

La question fait automatiquement surgir le concept d'une approche dimensionnelle des troubles de l'humeur. Cet abord dimensionnel est souvent présenté comme une alternative à l'approche catégorielle classique. Mais, l'idée de remplacer cette approche catégorielle par une alternative dimensionnelle continue de susciter une controverse importante et stérile. L'approche catégorielle est peut-être trop proche de la rationalité avec laquelle l'homme définit son univers, et donc trop rassurante pour être abandonnée (fig. 2).

Malgré l'évidente nécessité, les esprits ne sont pas prêts au renoncement. En fait, celui-ci n'est vraisemblablement pas indispensable. Les deux visions cliniques des troubles de l'humeur pourraient se révéler très complémentaires et particulièrement utiles dans la pratique quotidienne (fig. 3).

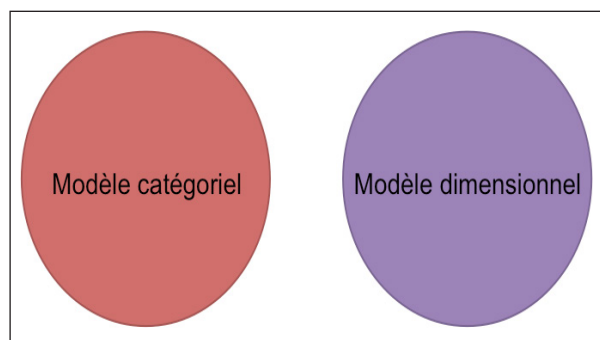


Figure 2. Modèle catégoriel *versus* modèle dimensionnel.

Les nombreux échecs thérapeutiques rencontrés en pratique dans la prise en charge de la dépression nous condamnent à l'humilité, mais surtout à une prise de recul face la complexité clinique que représente un problème de dépression. Compléter notre hypothèse diagnostique par une approche dimensionnelle pourrait augmenter nos chances de guérir le patient. La dépression qualifiée de résistante est un bel exemple de l'intérêt de cette gymnastique. En fait, des patients ne répondant pas ou ne présentant qu'une réponse partielle au traitement antidépresseur pourraient faire partie d'une entité clinique appelée «spectre bipolaire». Certains auteurs suggèrent même, en l'absence d'antécédents de manie ou d'hypomanie, de poser le diagnostic de dépression bipolaire en termes de probabilité. L'intérêt d'une telle approche est de mieux définir les indications thérapeutiques. Ainsi, les traitements pourraient être mieux ciblés. En particulier, l'utilisation parfois abusive des antidépresseurs dans le traitement de la dépression pourrait être reconsidérée au profit de choix thérapeutiques plus adaptés. Des produits comme certains antipsychotiques atypiques (ex. : quétiapine, aripiprazole, olanzapine) ou certains antiépileptiques (ex. : valproate, lamotrigine) se révèlent bien souvent plus indiqués dans le traitement de ces dépressions de type bipolaire que les antidépresseurs. Cependant, au-delà des résultats des études cliniques démontrant l'efficacité antidépressive de certaines de ces médications, la remise en question de l'utilisation des antidépresseurs dans certaines dépressions impose un autre renoncement, celui de la nomenclature actuelle des psychotropes. Les indications des antidépresseurs sont bien plus nombreuses que la seule dépression, tout comme celles des anti-

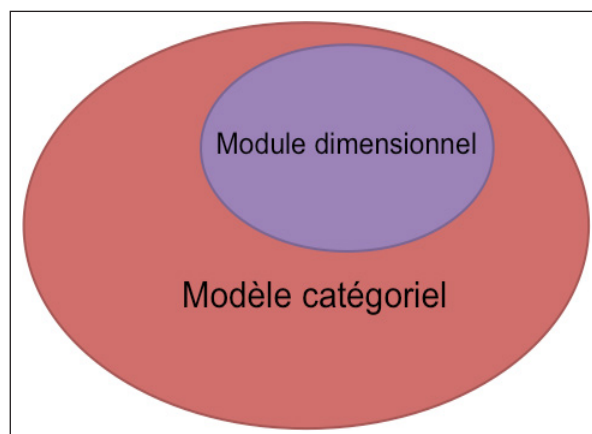


Figure 3. Intégration des approches catégorielles et dimensionnelles

psychotiques dépassent largement le diagnostic de schizophrénie.

L'approche dimensionnelle des troubles de l'humeur est un concept auquel le psychiatre et le médecin généraliste doivent s'intéresser. Elle ne peut qu'enrichir notre travail et bénéficier aux patients, mais à condition de l'intégrer dans une pratique pluraliste et surtout non dogmatique. Une telle pratique doit permettre de mieux choisir les options thérapeutiques, qu'elles soient médicamenteuses ou psychothérapeutiques.

CONCLUSION

Aujourd'hui, plus que jamais, le terme dépression a perdu tout son sens. Les progrès de la recherche suggèrent une prise de distance par rapport à nos systèmes de classification. Cependant, jeter ces modèles sur lesquels nous basons notre travail depuis si longtemps pour en construire de nouveaux serait sans doute trop excessif. Il est trop tôt pour modifier notre logique catégorielle. Mais il est grand temps de prendre conscience de la détérioration de l'image de la psychiatrie, et en particulier, de la vision péjorative avec laquelle la société considère le diagnostic de dépression et son traitement avec des antidépresseurs. La dépression est un diagnostic fourre-tout dans lequel on retrouve la tristesse «normale», le deuil, les troubles de l'adaptation, les personnalités pathologiques, ou les troubles de l'anxiété... Dans les médias, les antidépresseurs sont assimilés aux anxiolytiques, aux calmants, aux somnifères. Dans le grand public, ces médicaments sont considérées comme étant susceptibles de changer la personnalité, d'augmenter le risque de passage à l'acte suicidaire chez l'adolescent, d'induire une dépendance, ou de favoriser la maladie d'Alzheimer. Cette perception est parfois étayée par des études scientifiques en général mal interprétées, sorties de leur contexte et dont on ne garde qu'une conclusion polémique. Ainsi des études ont montré que les antidépresseurs ne sont pas efficaces, ou alors dans les cas les plus sévères, voire même que ces médicaments aggravent la dépression chez 20% des sujets traités. Toutes ces considérations nous obligent à changer notre communication, à modifier notre langage de psychiatre. Aujourd'hui, un traitement ne peut être proposé sans avoir au préalable développé une communication adaptée aux nouvelles attentes du patient et de la société. Dans ce contexte, nous devrions peut-être progressivement délaissier le terme dépression ou au moins ne pas en abuser, et peut-être même le remplacer, par exemple par celui de trouble de l'humeur unipolaire, un concept plus

en adéquation avec l'actualité scientifique, moins stigmatisant et mieux adapté à l'évolution de notre société. L'appellation antidépresseur sous laquelle on regroupe une série de médicaments développées au départ dans l'indication de dépression majeure unipolaire devrait sans doute aussi être abandonnée. Certains de ces médicaments auraient très bien pu se retrouver classés dans la catégorie des antidouleurs, des anxiolytiques ou des somnifères. Aujourd'hui, on ne traite plus la dépression avec des antidépresseurs, mais avec des médicaments aux mécanismes d'action complexes et douées de propriétés «multifonctionnelles» permettant d'atteindre la rémission complète.

La santé psychologique de la population se détériore gravement. La prévalence des troubles de l'humeur, des troubles de l'anxiété et des addictions explose. L'impact en termes de bien-être psychologique, mais aussi physique est énorme. La dépression en particulier représente sans doute une bombe à retardement pour l'économie des pays développés. Malheureusement, aujourd'hui, les individus souffrant de cette maladie sont de plus en plus stigmatisés, rejetés, jugés, condamnés par la société. Dans les médias, on se soucie plus du moral des marchés que du moral de la population. Dans ce contexte, il est urgent que la société se remette en question par rapport à cette problématique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, et al.— The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol*, 2011, **21**, 655-679.
2. World Health Organisation.— World Health Report 2001 Mental health : new understanding, new hope. Geneva : World Health Organization 2001.
3. Sartorius N, Gaebel W, Cleveland HR, et al.— WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists. *World Psychiatry*, 2010, **9**, 131-144.
4. American Psychiatric Association.— Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.) 2000. Washington, DC.
5. Pitchot W, Scantamburlo G, Pinto E, et al.— Guérir la dépression : une question d'objectif et de détermination. *Rev Méd Liège*, 2010, **65**, 370-380.
6. Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, et al.— Bupropion-SR, sertraline, or venlafaxine-XR after failure of SSRIs for depression. *N Engl J Med*, 2006, **354**, 1231-1242.
7. Ansseau M, Demyttenaere K, Heyrman J, et al.— Objective : remission of depression in primary care: the OREON study. *Eur Neuropsychopharmacol*, 2009, **19**, 169-176.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr W. Pitchot, Service de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, CHU de Liège, Belgique.
Email : w.pitchot@chu.ulg.ac.be