

## SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE.	
I. DEFINITION.....	3
II. EPIDEMIOLOGIE.....	3
III. DIAGNOSTIC CLINIQUE.....	4
III.1 Type de description.....	4
III.2 Formes cliniques.....	5
IV. DIAGNOSTIC POSITIF.....	12
V. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL.....	14
VI. LES ECHELLES DE DEPRESSION.....	15
VII. FACTEURS DECLENCHANTS.....	16
VIII. FACTEURS DES RISQUES SUICIDAIRES DE LA DEPRESSION.....	17
IX. PRISE EN CHARGE.....	18
DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE PROPREMENT DIT	
I. METHODOLOGIE.....	30
I.1 Cadre d'étude.....	30
I.2 Type et période d'étude.....	30
I.3 Matériels utilisés .....	30
a) Critères d'inclusions.....	30
b) Critères d'exclusions .....	30
c) Paramètres étudiés .....	30

d) Limite d'étude .....	31
II. RESULTATS.....	32
II.1 Résultats globaux.....	32
II.2 Résultats selon les paramètres étudiés.....	32
II.2.1 Selon l'âge.....	32
II.2.2 Répartition selon le genre.....	33
II.2.3 Répartition selon la situation matrimoniale.....	34
II.2.4 Répartition selon les professions.....	35
II.2.5 Répartition selon les motifs de consultation.....	36
II.2.6 Répartition selon les antécédents .....	37
II.2.7 Répartition selon les facteurs déclenchants.....	38
II.2.8 Répartition selon les symptômes.....	39
a) La symptomatologie principale.....	39
b) Les symptômes secondaires .....	39
II.2.9 Répartition selon les prises en charge.....	45
II.2.10 Répartition selon l'évolution à 4-6ème semaine du traitement..	47
 DISCUSSION ET SUGGESTIONS	
I. DISCUSSION.....	49
I.1. EPIDEMIOLOGIE.....	49
I.1.1 Prévalence .....	49
I.1.2 Proportion de la dépression par rapport aux autres pathologies psychiatriques.....	50
I.1.3 Age .....	51

a) Moyenne d'âge.....	51
b) Tranche d'âge .....	51
I.1.4 Genre.....	52
I.1.5 Situation matrimoniale.....	53
I.1.6 Profession .....	54
I.1.7 Motif de consultation.....	56
I.1.8 Antécédent.....	58
I.1.9 Facteurs déclenchants.....	61
I.1.10 Symptômes.....	62
I.1.11 Prise en charge.....	64
I.1.12 Evolution.....	66
II. SUGGESTION.....	68
CONCLUSION.....	72
ANNEXES	
REFERENCES	

## LISTE DES TABLEAUX

	<b>Pages</b>
Tableau n°1 : Les antidépresseurs imipraminiques.....	21
Tableau n°2 : Les non imipraminiques.....	22
Tableau n°3 : Antidépresseur divers.....	23
Tableau n°4 : Répartition selon la tranche d'âge.....	32
Tableau n°5 : Répartition selon la situation matrimoniale.....	34
Tableau n°6 : Répartition selon les motifs de consultation.....	36
Tableau n°7 : Répartition des troubles du comportement au cours de la vie quotidienne des patients déprimés.....	41
Tableau n°8 : Répartition des troubles des fonctions supérieures.....	42
Tableau n°9 : Répartition des symptômes dépressifs.....	44
Tableau n°10 : Répartition des antidépresseurs prescrites.....	46

## LISTE DES FIGURES

	Pages
Figure n°1 : Représentation graphique de la répartition selon le genre.....	33
Figure n°2 : Représentation graphique des patients déprimés selon la profession	35
Figure n°3 : Diagramme montrant la situation des patients déprimés vis-à-vis des antécédents.....	37
Figure n°4 : Répartition des patients déprimés selon leur facteur déclenchant....	38
Figure n°5 : La distribution de la somatisation chez les patients déprimés.....	39
Figure n°6 : Répartition de l'évolution de la maladie dépressive du patient à 4- 6ème semaines du traitement combiné.....	47

## LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

**A** : Adulte

**afssaps** : Agence Française de sécurité Sanitaire des Produits de Santé

**ANAES** : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

**ASEP** : Association Septentrionale d'Épidémiologie Psychiatrique

**CES-D** : The center for épidémiologic studies dépression scale

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CIM-10** : Classification internationale des maladies. 10<sup>e</sup> révision

**Cp** : comprimé

**CPRS-D** : The comprehensive psychopathology ratine Scale

**DCI** : Dénomination Commune Internationale

**DSM- IV** : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, 4<sup>e</sup> édition

= : Egal

**E** : Enfant

**EUSSPA** : Etablissement Universitaire de Soins et de Santé Publique d' Analakely

**FSH**: Hormone stumulating factor

**HDRS**: Hamilton Depression Rating Scale

**IEC**: Information-Education-Communication

**IMAO** : inhibiteurs de la monoamine oxydase

< : Inférieur à

**INPES** : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

**IRSna** : inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline

**ISRS** : inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine

**J**: Jours

**MADRS**: Montgomery and Asberg Depression Rating Scale

mg: en milligram

ml: en millilitre

**Nassa**: Noradrenergic And Specific Serotonergic Antidepressant

**n°** : numéros:

(ns) : produit non sécable

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**P** : Valeur de proportion

**%** : Pourcentage

**P/U** : Prix de l'unité de conditionnement en Euro

**PSE** : Le test de present state examination (PSE).

**>** : Supérieur à

(s) : produit sécable

(sb) : Solution buvable

## **INTRODUCTION**

## INTRODUCTION

Dans la clinique psychiatrique courante, on est frappé par la fréquence des réactions dépressives (1, 2). Ainsi les différentes études épidémiologiques soulignent toutes ses grandes fréquences. Les estimations des prévalences varient sensiblement selon les études en fonction d'une part de la population étudiée et d'autre part des critères d'évaluation (retenues par la Classification Internationale des Maladies 10<sup>ème</sup> révision).

La dépression est une pathologie qui affecte toutes catégories d'individus de toutes tranches d'âge (1, 3), en particulier chez ceux présentant une altération des fonctions cognitives (4, 5). C'est l'une des maladies les plus répandues, souvent coexistant avec d'autres maladies graves, selon l'OMS, les troubles dépressifs unipolaires ont été classés en tant que troisième principale cause de la charge mondiale des maladies en 2004 et passera au premier plan en 2030 (6). On estime que 350 millions dans le monde sont touchées par la dépression.

Elle représente un problème de santé publique mondiale.

Par ailleurs, le pronostic varie selon l'âge. La dépression retentit de manière importante sur la qualité de vie de l'individu responsable de dépendance physique et psychologique. Le risque majeur chez les patients déprimés est le suicide (7).

L'efficacité du traitement de la dépression repose à la fois sur des moyens médicamenteux et non médicamenteux.

Cependant, malgré ces constatations, cette pathologie reste largement sous diagnostiquée et sous traitée, c'est pourquoi beaucoup d'auteurs insistent sur la nécessité de diagnostiquer une dépression et d'améliorer la prise en charge.

Au vu de ces constatations, l'objectif de notre étude est d'évaluer l'épidémiologie de la dépression pour en améliorer la prise en charge.

Pour atteindre ces objectifs, notre travail comportera trois grandes parties :

- la première partie va concerner la revue de la littérature.
- la deuxième partie sera consacrée à notre étude proprement dite.
- la troisième et dernière partie évoquera nos suggestions avant de conclure.

**PREMIERE PARTIE**

**REVUE DE LA LITTERATURE**

## **PREMIERE PARTIE : RAPPELS**

### **I. DEFINITION**

Selon l'OMS, la dépression est un trouble mental courant caractérisé par une humeur dépressive, une perte d'intérêt ou du plaisir, une baisse d'énergie, des sentiments de culpabilité ou de faible estime de soi, un trouble du sommeil ou de l'appétit et un manque de concentration (6).

De plus, la dépression s'accompagne souvent de symptôme d'anxiété (6).

### **II. EPIDEMIOLOGIE :**

Le syndrome dépressif est fréquent (soit de 16 % de prévalence dans la population générale) aux ETATS-UNIS en 2003, en 1988 elle représentait la cinquième maladie la plus diagnostiquée dans les cabinets de médecins (7).

En 2011, une étude de l'OMS a montré que les Français sont les plus déprimés au monde juste devant les Américains dont le 21 % de la population générale reconnaissent avoir traversé durant leur vie une période de dépression (8).

Selon le dernier chiffre de l'OMS publié en mois d'octobre 2012 à l'occasion de la journée mondiale de la santé mentale, plus de 350 millions de personnes dans le monde souffrent de la dépression, soit 5% de la population mondiale (9).

Chez les sujets âgés, la prévalence en population générale pour la dépression majeure est de 1,8% à 5,5% et pour la dépression mineure 9,8% tandis que la prévalence en milieux hospitalier est de 15 à 20% en 2009 (10, 11).

Dans la littérature, la prévalence de la dépression chez l'enfant est évaluée à 0,6 % chez la population générale en 1989 (12). Des études plus récentes ont montré une prévalence entre 0,5 et 2 à 3 % de la population générale (13). Chez l'adolescent elle est estimée entre 0,4 et 8,3 %. Avant la puberté, le sex ratio est égal à 1, mais à

l'adolescence, on note surtout une prédominance féminine avec sex ratio égal à 0,5 (14, 15).

Le handicap social (les conséquences) lié à la dépression serait aussi important aux ETATS-UNIS (7). La dépression est classée au troisième rang des maladies handicapantes après les pathologies cardiovasculaires et tumorales (16). Selon une étude de l'OMS en 2006, la maladie dépressive représente actuellement une des causes principales de handicap dans le monde (17).

La dépression peut mener au suicide, les femmes font 2 fois plus de tentative de suicide que les hommes. Mais les hommes suicides sont 2 fois plus que les femmes (18, 19), et près de 1 million de vie sont perdues chaque année à cause de suicide.

La co-morbidité avec d'autres pathologies est fréquente (20). La prévalence des épisodes dépressifs au cours d'une maladie cancéreuse et de ses traitements est estimée aux alentours de 25% avec une majoration durant les phases avancées, jusqu'à plus de 50% (21). L'association de la pathologie neurologique avec la dépression est de 50% et pour l'état démentiel, la comorbidité avec la dépression est de 47%.

### **III. DIAGNOSTIC CLINIQUE**

Le diagnostic de la dépression est purement clinique et repose sur un certain nombre de critères.

#### **III.1 Type de description**

Selon le critère d'épisode dépressif majeur ou caractérisé (CIM 10) (22).

A. Critères généraux (obligatoires) :

G1. L'épisode dépressif doit persister au moins 2 semaines.

G2. Absence de symptômes hypomaniaques ou maniaques répondant aux critères d'un épisode maniaque ou hypomaniaque [F30] à un moment quelconque de la vie du sujet.

G3. Critères d'exclusion le plus couramment utilisés : l'épisode n'est pas imputable à l'utilisation d'une substance psychoactive [F10-19] ou à un trouble mental organique, selon la définition donnée en F00-F9.

B. Présence d'au moins 2 des 3 symptômes suivants :

[1] Humeur dépressive à un degré nettement anormal pour le sujet, présente pratiquement toute la journée et presque tous les jours, dans une large mesure non influencée par les circonstances, et persistant au moins 2 semaines.

[2] Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour des activités habituellement agréables.

[3] Réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité.

C. Présence d'au moins 1 des 7 symptômes suivants, pour atteindre un total d'au moins 4 symptômes :

[1] Perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi.

[2] Sentiments injustifiés de culpabilité excessive ou inappropriée.

[3] Pensées de mort ou idées suicidaires récurrentes ou comportement suicidaire de n'importe quel type.

[4] Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer (signalée par le sujet ou observée par les autres), se manifestant par exemple par une indécision ou des hésitations.

[5] Modification de l'activité psychomotrice, caractérisée par une agitation, ou un ralentissement (signalés ou observés).

[6] Perturbation du sommeil de n'importe quel type.

[7] Modification de l'appétit (diminution ou augmentation) avec variation pondérale correspondante.

## **III.2 Formes cliniques**

### **III.2.1 Les dépressions primaires**

Elles correspondent à un syndrome dépressif survenant chez un sujet n'ayant aucun trouble psychique dans ses antécédents (en dehors d'éventuels épisodes dysthymiques) (23).

#### **III.2.1.1 Formes exogènes**

La dépression exogène : dépressions névrotiques ou névrotico-réactionnelles

Elles surviennent sur un terrain névrotique déjà connu (phobique, obsessionnel, anxieux, hystérique) (23, 24). Le patient est conscient du caractère morbide de son état. Il est capable d'en parler, de faire une demande d'aide. Il aborde spontanément sa souffrance psychologique, sans passer par le détour de trouble somatique divers (24).

En d'autre terme, la dépression psychogène est le résultat d'une réaction d'un individu à un évènement pénible, très affligeant, douloureux et semble-t-il grave, du moins pour l'entourage (23).

Les caractéristiques de la dépression :

- Intensité modérée
- Due (au moins en partie) à des traits de personnalités fragiles (hyper-émotivité, manque de confiance en soi, caractère anxieux.
- Déclenchée ou entretenue par un contexte affectif ou social que le sujet n'a pas les capacités de gérer harmonieusement.
- Elle se manifeste par une humeur triste, morose, avec des pleurs fréquents. Cette humeur est très fluctuante d'un jour à l'autre. Elle est souvent aggravée en fin de journée.

### **III.2.1.2 Formes endogènes**

La dépression endogène : il s'agit d'une dépression qui s'installe sans cause apparente (6, 23).

a) Trouble bipolaire (25, 26).

C'est une affection psychiatrique caractérisée par :

- La survenue d'un ou de plusieurs épisodes d'accès maniaques et /ou mélancoliques (16, 25).
- Une évolution cyclique.
- Une absence de trouble entre les accès

On parlera donc d'un trouble bipolaire si on retrouve au cours de l'évolution des accès maniaques (un seul suffit) et des accès mélancoliques.

Les sous groupes les plus souvent retenues sont : bipolaire I, bipolaire II, bipolaire III (25, 26).

-Bipolaire I : est un syndrome comprenant, au cours de son évolution, un ensemble complet de symptômes de manie.

-Bipolaire II : se caractérise par la survenue d'épisodes dépressifs et hypomaniaques séparés par des intervalles libres.

-Bipolaire III : définis par des dépressions récurrentes surviennent dans des familles bipolaires et répondant favorablement au lithium.

Parfois, le terme bipolaire III est utilisé pour désigner les patients qui ne présentent une hypomanie ou une manie que sous l'effet d'un agent pharmacologique, en particulier antidépresseurs et jamais spontanément.

NB : - le trouble cyclothymique qui est considéré comme un trouble chronique et fluctuant de l'humeur, caractérisé par la succession d'épisode d'hypomanie et de dépression légère.

-Le trouble bipolaire à cycle rapide s'est défini par la survenue d'au moins quatre épisodes dysthymiques par an.

b) Trouble dépressif Unipolaire : entité pivot de trouble dépressif, le trouble dépressif majeur unipolaire est défini par la présence d'un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs dans la vie d'un sujet, et par l'absence d'épisode maniaque ou hypomaniaque (16).

L'élément essentiel des troubles dépressifs est l'épisode dépressif majeur (caractérisé). Il est défini dans le CIM 10 par une association de syndrome dépressif :

- suffisamment nombreux,
- suffisamment durables,

- à l'origine d'une souffrance cliniquement significative,
- et à l'origine d'une incapacité fonctionnelle.

c) L'accès mélancolique (23).

➤ C'est un état dépressif typiquement endogène dont le mode de survenue peut être brutal ou progressif (souvent précédé par des troubles du sommeil, une asthénie, une tristesse, une hyperactivité, des ruminations anxieuses) ; il est caractérisé par :

- Une présentation caractéristique.
- Une humeur dépressive sévère (avec une douleur morale).
- Des troubles somatiques.
- Une angoisse majeure parfois.

➤ La présentation clinique à la phase d'état (27) :

▪ Humeur dépressive (28) :

- une douleur morale intense.
- une tristesse profonde et permanente
- des idées mélancoliques : autodépréciations, sentiments d'incurabilité, sentiments de culpabilité inapproprié, désir de mort (avec parfois conduite d'opposition : refus de s'alimenter ou de se traiter)
- un risque suicidaire : « prévisible » (car le patient en parle) ; « imprévisible » (c'est le risque de raptus suicidaire).

▪ Une activité réduite (avec immobilisation).

▪ Un faciès triste.

▪ Un discours réduit.

▪ L'inhibition :

- Une asthénie.
- Un ralentissement idéo-moteur.

▪ Les troubles somatiques :

- des troubles du sommeil (surtout enfin de nuit, pénible et rebelle).
  - des troubles digestifs (anorexie avec amaigrissement)
  - des céphalées.
- Angoisse.
    - Les différents types de la mélancolie (29).
- La mélancolie anxieuse avec :
    - une angoisse majeure,
    - une agitation permanente,
    - un risque suicidaire important.
- La mélancolie stuporeuse avec :
    - une inhibition psychomotrice majeure.
- La mélancolie délirante avec :
    - un délire pauvre, fixe, monotone dont les principaux mécanismes : l'interprétation ; l'illusion perceptive ; les hallucinations auditives ; l'imagination.
    - un vécu délirant caractérisé par la conviction totale. Les principaux thèmes sont: la culpabilité ; l'idée de persécution ; des idées hypochondriaques ; des idées de ruine, de deuil.
- La mélancolie simple ou mineure de type :
    - dépression masquée (ou la symptomatologie somatique relègue au second plan les symptômes psychiques).
    - équivalents dépressifs : des troubles isolés du caractère ; l'alcoolisme périodique ; des syndromes névrotiques ; des troubles de conduites alimentaires.

### III.2.2 Les dépressions secondaires

Elles correspondent à un syndrome dépressif survenant chez un sujet ayant des antécédents psychiatriques (autres que les troubles dysthymiques) ou dans le cadre d'un traitement médicamenteux (23).

- Des dépressions secondaires à des affections psychiatriques (une psychose chronique, une personnalité psychopathique, l'alcoolisme, les toxicomanies, etc....) ou organique (une maladie de parkinson, une démence, cancer, etc....) (23, 25).
- Dépressions iatrogènes (les antiparkinsoniens, les amphétamines, les anorexigènes, les oestro-progestatifs, les corticoïdes, les antituberculeux, les antihypertenseurs, etc.... (23, 25).

### III.2.3 Autres formes des dépressions

#### III.2.3.1 Dépression périnatale

C'est la dépression qui se manifeste pendant la grossesse ou après l'accouchement (30), elle constitue une préoccupation pour toutes les personnes en relation avec la patiente (30).

La dépression du post-partum peut survenir à tout moment dans les six premiers mois après l'accouchement, la manifestation peut se présenter par une brève crise de tristesse « le baby blues » jusqu'à une dépression majeure clinique : dépression du post-partum qui est plus grave et dure longtemps avec :

- une fatigue constante
- une absence de joie dans leur vie
- une impression d'engourdissement
- un retrait social
- un manque d'intérêt pour elle-même ou envers le nouveau né
- une perte d'intérêt pour la relation sexuelle
- un fort sentiment d'échecs et d'inaptitude
- des fluctuations de l'appétit
- des pensées suicidaires.

La dépression du post-partum semble liée aux variations brusques d'hormones aux cours de la grossesse ; on a notamment montré que le taux d'hormone corticotrope dans le placenta est associé au risque, cette hormone est associée au cortisol, qui régule notamment le stress (31).

En d'autre terme, la dépression du post-partum peut être due aussi (32) :

- à des difficultés de vie au cours de la grossesse,
- le degré de satisfaction conjugale,
- le sentiment de perte à la fin de la grossesse,
- les déceptions liées à l'expérience de l'accouchement,
- le soin d'un nouveau né très exigeant,
- le manque de soutien familial et social,
- des antécédents familiaux de dépression du post-partum,
- des antécédents de dépression (32, 33).

### **III.2.3.2 Dépression saisonnière**

Officiellement, on l'appelle « trouble affectif saisonnier ». Plus couramment, on parle du « blues de l'hiver » ou de la déprime hivernale.

Il s'agit d'une affection psychologique fréquente, entre 3 et 5 % des individus en souffrent dans l'hémisphère Nord (34). Dans 75 à 80 % des cas, les victimes sont des femmes âgées de 18 à 45 ans (34). Le trouble affectif saisonnier peut se déclarer dès l'âge de dix ou douze ans, même s'il tend à s'installer après la puberté. Les symptômes se manifestent au mois d'octobre au mois d'avril.

Pour la caractériser, il faut d'abord réunir les symptômes d'un épisode dépressif classique (35) :

- absence de motivation,
- difficulté de concentration,
- passivité,
- mélancolie,
- sentiment de fatigue,
- pensées suicidaires dans les cas les plus prononcés.

Ces symptômes doivent durer plusieurs jours par semaine pendant deux ou trois semaines pour que l'on puisse vraiment parler d'épisode dépressif.

La dépression saisonnière se reconnaît à plusieurs particularités. Les personnes atteintes ont tendance à trop dormir (hypersomnie) et à trop manger (hyperphagie), surtout des sucreries (34). Souvent aussi (mais pas systématiquement), la mélancolie atteint son pic dans la soirée, alors que la tristesse est surtout matinale dans les autres types de dépression.

Enfin, les dépressifs saisonniers retrouvent une humeur stable à partir du printemps et durant tout l'été (34). Si les symptômes persistent au cours de cette période on parle d'un épisode dépressif majeur.

Dans la dépression hivernale, une hypothèse sur l'hérédité est avancée car souvent plusieurs membres de la même famille en sont touchés.

Sur le plan neurophysiologique, les chercheurs ont repéré deux phénomènes associés à la dépression : des variations importantes dans la sécrétion de la mélatonine qui est une hormone qui régule notre vie quotidienne sur la veille et le sommeil, elle donne un effet d'endormissement (35). Sa sécrétion est maximale dans la nuit, pourtant pendant l'hiver le degré de la luminosité apporté par la lumière peut être insuffisant (500 lux ou inférieur à 2000 lux) d'où la possibilité du taux anormalement élevé de cette hormone dans la journée pendant la période hivernale; d'autre part, une baisse d'activité du système sérotoninergique (un neurotransmetteur de notre cerveau) qui a un pouvoir euphorisant peut entraîner la survenue de la dépression (35).

#### **IV. DIAGNOSTIC POSITIF**

Le diagnostic de dépression répond à un ensemble de signes bien établis. Il se fait à partir de la 3<sup>ème</sup> semaine d'apparition de la symptomatologie dépressive.

Au cours de l'épisode dépressif typique, la personne souffre habituellement de (36) :

- une humeur dépressive (tristesse),

- perte d'intérêt et d'enthousiasme,
- réduction d'énergie (fatigabilité, anhédonie, abolie).
- symptômes dépressifs habituels sont :
  - asthénie
  - tristesse
  - manque de concentration
  - anxiété
  - irritabilité
  - trouble du sommeil
  - algies diverses

#### **IV.1 Particularité symptomatologique chez les femmes (31)**

Les femmes ont tendance à vivre la dépression de façon différente des hommes.

Elles ont tendance à signaler des symptômes plus nombreux et plus graves.

Les symptômes se manifestent souvent par les symptômes de « dépression atypique » c'est-à-dire :

- une humeur réactive, qui s'améliore en réponse à des événements positifs
- une hyperphagie (on mange excessivement) ou prise de poids
- une hypersomnie (on dort excessivement)
- une grande fatigue physique
- une sensibilité au rejet

De plus, les femmes se plaignent davantage de symptômes somatiques (physiques) reliés à leur dépression, tels que maux de tête ou douleurs corporelles, ainsi que de pensées négatives et d'intenses sentiments de culpabilité. Elles sont également plus susceptibles de perdre leur intérêt pour les relations sexuelles (frigidité) et de pleurer davantage que les hommes. La recherche nous a montré que l'expérience subjective de la détresse est plus intense que celle des hommes.

## **IV.2 Particularité symptomatologique chez l'homme (19)**

La dépression chez l'homme est souvent une souffrance masquée. Un état dépressif chez l'homme peut se traduire par des sautes d'humeur, des comportements agressifs, un rejet de l'intimité, un refuge dans l'alcoolisation et ou prise de toxiques, une boulimie de sport, un isolement inhabituel, un trouble sexuel (une impuissance) etc....

## **V. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL**

### **V.1 Episode dépressif majeur (27) :**

- Causes somatiques :
  - hypothyroïdie,
  - insuffisance surrénalienne,
  - lésion cérébrale,
  - démence +++ chez le sujet âgé.
- Episode dépressif majeur induit par une substance :
  - certains médicaments (interféron alpha, corticoïde, b –bloquants).
  - intoxication ou sevrage à certaines drogues
- Deuil
- Si forme délirante ou stuporeuse :
  - Confusion (= cause somatique)
  - Troubles psychotiques (schizophrénie ...)

### **V.2 Diagnostic différentiel d'un trouble bipolaire (23).**

- Les bouffés délirantes polymorphes.
- Schizophrénie « dysthymiques »
- Mélancolie et manie « réactionnelles »

### V.3 Diagnostic différentiel de la mélancolie (29).

- Mélancolie typique avec :
  - dépression névrotique,
  - schizophrénie débutante,
  - certaines démences.
  
- Mélancolie stuporeuse avec :
  - la stupeur confusionnelle.
  
- Mélancolie délirante avec :
  - une schizophrénie paranoïde,
  - une psychose hallucinatoire chronique.

## VI. LES ECHELLES DE DEPRESSION :

Plusieurs échelles sont utilisées pour évaluer la profondeur de la dépression  
Elles sont pour la plupart d'origine anglo-saxonne (37) :

- Les échelles d'auto-évaluation (37) :

- Echelle de zung.
- La liste diagnostique de dépression de Beck. Le score varie de 0 à

39 :

- 0 à 3 : pas de dépression
- 4 à 7 : dépression légère,
- 8 à 15 : dépression d'intensité moyenne à modérée et supérieur à 10 faisant suspecter un risque suicidaire.
- 16 et plus : dépression sévère.

- Les questionnaires QD 2 A : score dépressif supérieure à 7.

- Le gériatric depression scale.
  - Les listes d'adjectifs Lubin, le questionnaire de Spielbergé.
  - Le questionnaire de Wakefield.
  - L'échelle visuelle analogique de dépression.
- Les échelles d'hétéro-évaluation (37) :
    - L'échelle de Hamilton. Elle est significative pour un score supérieur à 15.
    - L'échelle de Montgomery. (M A D R S) le score maximal est de 60 ; le seuil de dépression est fixé à 15.
    - The comprehensive psychopathology ratine Scale (CPRS-D).
    - Echelle d'évaluation de la dépression par les infirmières (NDR).
    - The center for épidémiologic studies depression scale (CES-D).
  - D'autres échelles (36) :
    - Le général health questionnaire.
    - Le test de présent state examination (PSE).

## VII. FACTEURS DECLENCHANTS :

— La dépression, comme la plupart des maladies psychiques, ne provient pas d'un facteur unique. Elle résulte au contraire d'un ensemble des mécanismes des diverses natures, encore imparfaitement connu. En d'autres termes, on ne devient pas dépressif sans raison sauf dans ce qu'on appelle dépression endogène. On distingue habituellement des facteurs biologiques c'est-à-dire que la survenue des symptômes dépressifs est liée à une perturbation du fonctionnement du cerveau qui se traduit notamment par une anomalie de la fabrication, de la transmission et de la régulation de certaines substances chimiques : les neuromédiateurs (noradrénaline et sérotonine) ce sont des hormones qui jouent un rôle important sur l'humeur (38).

— Notre histoire personnelle intervient également sur la survenue de la dépression, à ce propos, le fait de vivre des événements traumatisants tel qu'un chômage, un deuil, un divorce, un accident, une maladie, une violence subie, etc. . . . (38, 39).

— Il y a lieu de remarquer ainsi l'existence des facteurs environnementaux c'est-à-dire liés à l'environnement social et / ou familial plus précisément notre mode de vie stressante comme le stress au travail et au foyer, la mésentente du couple, des problèmes financiers, un déménagement, mauvais sommeil, toxicomanie, insécurité physique ou professionnelle, un harcèlement moral, une discrimination, un isolement social (38, 39). Notre environnement climatique peut jouer également un rôle important dans l'apparition de la dépression c'est-à-dire le manque du soleil surtout dans le cas de la dépression hivernale, le bruit et nuisances sonores.

— Ces principaux facteurs peuvent basculer notre humeur ils peuvent parfois intervenir juste avant la dépression puis ils la déclenchent, à ce moment on parle des facteurs précipitants.

— Des mécanismes psychologiques particuliers sont également impliqués dans la dépression comme les sentiments de perte, des conflits moraux, croyance négative, mauvaise estime de soi : « je ne pense rien faire de bon, je ne vauds rien » (38). Certains de ces mécanismes trouvent leur origine dans l'enfance, par exemple une première expérience associée à un sentiment de perte, d'autres peuvent être liés à des éléments plus actuels comme les différents événements traumatiques décrits ci-dessus.

## **VIII. FACTEURS DES RISQUES SUICIDAIRES DE LA DÉPRESSION**

La dépression est un facteur majeur de risque suicidaire. Les 90% des personnes qui ont mis fin à leur vie en se suicidant souffrent d'un trouble mental et 60% d'entre elles étaient déprimées au moment de suicide (7).

A noter que chez les jeunes et les personnes âgées, le risque suicidaire est encore plus élevé surtout lors d'un début récent du processus pathologique de dépression psychique (7, 40).

Les facteurs qui exposent une personne aux risques de suicide sont complexes et étroitement liés les uns aux autres (41).

- Facteurs démographiques (41) :
  - Age
  - Sexe
  - Biologique, sociaux et environnementaux

- Facteur lié à la personne
- Facteurs psychiatriques :
  - Dépression majeure.
  - Autres troubles de l'humeur comme le trouble bipolaire.
  - Schizophrénie.
  - Anxiété et trouble du comportement.
  - Sentiment d'impuissance.

Les facteurs aggravants le risque de suicide survenant dans les dépressions psychiques (36) :

- Homme de moins de 25 ans.
- Trouble d'installation précoce.
- Dépendance alcoolique.
- Phase dépressive (mélancolique) d'un trouble bipolaire.
- Etat maniaco-dépressif mixte.

Devant un état dépressif, les symptômes qui devraient alerter le médecin à évaluer le risque suicidaire sont (36) :

- Insomnie persistant.
- Négligence de soi.
- Présence d'un désordre mental (dépression mélancolique en particulier).
- Dysmnésie.
- Agitation.
- Attaque de panique.
- Désordre du sommeil et de l'appétit.

## **IX. PRISE EN CHARGE :**

Comme toute maladie, la dépression doit être identifiée avant d'entreprendre son traitement et comme tous les troubles psychologiques, la dépression suppose que l'individu s'en remette à autrui. On ne peut s'en sortir seul, au contraire on risque de

s'en fermer dans un cercle vicieux. Seul le médecin est capable d'évaluer la gravité du trouble, le patient doit avoir confiance en son médecin.

### **IX.1 Buts du traitement :**

- Traiter l'accès dépressif
- Prévenir les récurrences
- Traiter le trouble somatique.
- Traiter la maladie sous-jacente.

### **IX.2 Moyens :**

#### **a) NON MEDICAMENTEUX**

- Hospitalisation
- Psychothérapie : surtout psychothérapie de soutien

- Psychothérapie de soutien : les objectifs sont de renforcer les défenses psychiques existantes, d'apaiser l'angoisse, et de contribuer ainsi à l'apaisement des symptômes.

- Thérapie cognitivo-comportementale : il s'agit d'une analyse des pensées négatives à remplacer par des pensées positives, renforcement de l'estime de soi.

- Psychothérapie analytique est réservée aux troubles névrotiques.

#### **b) MEDICAMENTEUX**

##### **b-1 Chimiothérapie qui repose sur la prescription d'antidépresseur**

Il existe plusieurs familles d'antidépresseurs mais leur caractéristique commune est l'aptitude à redresser l'humeur dépressive.

Le principe de base est très simple : ils compensent la production insuffisante ou excessive de certaines substances chimiques par le cerveau.

La prescription médicamenteuse nécessite la connaissance et le respect de règles générales.

- Quelques règles générales (42).

- Bien différencier les formes majeures des formes mineures de dépression, sans oublier qu'un dépressif sur cinq ne reçoit pas les soins que nécessite son état, du fait des difficultés diagnostiques, d'une thérapeutique inadaptée ou d'un retard dans l'accès aux soins spécialisés.

- Se méfier de la «levée de l'inhibition ». Il était auparavant classique d'associer systématiquement des anxiolytiques, pour éviter le risque de passage à l'acte suicidaire. Cette notion est contestée par certains, au point de faire l'objet de la référence médicale opposable « il n'y a pas lieu d'associer systématiquement en début de traitement, à un antidépresseur, un anxiolytique. Si l'importance de l'anxiété, de l'insomnie du risque de levée d'inhibition, justifie une co-prescription, celle-ci doit être brève et rapidement réévaluer.

- Voir souvent le patient et son entourage, tant que le traitement d'entretien n'a pas été mis au point.

- Prendre toutes précautions pour qu'un déprimé ne se suicide pas avec les médicaments qu'on lui prescrit.

- Ne pas oublier que la prise en charge psychologique est tout aussi important que le médicament.

- Préférer la monothérapie antidépressive à un cocktail d'antidépresseurs. « Il n'y a pas lieu de prescrire en première intention plus d'un antidépresseur à dose antidépressive, lors de la mise en route du traitement d'un état dépressif.

- Prescrire l'antidépresseur pendant une durée suffisamment longue et en informant les patients (6 mois minimum).

- classification des antidépresseurs

Les médicaments antidépresseurs sont répartis en cinq classes (43) :

- les imipraminiques tricycliques ou non,
- les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)
- les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSna)
- les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO), sélectifs ou non
- les « autres antidépresseurs » (de mécanisme pharmacologique différent)

## LES ANTIDEPRESSEURS IMIPRAMINIQUES (44) :

Tableau n°1 : Les antidépresseurs imipraminiques

D'activités intermédiaires ou médianes

<b>Spécialités</b>	<b>DCI</b>	<b>Posologie</b>
Tofranil	Imipramine	A 20 -150 mg / J E> 4 ans 10-30 mg /J
Anafranil	Clomipramine	A. 20-150mg/J E. >4ans 10-30mg /J
Prothiaden	Dosulepine	A. 75-150mg/J

Psychotonique ou désinhibiteurs

<b>Spécialités</b>	<b>DCI</b>	<b>Posologie</b>
Kinupril	Quinipramine	A. 7,5 à 15 mg / J
Pertofran	Desipramine	A. 100 à 200mg /J

Sédatifs et anxiolytique

<b>Spécialités</b>	<b>DCI</b>	<b>Posologie</b>
Laroxyl	Amitriptyline	A. 25 à 150 mg / J E.> 4 ans : 10 -30 mg / J
Quitaxon	Doxepine	A. 25-100 mg / J E.> 4 ans : 0.5 -1 mg / J
Defanyl	Amoxapine	A. 150 -200 mg / J
Surmontil	Trimipramine	A. 50-100 mg / J
Ludiomil	Maprotiline	A. 50-150 mg / J E. >5ans : 1-3 mg /J
Motival	Nortriptyline	A. 20 -30 mg /J

## LES NON-IMIPRAMINIQUES, NON IMAO (45) :

Tableau n ° 2 : Les non imipraminiques.

Spécialités	DCI	Posologie	P/U
Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (I.R.S.N.A)			
Ixel 25 (ns)	Milnacipran	25 à 100	0,29
Ixel 50 (ns)	Milnacipran	50 à 100	0,52
Effexor 25	Venlafaxine	75 à 375*	0,29
Effexor 50	Venlafaxine	75 à 375*	0,43
Effexor LP 37,5	Venlafaxine	75 à 225*	0,47
Effexor LP 75	Venlafaxine	75 à 225	0,93
Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (I.S.R.S)			
Déroxat 20 (s)	Paroxetine	20 à 60*	0,78
Déroxat sb 20mg /10ml	Paroxetine	20 à 60*	0,45
Divarius 20 (s)	Paroxetine	20 à 60*	0,69
Floxyfral 50 (s)	Fluvoxamine	100 à 300	0,34
Floxifral 100 (s)	Fluvoxamine	100 à 300	0,63
Prozac 20 (ns)	Fluoxetine	20 à 60*	0,71
Prozac sb 20mg/5ml	Fluoxetine	20 à 60*	0,44
Prozac 20cp dispersible	Fluoxetine	20 à 60*	0,61
Seroplex 5	Exitalopram	10 à 20*	0,64
Seroplex 10 (s)	Exitalopram	10 à 20*	0,78
Seroplex 20 (s)	Exitalopram	10 à 20*	1,17
Seropram 20 (s)	Exitalopram	20 à 60*	0,76
Seropram sb 40mg/ml	Exitalopram	16 à 48*	0,89
Zoloft 50 (ns)	Citalopram	50 à 200*	0,71
Zoloft 25 (ns)	Sertraline	25 à 200*	0,77

Ce sont de nouveaux médicaments donc moins connus quant à leur efficacité mais ne sont pas ou un peu anticholinergique (42).

## LES IMAO (41, 43) :

— Classique, c'est-à-dire non sélectifs non réversibles, d'action de blocage prolongée :

- iproniazide (Marsilid ®) 50 à 150 mg/ J

— Nouveaux, c'est-à-dire sélectifs et réversibles, d'action courte :

- Toloxatone (Humoryl ®) 600mg/J et Moclobemide (Moclamine ®) 450mg/jour.

## ANTIDEPRESSEURS DIVERS (42, 44) :

Qui inaugurent une nouvelle famille, celle de Nassa qui signifie Noradrenergic And Specific Serotonergic Antidepressant.

Tableau n°3 : Antidépresseurs divers.

Spécialités	DCI	Posologie
Vivalan	Viloxazine	A .200 -300 mg / J
Cledial	Medifoxamine	150 mg / J
Stablon	Tianeptine	A. 12.5mg x 3 /J
Athymil	Mianserine	30-90 mg /J
Norset	Mirtazapine	15-30g / J

**b-2 Associations médicamenteuses (25, 43).**

❖ Anxiolytiques :

- BENZODIAZEPINES tel que le triazolam, clorazépam, prazépam, flurazépam  
alprazolam, lorazépam, diazépam, etc... .

• NON BENZODIAZEPINES : il en existe quatre familles à savoir le carbamate qui est disponible sous la forme de méprobamate (Equanil ®, Procalmadiol ®, les

agonistes 5-HT<sub>1A</sub> sont représentés par la buspirone (Buspar ®), les antihistaminiques, il s'agit de l'hydroxyzine (Atarax ®) et les autres anxiolytiques sont des petites doses d'antidépresseurs sédatif, phénothiazines, et des agonistes partiel du site GABA-BENZODIAZEPINE comme l'abécarnil.

❖ Neuroleptiques :

Le choix se porte habituellement sur les molécules les plus sédatives et les moins incisives : lévomépromazine (Nozinan ®), cyamémazine (Tercian ®), thioridazine (Melleril ®), chlorpromazine (Largactil ®), etc...

Les neuroleptiques typiques ou atypiques peuvent également être utilisés à faible dose pour leurs propriétés sédatives et anxiolytiques puissantes.

❖ Les Thymorégulateurs:

Deux sels de lithium sont disponibles (25) :

- Le carbonate de lithium : Téralithe ®,
- Gluconate de lithium : Neurolithium ®

### **b-3 Autres traitements**

— Sismothérapie (34) :

Elle consiste à induire une convulsion par un choc électrique sur le crane d'un patient anesthésié. Cette méthode est de plus en plus abandonnée.

— Pratiquer du sport:

La pratique du sport provoque la sécrétion d'endorphine, des neurotransmetteurs qui ont un pouvoir euphorisant. De manière générale, la pratique d'activité physique améliore la forme physique et l'estime de soi.

— Luminothérapie (45).

C'est l'utilisation de la lumière claire ou bleue dans le but de traiter une dépression (35, 47). Selon la recherche, la lumière a une action sur l'épiphyse et la production de la mélatonine qui est une hormone du sommeil, cette hormone régule

notre rythme quotidien de veille et de sommeil (35). Sa sécrétion débute sous l'action de l'obscurité, entraînant un effet d'endormissement. Au milieu de la nuit elle atteint son taux de production maximale. Pourtant dans la dépression saisonnière le taux de la mélatonine est anormalement élevé dans la journée à cause de l'insuffisance de la luminosité (35). Une induction de la lumière à un certain degré (de plus de 2000 lux) va bloquer la sécrétion de la mélatonine (35).

En outre, la lumière a également une action sur le neurotransmetteur : sérotonine et dopamine qui jouent aussi un rôle essentiel sur l'humeur, qui ont un pouvoir euphorisant (46).

— Surveillance de l'alimentation :

L'alimentation est également un domaine stratégique dans le cadre d'une cure antidépressive. Le système nerveux a besoin de certaines substances pour chasser la fatigue, le manque de concentration, l'anxiété, la nervosité et le stress. Ce sont notamment les glucoses (principale alimentation du cerveau), le fer, le magnésium et toutes les vitamines du groupe B. Tout excès d'alcool est à proscrire, en raison de son effet dépressif après la phase d'euphorie.

— S'aider de son entourage :

La parole a un effet positif sur les dépressifs. La famille, les amis, les relations jouent donc un rôle indispensable pour sortir du trou noir. Certaines psychothérapies incluent d'ailleurs la famille, pour renforcer les effets positifs sur le patient, ou des groupes de soutien, pour sortir de la solitude. Les émotions ne doivent pas être enfouies et refoulées, mais exprimées et partagées : tout est bon pour cela, depuis le coup de fil à un(e) ami(e) jusqu'à la discussion avec le conjoint ou les enfants, les bavardages pendant les joggings ou à la sortie de l'école.

### **IX.3 Indications**

**IX-3-1 Hospitalisation** : selon l'ANAES (2002) l'hospitalisation est indiquée dans les cas suivants (41, 47) :

- Risque suicidaire et crise suicidaire d'urgence élevée,

- Dépression sévère et complexe dont la dépression résistante,
- Symptômes psychiatriques ou somatiques sévères associées,
- Réponse insuffisante au traitement en cours ou mauvaise observance du traitement.
- Dépression majeure après stress aigu (agression sexuelle, violence physique, ...),
- Entourage familial ou social insuffisant ou dysfonctionnel,

### **IX-3-2 Les psychothérapies :**

Les psychothérapies cognitives et cognitivo-comportementales, de soutien et interpersonnelles ont fait l'objet d'étude des contrôlées dans le cadre d'épisodes dépressifs caractérisés d'intensité légère à modérée (16).

Plus à distance de la phase aigue les psychothérapies d'inspiration analytique peuvent être un recours pour certains patients (16).

### **IX-3-3 Le traitement antidépresseur**

Il est prescrit en première intention en cas d'épisode dépressif majeur unipolaire : modéré et sévère en associant avec d'autres médicaments lors de la coexistence d'un autre trouble psychiatrique ou d'une personnalité pathologique, le choix peut se porter sur une molécule ayant une activité éventuelle sur le trouble associé.

En d'autre terme, le choix de molécules repose sur (16, 25) :

- Les effets latéraux : sédation, anxiolyse, ou stimulation,
- L'existence de comorbidités psychiatriques et/ ou somatiques : l'efficacité des IRSna serait supérieure à celle des ISRS en cas de symptomatologie douloureuse, ISRS est indiqué en cas de dépression du post partum et de grossesse ou un imipraminique (48).
- Les IMAO sont prescrits face aux dépressions endogènes (non causées par un événement externe) et sévères, rarement en première intention.

- Le respect des contre indications.

La durée du traitement est de :

- 6 à 12 semaines en phase aigue afin d'obtenir une rémission complète,
- 16 à 20 semaines en phase de consolidation afin de prévenir la rechute.

#### **IX-3-4 Indication de l'association médicamenteuse.**

➤ Pour les benzodiazépines, elles sont prescrites si le patient présente une insomnie rebelle et / ou une anxiété invalidante. Leur prescription doit être dans ce cas de courte durée (16, 25).

➤ La prescription d'antipsychotique est indiquée dans les épisodes dépressifs majeurs avec caractéristiques psychotiques ou dans les formes sévères sans caractéristiques psychotiques si l'anxiété est invalidante et le risque suicidaire est élevé (16, 25).

➤ Les Thymoregulateurs constituent une avancée considérable dans le traitement des rechutes et des récurrences dépressives, ces médicaments ont une action préventive dans le trouble bipolaire (25).

#### **IX-3-5 Autres traitements**

➤ La sismothérapie est indiquée en cas de dépression sévère, schizophrénie, trouble bipolaire, catatonie. Elle est de plus en plus abandonnée actuellement.

- La luminothérapie est indiquée dans la dépression saisonnière (46).

#### **IX.4 Surveillance**

L'évaluation de la disparition de la symptomatologie dépressive et la réponse thérapeutique sont les éléments à surveiller en première intention.

- Surveillance symptomatologique

La disparition de la symptomatologie dépressive se fait de façon chronologique après la prise de traitement (16, 43).

L'amélioration symptomatologique se caractérise par une diminution de l'anxiété et une amélioration de trouble du sommeil en quelque jours, puis une diminution du ralentissement psychomoteur et des idées suicidaires en une à deux semaines. L'amélioration thymique se fait après deux à quatre semaines de traitement. La réponse thérapeutique complète survient après 6 à 8 semaines de traitement.

➤ La surveillance thérapeutique : repose sur divers éléments.

- l'intensité des symptômes,
- le risque suicidaire,
- le statut fonctionnel,
- la qualité de l'observance thérapeutique,
- la survenue d'effets secondaires
- l'existence de comorbidités psychiatriques (y compris l'abus d'alcool ou d'autres toxiques) et organiques,
- la survenue d'un virage maniaque.
- surveillance de la tolérance médicamenteuse
- l'arrêt d'un traitement est recommandé d'une part par la diminution des posologies de façon progressive afin de prévenir la survenue de sevrage. Pour un traitement inférieur à 1 an : arrêt en quelques semaines, en diminuant par exemple toutes les semaines la posologie journalière. Et pour un traitement supérieur à 1 an : l'arrêt en quelque mois, en diminuant par exemple tous les mois la posologie journalière. D'autre part, il est recommandé d'augmenter la fréquence des consultations du fait de risque de réapparition des symptômes (16, 43).

➤ La surveillance somatique : correspond à l'évaluation de l'état corporel du patient.

### **IX.5 Evolutions possibles**

Un épisode dépressif évolue soit vers la rémission complète, soit vers la rémission partielle c'est-à-dire persistance de symptômes résiduels, soit vers la résistance qui est la persistance de symptomatologie après deux traitements antidépresseurs successifs bien conduit à posologie efficace pendant une durée suffisante ( 4 à 6 semaines) (16).

Les rechutes dépressives sont aussi possibles, celles- ci correspondent à une réapparition de symptômes dépressifs après une amélioration initiale au cours d'un même épisode. Enfin la récurrence ou récurrence dépressive correspond à la survenue d'un nouvel épisode dépressif après une rémission d'au moins 2 mois.

**DEUXIEME PARTIE**  
**NOTRE ETUDE PROPUREMENT DITE**

**Clicours.COM**

## **I. METHODOLOGIE**

### **1.1 Cadre d'étude**

Notre étude a été effectuée à la section Santé Mentale au sein de l'Etablissement Universitaire de Soins et de Santé Publique d' Analakely.

### **1.2 Type et période d'étude**

Il s'agit d'une étude rétrospective transversale portant sur l'aspect épidémioclinique de la dépression chez les patients venus en consultation au sein de la section Santé Mentale de l'EUSSPA sur une période allant du mois de janvier 2008 au mois de décembre 2011 c'est -à-dire durant 4 années successives.

### **1.3 Matériels utilisés :**

Le recrutement de cas s'est fait par sélection des dossiers des patients ayant effectué des consultations dans la section Santé Mentale durant cette période.

#### **.....a).Critères d'inclusion :**

Ont été inclus de notre étude, les patients ayant présenté la symptomatologie de la dépression répondant aux critères de la CIM 10.

#### **.....b).Critère d'exclusion :**

Ont été exclus, les patients ayant présenté des signes de dépression enregistrée dans le registre mais leurs dossiers étaient incomplets

#### **c) Paramètres étudiés**

- Age
- Genre
- Situation matrimoniale
- Profession
- Motif de consultation
- Antécédents
- Facteurs déclenchants

- Symptômes
- Prise en charge
- Evolution

**c) Limite d'étude :**

Notre étude présente ses limites par le fait qu'elle est réalisée dans un unique centre spécialisé. De ce fait, les résultats seront peu représentatifs mais permettront quand même sur un échantillon de population malgache d'avoir un aperçu sur la pratique hospitalière.

## II. RESULTATS

### II.1 Résultats globaux

Durant notre période d'étude, sur les 1869 consultants au sein de la Santé Mentale, 148 patients (7,91 % de cas) présentaient du syndrome dépressif et parmi eux 64 répondaient à nos critères d'inclusion soit le 3,42 %. Ainsi on a retenu 64 dossiers.

### II.2 Résultats selon les paramètres étudiés :

#### II-2-1 Selon l'âge

L'âge moyen des patients était de 30 ans avec des âges extrêmes de 7 et 70 ans

Tableau n° 4 : répartition selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Pourcentage
< 18	28,13 %
18-35	34,38 %
35-45	21,88 %
> 50	15,63 %

Dans notre population d'étude, c'étaient surtout les sujets jeunes âgés entre 18 et 35 ans qui en étaient le plus touchés (34,38 %), suivis des jeunes adolescents de moins de 18 ans (28,13 %).

## II-2-2 Répartition selon le genre

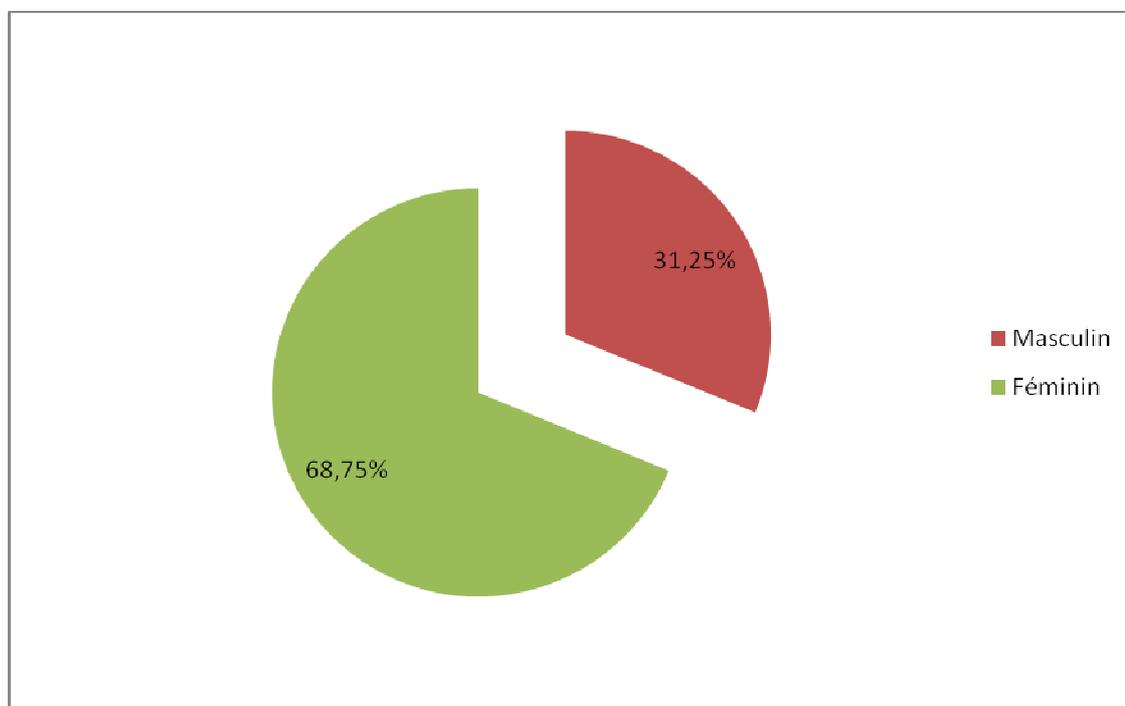


Figure n ° 1 : Représentation graphique de la répartition selon le genre

Les femmes étaient les plus touchées et le sex -ratio était de 0,45.

### II-2-3 Répartition selon la situation matrimoniale

Tableau n ° 5: Répartition selon la situation matrimoniale

<b>Situation</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>matrimoniale</b>	
Célibataire	51,56 %
Marié(e)	34,37 %
Divorcé(e)	6,25 %
Veuf (veuve)	5,45 %

Le syndrome dépressif était vu surtout chez les sujets célibataires (51,56 %), 34,37 % de notre population d'étude affectés par la dépression concernait les sujets mariés. Les veufs et les divorcés en étaient les moins touchés avec respectivement 5,45 % et 6,25 % de nos cas.

## II-2-4 Répartition selon les professions

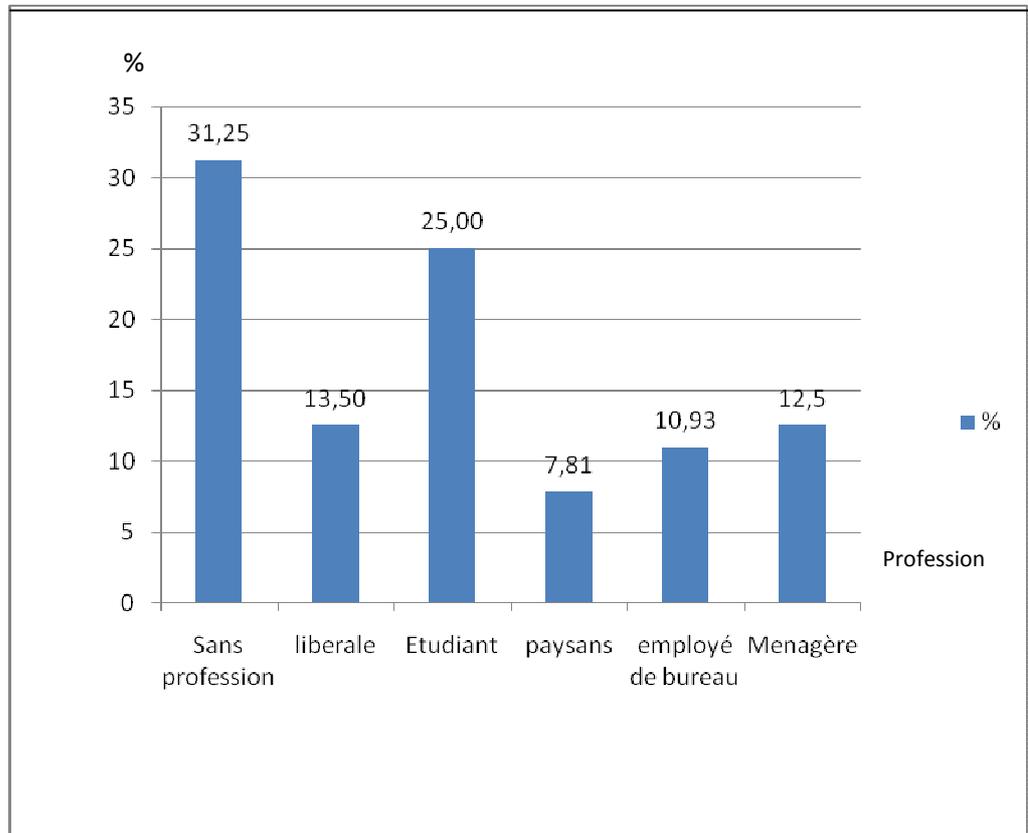


Figure n ° 2 : Représentation graphique des patients déprimés selon la profession

Trente et un pourcent environ de la population étudiée touchée par la dépression étaient des gens sans profession. Venaient au second rang les étudiants (25,00 %).

## II-2-5 Répartition selon les motifs de consultation

Tableau n° 6 : Répartition selon les motifs de consultation

<b>Motif de consultation</b>	<b>Pourcentage</b>
Somatisation (expression physique d'une souffrance psychique)	52,94 %
Trouble intellectuel	14,11 %
Réaction anti-sociale	8,23 %
Hallucination psycho-sensorielle	4,70 %
Trouble du contenu de la pensée	4,70 %
Trouble sphinctérien	4,70 %
Trouble de l'état de vigilance	3,52 %
Humeur dépressive	3,52 %
Trouble du comportement Verbal	3,52 %

## II-2-6 Répartition selon les antécédents

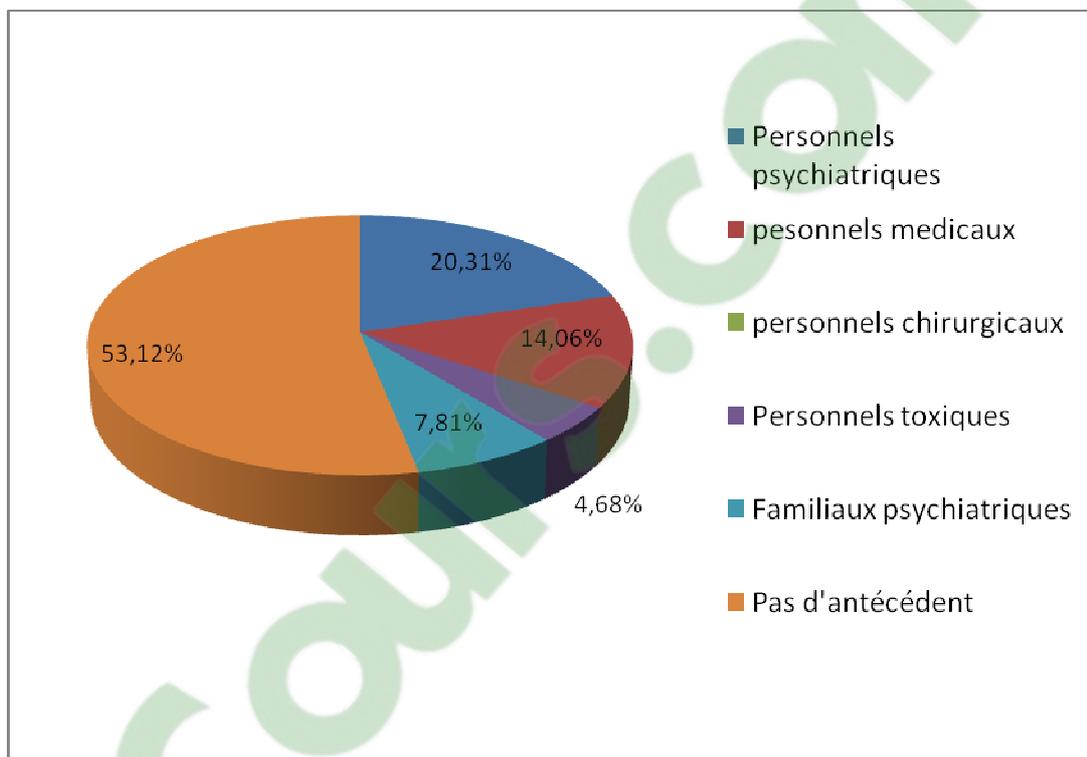


Figure n° 3 : Diagramme montrant la situation des patients déprimés vis-à-vis des antécédents.

D'après la Figure n°3, les 53,12 % des patients affectés par la dépression n'avaient pas des antécédents particuliers, alors que les 20,31 % avaient des antécédents personnels psychiatriques, 14,06 % avaient des antécédents personnels médicaux. Les patients ayant eu des habitudes toxiques étaient de 4,68 %. Les antécédents personnels familiaux psychiatriques représentés par 7,81 % et aucun patient ne présentait des antécédents chirurgicaux dans nos cas.

### II-2-7 Répartition selon les facteurs déclenchants

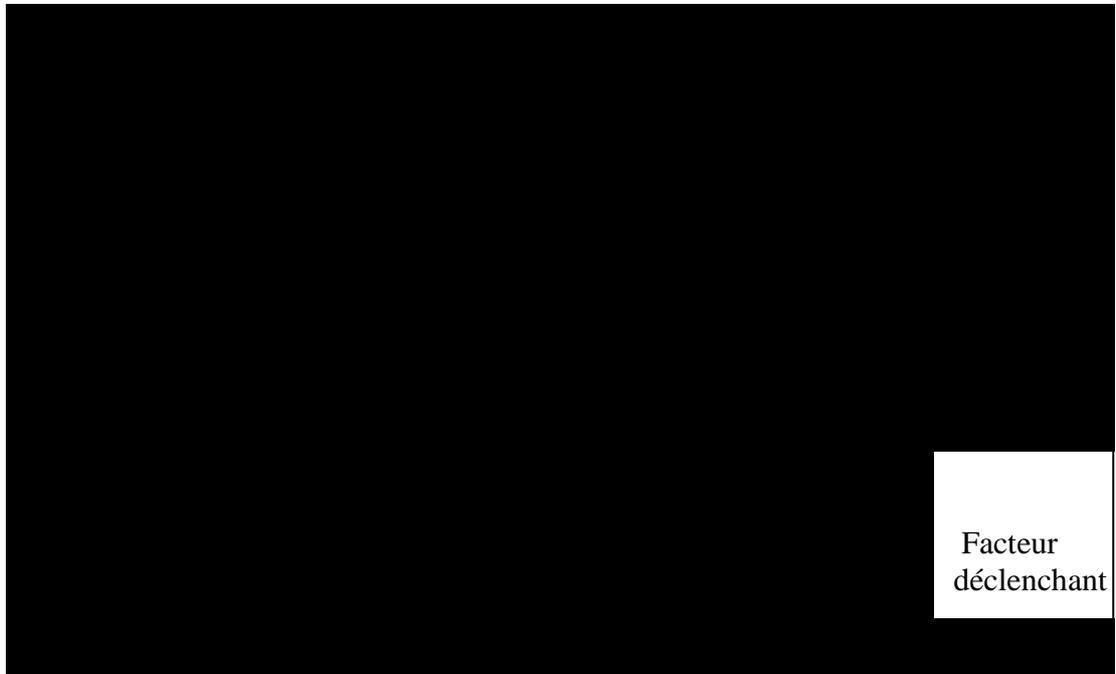


Figure n ° 4 : Répartition des patients déprimés selon leur facteur déclenchant.

## II-2-8 Répartition selon les symptômes

### a) La symptomatologie principale

L'humeur dépressive était trouvée chez un grand nombre de patients : 31 cas et l'anhédonie chez 11 patients.

### b) Les symptômes secondaires

#### b) 1. La somatisation

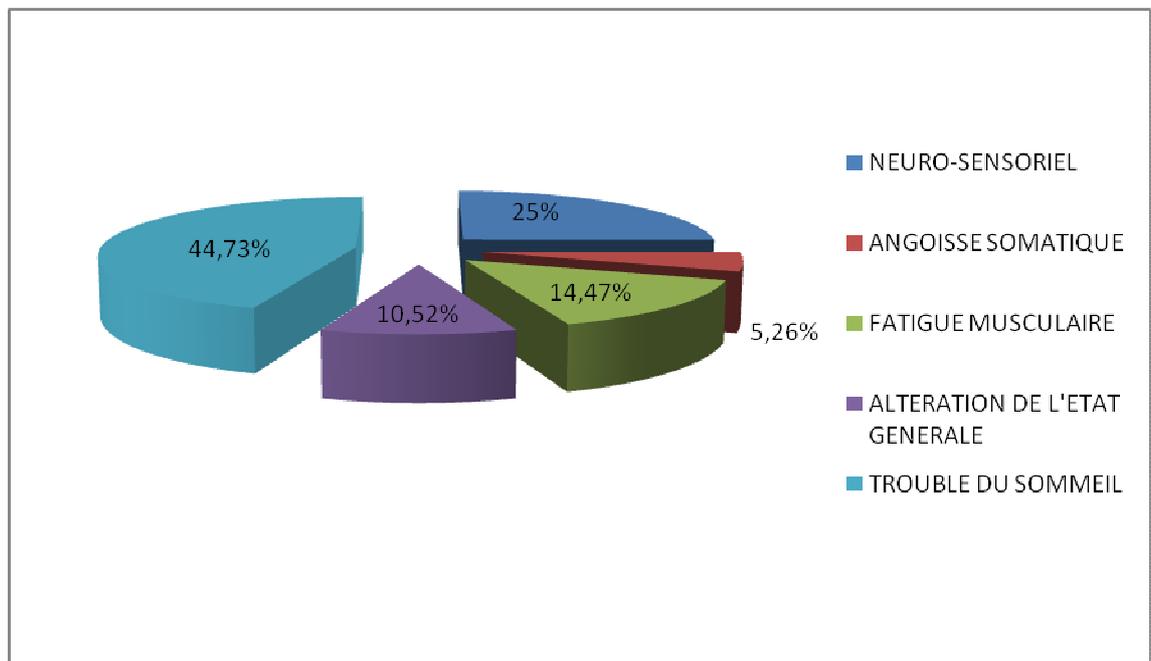


Figure n° 5 : La distribution de la somatisation chez les patients déprimés.

La somatisation était le symptôme le plus fréquemment rencontré dans les symptômes dépressifs, 44 patients (27,14 %) présentaient ce signe. Dans ce cas, les troubles du sommeil qui se définissent comme une difficulté d'endormissement, d'insomnie (1<sup>er</sup> moitié ou 2<sup>e</sup> moitié de la nuit ou total), d'hypersomnie, de parasomnie (le cauchemar) étaient présentés par 34 patients soit 44,73 % de la somatisation.

Les signes neuro –sensoriels à type de céphalée, vertige, bourdonnement d'oreille, troubles visuels, crises convulsives étaient vus sur 19 patients soit 25 % de la somatisation.

La fatigue musculaire était vue sur 11 patients (14,47 % de la somatisation) c'est-à-dire les algies diverses, la crampe, la courbature, la lourdeur des membres, la baisse de la résistance physique.

L'altération de l'état général tel que l'asthénie, la perte ou prise de poids significative étaient enregistrées chez 8 patients (10,52 % de la somatisation).

Pour l'angoisse somatique, l'épigastralgie, la palpitation, la précordialgie, le spasme, la striction thoracique, une gorge serrée étaient les plaintes des 4 patients soit 5,26% de la somatisation.

### b) 2. Les troubles au cours de la vie quotidienne

Tableau n°7 : Répartition des troubles du comportement au cours de la vie quotidienne des patients déprimés.

<b>Trouble au cours de la vie quotidienne</b>	<b>Pourcentage</b>
Troubles des conduites alimentaires	62,85 %
Problème des soins corporels	28,57 %
Impacts professionnels	5,71 %
Troubles des comportements sexuels	2,71 %

Le trouble de la conduite alimentaire était le plus fréquent tels que la diminution de l'appétit, la boulimie, le refus alimentaire ont été trouvés sur 22 patients soit 62,85 %.

Pour les problèmes de soins corporels c'est-à-dire l'incurie corporo-vestimentaire et l'énurésie étaient vues respectivement sur 10 patients (28,57 %).

La répercussion de la dépression sur l'activité professionnelle de la population d'étude était représentée par 5,71 %.

Le trouble de comportement sexuel qui se manifestait par une impuissance n'était trouvé que chez une seule personne soit 2,71%.

**b) 3. les troubles des fonctions supérieures**

Tableau n° 8 : Répartition des troubles des fonctions supérieures

<b>Symptômes</b>	<b>Pourcentage</b>
Trouble de la mémoire	36,89 %
Trouble anxieux	23,94 %
Trouble de la fonction de la pensée	21,12 %
Trouble des activités perceptives	11,26 %
Trouble du langage	5,63 %
Conscience de soi et de l'environnement	1,40 %

**b) 4. Les autres symptômes**

L'agitation telles qu'une déambulation, l'impossibilité de rester assis, le tortillement des mains était vue chez 8 patients et le ralentissement psychomoteur tel qu'une hypomimie, un ralentissement idéique, ralentissement du discours, latence dans les réponses, voix monocorde, ces symptômes étaient vus sur 19 patients.

Les déprimés ayant présenté une réaction antisociale c'est-à-dire une fugue, une idée suicidaire, un acte hétéro-agressif ou d'autres troubles du comportement étaient vu chez 21 patients.

Tableau n° 9 : Répartitions des symptômes dépressifs.

<b>Symptômes</b>	<b>Pourcentage</b>
-Somatisation	27,94 %
-Trouble de fonctionnement supérieur	26,10%
-Trouble du comportement au cours de la vie quotidienne	12,86 %
-Humeur dépressive	11,39%
-Ralentissement psychomoteur et agitation	9,72%
-Réaction antisociale	7,72 %
-Anhédonie	4,04 %

La somatisation était le symptôme le plus fréquent des syndromes dépressifs de nos cas ; il était vu chez 44 patients soit 27,94 % des symptômes dépressifs présents. Suivi des troubles de fonctionnement supérieur à raison de 26,10 %. Le trouble de comportement au cours de la vie quotidienne était de 12,86 % des cas. Le ralentissement psychomoteur, l'agitation et la réaction antisociale étaient présentés respectivement sur 9,72 % et 7,72 % de cas. Les symptomatologies principales : l'humeur dépressive était trouvée chez 31 patients soit 11,39 % des symptomatologies dépressives présentes et l'anhédonie était enregistré chez 11 patients soit 4,04%.

Au total, les symptomatologies principales (humeur dépressive, anhédonie) représentaient les 15,43 % et la symptomatologie secondaire représentait les 84,57 % des symptomatologies dépressives présentes.

## **II-2-9 Répartition selon les prises en charge.**

### **a. Selon les moyens thérapeutiques utilisés**

La prise en charge combinée : médicamenteux (utilisation d'antidépresseur) et non médicamenteux (psychothérapie) était mis en route chez les 58 patients soit 90,62% des cas.

La psychothérapie seule était effectuée chez 6 patients soit 9,37 % des cas.

### b. Répartition selon les molécules antidépresseuses prescrites

Tableau n°10 : Répartition des antidépresseurs prescrits.

<b>Antidépresseurs</b>	<b>Pourcentage</b>
ISRS	39,65 %
Imipraminique	32,75 %
Nassa	27,58%
IRSna	0,00%
IMAO	0,00 %

Les molécules les plus prescrites dans notre étude étaient l'ISRS (39,65%) ; comme le FLUOXETINE ( Dawnex ® ).

Au second rang, l'imipraminique à 32, 75% comme le CLOMIPRAMINE (Anafranyl®), l'AMITRIPLINE (Laroxyl®), etc...

Le Nassa (classé dans les antidépresseurs divers) comme l'ATHYMIL (Mianserine ®) a été effectué à 27,58 % des cas.

L'IRSna, l'IMAO n'étaient quasiment prescrits.

## II-2-10 Répartition selon l'évolution à 4-6<sup>ème</sup> semaines du traitement

### a) Evolution vis-à-vis de la prise en charge combinée (traitement médicamenteux et non médicamenteux)

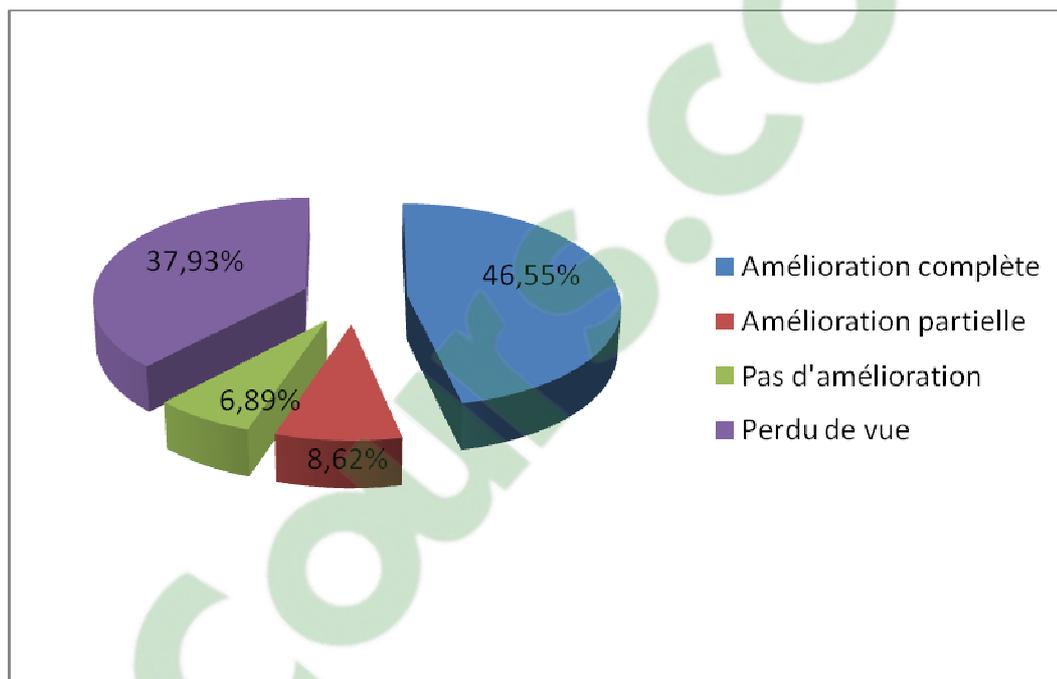


Figure n°6 : Répartition de l'évolution de la maladie dépressive du patient à 4-6<sup>ème</sup> semaines du traitement combiné.

L'évolution de la maladie dépressive des patients à 4-6<sup>ème</sup> semaines du traitement, quels que soient les antidépresseurs choisis, trouvait une amélioration complète à 46,55%.

L'amélioration partielle (persistance des symptômes résiduels) était trouvée chez 8,62 %, quelles que soient les molécules antidépressives utilisées.

Six pourcent environ des patients n'avaient présenté aucune amélioration. Les 37,93 % des patients étaient perdus de vue.

### **b) Evolution vis-à-vis du traitement psychothérapie seule**

Les 6 patients (9,37 %) ayant bénéficié d'une psychothérapie seule trouvaient une amélioration complète à 33,33% des cas. Les 16,66% avaient une amélioration partielle. Aucun patient ayant bénéficié d'une psychothérapie seule n'avait présenté d'amélioration. Enfin, les 50% des patients ont été perdus de vue.

Au total, quels que soient les moyens thérapeutiques utilisés (un traitement combiné ou une psychothérapie seule), 45,31% des patients déprimés avaient une amélioration complète au bout de 4-6<sup>ème</sup> semaines du traitement. La rémission partielle était trouvée chez les 9,37%. Les 6,25% ne présentaient aucune amélioration. Trente neuf pourcent environ des patients déprimés étaient perdus de vue.

**TROISIEME PARTIE**  
**DISCUSSION ET SUGGESTION**

**Clicours.COM**

## **DISCUSSION ET SUGGESTIONS**

La dépression devient de plus en plus fréquente dans le monde, également à Madagascar durant ces dernières années. Pourtant, notre étude présente ses limites par le fait qu'elle a été réalisée dans un unique centre spécialisé. De ce fait, les résultats sont peu représentatifs mais permettront quand même sur un échantillon de population malgache d'avoir un aperçu sur la pratique hospitalière.

### **I. DISCUSSION**

#### **I.1 EPIDEMIOLOGIE**

##### **I.1.1. Prévalence**

Plus de 350 millions de personnes dans le monde souffraient de dépression ou d'un trouble mental selon les derniers chiffres de l'OMS, la dépression est courante dans toutes les régions du monde (6). Une étude a montré que 5 % environ de la population générale souffrait de la dépression au cours de l'année écoulée (6). Actuellement, elle occupe la cinquième cause de mortalité et de handicap dans le monde, sous sa forme plus grave ce trouble mental pourrait mener au suicide et près de 1 million de personnes se suicident chaque année dont plus de la moitié d'entre elle souffraient de la dépression. D'après le Dr Benedetto Saraceno, directeur de la santé mentale de l'OMS, la dépression devait atteindre la deuxième place de problème de santé publique en 2012 (6).

Aux ETATS –UNIS, sa prévalence était de 16 % de la population en 2003 (8).

En France, 15 % de la population souffraient de la dépression en 1996 et plus de 100 millions de cas ont été recensés chaque année par l'OMS. En 2011, la prévalence était de 21 % sur une enquête en population générale (9).

Dans notre étude la fréquence de la dépression (la maladie dépressive selon les critères établis dans la CIM 10) était de 3,42 % par rapport au nombre des patients

venus en consultation au sein de l'établissement Universitaire de Soins et de Santé Publique d'Analakely dans la section Santé Mentale pendant la période de 4 ans.

La fréquence de la maladie dépressive devient de plus en plus importante. La modification de mode de vie dans le pays en développement pourrait être la raison d'une hausse annuelle en plus des problèmes personnels que chaque individu fait face quotidiennement.

### **I.1.2. Proportion de la dépression par rapport aux autres pathologies psychiatriques.**

Une enquête réalisée en 1998-2000 par l'ASEP avait montré que la prévalence des troubles mentaux est importante, près d'une personne interrogée sur trois présentait un trouble mental au moment de l'enquête (49). Ce trouble peut être un trouble dépressif, anxieux, lié à la consommation d'alcool ou des drogues ou de syndrome d'allure psychotique. Le trouble dépressif occupait le 14% des troubles mentaux sur une enquête en population générale (49). Cet trouble dépressif occupait les 7,5% des troubles mentaux en Pyrénées si 22 % à Antananarivo et de 4,7 % à Comores (49).

Après une étude rétrospective faite par Andriantseho L M. et al dans le CHU de Mahajanga, les troubles mentaux représentaient 2,4 % des patients hospitalisés soit 376 /15368 et ceci pourrait expliquer la faible fréquentation hospitalière des troubles mentaux. Parmi ces 376 cas psychiatriques la maladie dépressive occupait le 36,20 % soit 136 / 376 patients (50). Ce qui explique que la dépression est un motif de fréquentation hospitalière parmi les troubles mentaux. Par contre la prévalence n'est pas forcément identique, cela dépend de l'endroit, du moment de la réalisation de l'enquête. Dans notre étude, la dépression occupe seulement 3,42 % de la population, la faible fréquentation hospitalière peut être expliquée par la négligence de la pathologie par le fait de l'ignorance et la non considération de cette maladie. De plus, les facteurs d'origine économique, géographique et le recours à d'autres formes de thérapie (traditionnelle, religieuse) limitent la fréquentation hospitalière. Historiquement, pour

garder sans heurts, leurs traditions face à l'intrusion coloniale dominatrice et pour calmer leur nature craintive (doute permanent exprimé par de nombreux proverbes), les malgaches ont adopté une attitude syncrétique pour résoudre leurs grands problèmes quotidiens, parmi lesquels les troubles mentaux en particulier la maladie dépressive qui est considérée dans la plupart du temps comme de problème de la vie quotidienne surtout si elle est favorisée par des facteurs exogènes. Cette faible fréquentation n'est pas validée par une enquête en population générale qui rapporte au contraire une prévalence élevée à Madagascar (49). Par conséquent les données de notre étude ne présentent qu'un complément de l'enquête en population générale, méthodologiquement plus adaptée pour calculer la prévalence réelle des troubles.

### **I.1.3. Age**

#### **a) Moyenne d'âge**

Une enquête effectuée par Christine Chan Chee et al en 2005 sur la population générale Française avait montré un âge moyen des déprimés autour de 30 ans (51).

Dans la littérature, l'âge moyen de 1<sup>er</sup> épisode dépressif est aux alentours de 30 à 35 ans (27).

Notre résultat est superposable à celui décrit dans la littérature avec un âge moyen égal à 30 ans. Ces données nous montrent que quel que soit le pays, l'âge de survenu du 1<sup>er</sup> épisode dépressif est pareil, ce qui explique la vulnérabilité de cette tranche d'âge, en relation avec la modification de mode de vie : la vie d'adulte ne marche pas toujours comme sur des roulettes ; outre, le fait d'être un adulte nous donne plus d'occupation et de responsabilité d'où la possibilité de la survenue de stress et tous les autres problèmes de la vie quotidienne jusqu'à ce qu'on arrive à s'y adapter.

#### **b) Tranche d'âge.**

Dans la littérature toutes les tranches d'âge peuvent être touchées par la dépression (1, 3).

Dans notre série, la tranche d'âge la plus touchée par la maladie dépressive était celle comprise entre 18 à 35 ans (Tableau n° 4), ce résultat est superposable aux études faites par Christine Chan Chee et al. sur une enquête en population générale Française en 2005, qui a dit que plus de la majorité des déprimés se trouvaient dans la tranche d'âge de 19 à 38 ans (51).

La prévalence élevée de cette tranche d'âge peut être expliquée par la majorité de la population jeune dans le monde, ainsi par la sensibilité de cette tranche d'âge à la maladie dépressive.

#### **I.1.4. Genre**

Dans la littérature, les femmes ont connu un épisode dépressif deux fois plus que les hommes (15, 51).

Selon l'étude réalisée dans le service de neuropsychiatrie du CHU de Mahajanga en 1998 -2000, la maladie dépressive est à prédominance féminine, elle a trouvé 59,7 % des femmes parmi les déprimés avec un sex ratio égal à 0,97 (50).

A partir d'une enquête faite par l'INPES en 2005 sur une population générale, il paraît que 23,5 % des femmes interrogées ont connu un tel épisode dépressif au cours de leur vie, contre seulement 12,0 % des hommes. Cet écart est très élevé, et il est donc très peu vraisemblable que le genre et la survenue d'un épisode dépressif majeur soient indépendants (51).

Dans notre étude, les femmes étaient également les plus touchées avec 68,75 % de la population d'étude, sex -ratio égal à 0,45 (Figure n° 1), résultat presque identique à celui vu au CHU de Mahajanga et des autres études. A ce propos, le genre et la dépression sont deux variables fortement liées l'une à l'autre, il y a un seuil significatif. Plusieurs hypothèses pourraient être associées à cette prédominance féminine. Elles sont plus vulnérables puisqu'elles sont plus exposées au veuvage et à l'isolement affectif (espérance de vie plus longue). En d'autre terme, les hommes ont

une espérance de vie plutôt courte que les femmes, celle –ci pourrait être en relation avec leur travail dure, difficile mais aussi liée au style de vie c'est-à-dire le tabagisme et l'alcoolisme. Cette forte prévalence s'expliquerait aussi par des facteurs physiologiques c'est à dire l'intervention des facteurs hormonaux dans le trouble dépressif de la puerperalité, pré- ménopause (œstrogène, FSH) (29).

### **I.1.5. Situation matrimoniale**

Des résultats similaires sont observés dans la plupart des études internationales concernant le rapport entre la situation maritale et la dépression. Elles ont trouvé que la prévalence est forte à raison de 2 fois plus élevée pour les personnes divorcées ou veuves que celles vivant en couple ou mariés et le risque de la survenue d'épisode dépressif majeur chez les célibataires est environ une fois et demi élevé à celui vivant en couple (51-53).

Selon l'étude faite en France en 2005, la dépression est plus élevée chez les veuves et divorcées/ séparées, les répartitions étaient de 8,9 % et 8,0 % contre 6,2 % parmi les célibataires et 4,1 % parmi les personnes en couple (51).

Dans l'étude réalisée dans le CHU de Mahajanga dans l'année 1998-2000 sur les patients hospitalisés dans le service neuropsychiatrie, la répartition de la dépression selon le statut marital avait montré que les célibataires étaient les plus touchés (47 % ) suivis des mariés (46 %), les divorcés et les veufs (7 % ) (50).

Ces dernières données concordent à notre étude puisque c'étaient les célibataires qui étaient aussi majoritairement victimes car ils occupaient plus de la moitié des déprimés de nos cas (Tableau n°5). Cette situation pourrait être expliquée par la vulnérabilité des personnes célibataires face à l'isolement affectif, ainsi qu'à la difficulté d'affronter la vie tout seul. Notons également que les mariés étaient la deuxième population cible de la dépression qui est similaire à l'étude faite dans le CHU de Mahajanga. Le groupe le moins affecté par cette maladie, que ce soit dans notre étude ou dans l'étude faite dans le CHU de Mahajanga, était les divorcés et les veufs

(Tableau n°5). Ces derniers avaient une prévalence moindre, à l'échelle nationale, car ils ont souvent les soutiens de leur famille et nous pensons aussi qu'ils auront plus une « résilience » (capacité individuelle à faire face à l'adversité) assez forte pour affronter la réalité.

Par contre en comparaison à l'échelle internationale sur la relation entre dépression et statut matrimonial, on a constaté une contradiction des résultats sur le fait de vivre en couple et le fait d'être veuf ou divorcé. Dans notre étude les mariés étaient la deuxième population cible de la dépression après les célibataires à raison de 34,37 % de la population d'étude alors qu'à l'échelle internationale c'étaient les divorcé(e)s et les veufs ou veuves étaient le plus touchés avec une prévalence 2 fois plus élevée que ceux vivant en couple. Dans notre série les résultats de ces derniers groupes étaient représentés respectivement par 6,25 et 5,45 % seulement.

Globalement, quel que soit le statut matrimonial, tout le monde peut devenir dépressif, seulement leurs répartitions pourraient être différentes. La variation des résultats à l'échelle internationale qu'à l'échelle nationale peut être définie par la caractéristique de la population. Dans les pays développés, le vieillissement de la population semble être la raison pour laquelle on trouve une prévalence élevée chez les personnes séparées et veuves. Par contre, dans le pays en développement comme le notre, la population est plutôt jeune, ce qui pourrait expliquer la prévalence moindre de la dépression chez les veufs /veuves. De toute façon, les célibataires ont toujours été victimes quelque soit le pays, cela pourrait être en rapport avec le problème d'isolement affectif.

### **I.1.6. Profession**

Dans notre étude, nous avons réparti la profession des patients déprimés en 5 catégories (figure n°2), et on a observé que toutes catégories professionnelles en étaient touchées.

On trouve une prévalence élevée chez les chômeurs avec 31,25 % de cas (figure n°2) ce qui explique l'intervention majeure des facteurs favorisants dans la

maladie dépressive. Dans la littérature, une histoire personnelle telle qu'un chômage peut être à l'origine de la dépression (38). L'item « chômeur » contient potentiellement diverses composantes plus ou moins associées à l'épisode dépressif majeur : perte de l'estime de soi, isolement social, précarité financière, ou perte même de ressource financière. Le fait d'être en chômage emmène un poids important dans la psychologie de l'être humain. Car en étant adulte, le travail est l'essence même de notre vie ; et marquant notre appartenance dans notre société. Ainsi le chômage entraîne certes une blessure narcissique (blessure de notre amour propre) mais expose également à la survenue de la dépression par l'autodépréciation et l'autodévalorisation qu'il engendre.

Cette prédominance de la dépression induit par le problème de chômage a été déjà soulignée par d'autres chercheurs Malgache (50). Pour plus de précision une étude réalisée par Andriantseho et son équipe dans l'année 1998-2000 au CHU de Mahajanga (service de neuropsychiatrie) a retrouvé que 25,7% des déprimés étaient des gens sans profession (50).

Selon une étude faite par l'INPES, les personnes les plus touchées par la dépression étaient les personnes sans activités professionnelles (7,1%) et les chômeurs (12,3%) (51). Lorsque l'on étudie la population des chômeurs et des demandeurs d'emploi qui présentent un taux particulièrement élevé d'épisode dépressif majeur, on constate que, la durée de chômage semble être le principal facteur associé à la prévalence ; elle est deux fois plus élevée chez les chômeurs de longue durée (supérieure à 2 ans) que chez ceux qui sont au chômage depuis moins longtemps (17,8% vs 8,0%) ;  $p=0,006$  (51).

Le 2<sup>ème</sup> groupe cible de notre étude était les étudiants à raison de 25,00 % de cas (Figure n°2). Dans la littérature, les étudiants occupaient également la deuxième population victime de cette maladie dépressive soit 19,8% (50). Cette situation pourrait être due au stress lié par les études. Le reste de catégorie professionnelle n'a pas présenté de pourcentage aussi élevé, 13,50 % pour les employés en profession libérale, 10,93 % pour l'employeur de bureau, 12,5 % pour les ménagères et 7,81 % pour les paysans (figure n°2). Ces données sont plus ou moins superposables à l'étude faite par

Andriantseho et son équipe avec 7,4% pour ceux qui étaient des travailleurs à petits métiers et 3,7% pour les paysans (50). Cette concordance de résultats sur les travailleurs à petits métiers et paysans pouvait être expliquée par une moindre charge en matière de stress. Par contre ces mêmes chercheurs trouvaient une prévalence élevée chez les employés en secteur privé ou public avec 41,2% des cas de son population d'étude qui ne concordent pas à nos résultats (figure n°2). Cette différence pourrait être en relation avec l'endroit ou l'événement pendant la période d'étude.

Globalement, dans la population des personnes en activités professionnelles, les sujets qui ont un statut d'emploi précaire (vacataire, marchand ambulant, etc....) ont une prévalence élevée d'épisode dépressif majeur, que ceux qui ont un emploi stable (cadre, personnel avec un revenu élevé ou qui travail pour leur compte) mais cette différence n'est pas significative.

Par contre, les agriculteurs, quel que soit leur genre, étaient aussi exposés à un épisode dépressif majeur mais de prévalence reste moindre.

Bref, quelles que soient les catégories professionnelles, la survenue de la dépression est possible mais leur répartition dépend essentiellement de la situation du travail en rapport avec le taux de revenu et les stress liés au travail.

### **I.1.7. Motif de consultation**

Dans notre série, les motifs de consultations étaient similaires au modèle non occidental (50), c'est-à-dire sur la douleur morale, par celle des idées de persécution (accusation et agression de l'autre) sur l'autoculpabilisation et l'autoagression qui aboutissent au suicide. Plus précisément, le motif de consultation était surtout basé sur des plaintes somatiques. En d'autre terme, la somatisation était le motif de consultation le plus fréquent de nos cas soit 52,94%. Le terme somatisation rassemble :

— les signes neuro –sensoriels tels que la céphalée, le vertige, le bourdonnement d'oreille, le trouble visuel, la crise convulsive,

- l'angoisse somatique : épigastralgie, gorge serrée, palpitation, précordialgie, spasme, striction thoracique,
- le fatigue musculaire : à type d'algies divers, de crampe, de courbature, membres lourds, baisse de la résistance physique,
- l'altération de l'état général comme une asthénie, une perte ou prise de poids,
- le trouble du sommeil à type de difficulté d'endormissement, d'insomnie, d'hypersomnie ou de parasomnie.

En second rang, le trouble intellectuel (14,11 %) était le motif de consultation. Ce trouble peut être un appauvrissement intellectuel ou un trouble de l'attention, un trouble de concentration, ou un trouble de la mémoire.

Le troisième motif de consultation dans cette population d'étude était la réaction antisociale (8,23 %). La réaction antisociale c'est –à –dire le fugue, le suicide, l'agressivité, les divers troubles de comportement.

Le trouble du contenu de la pensée, c'est –à –dire la pensée déréelle, l'idée fixe, la mythomanie et la phobie, représentait 4,70 % des cas.

Le trouble sphinctérien à type d'énurésie représentait aussi 4,70 % des cas.

Le trouble de la perceptivité : hallucination psycho –sensorielle visuelle ou auditive ou olfactive, gustative, tactile, cénesthésique, motrice, constituait les 4,70 %.

Enfin, le trouble du comportement verbal à type de mutisme ou logorrhée ainsi que le trouble de la vigilance et l'humeur dépressif à type de tristesse, pleur représentaient chacun les 3,52 % de motif de consultation.

La prédominance des plaintes somatiques comme motif de consultation pourrait être expliquée par le recours du patient à l'aide devant l'altération de la qualité de vie du sujet déprimé qui se traduit notamment par la céphalée, le vertige, l'épigastralgie, les troubles du sommeil, des fatigues musculaire, etc...Venaient ensuite

les idées de persécution (accusation et agression de l'autre), de l'autoculpabilité et de l'autoagressivité qui aboutissent aux conduites suicidaires. Ces spécificités ont déjà été rapportées par d'autres auteurs malgaches (50, 54). L'agressivité que ce soit en soi-même ou envers les autres faisant toujours de la peine pour le patient et/ou son entourage, c'est la raison pour laquelle ces symptômes devenaient des motifs de consultation. Les troubles cognitifs constituaient aussi un des motifs fréquents de consultation dans notre étude, ils étaient de l'ordre de 14,11 % (tableau n°6), ceci explique la majorité de la population en activité professionnelle beaucoup plus touchée. En d'autre terme, le trouble intellectuel (un appauvrissement intellectuel, un trouble de concentration, un trouble de l'attention, un trouble de concentration, un trouble de la mémoire) pourrait être un blocage pour les gens de mener à bien leur travail, ce qui poussait les patients à consulté des médecins.

D'ailleurs, les problèmes de la vie quotidienne concernant les soins étaient ainsi un des motifs de consultation dans notre étude (4,20 %). Par contre, le trouble de l'humeur ne constituait que 3,52 % des motifs de consultation. Ce dernier explique le non considération de la maladie dépressive comme une maladie qui nécessite des soins. Dans beaucoup de sociétés non occidentales dont Madagascar en fait partie, présenter un trouble mental n'implique pas forcément être considéré comme malade (50). Outre, le trouble de l'humeur ne constitue pas vraiment un motif de consultation mais c'est surtout les souffrances physiques qui motivent la consultation.

### **I.1.8. Antécédent**

La recherche des antécédents à l'interrogatoire fait partie des étapes indispensables de chaque consultation. Elle permet de différencier le type de dépression ainsi de planifier la prise en charge et d'établir le pronostic.

Dans la littérature, la dépression secondaire est en rapport avec les antécédents et peuvent être des antécédents psychiatriques (autres que le trouble dysthymique) comme la psychose chronique, la personnalité psychopathique, l'alcoolisme, les toxicomanes ; ou organique (une maladie de Parkinson, une démence, un cancer, un

diabète, etc. ....) (23). Alors que pour la dépression endogène, c'est une dépression qui s'installe sans cause apparente (6, 23).

Dans notre série, plus de la moitié des patients déprimés (53,12 %) n'avaient pas d'antécédents particuliers (figure n° 3). Ce qui exprime que la majorité de la dépression pouvait être soit primaire (une dépression endogène), soit psychogène déclenchée par un événement extérieur (existence des facteurs favorisants). D'autre part, la survenue des symptômes dépressifs pouvait être liée aussi à une perturbation du fonctionnement cérébral. Il paraît que la fonction du cerveau est atteinte et non sa structure. Ce dysfonctionnement du cerveau se traduit notamment par des anomalies dans la fabrication, la transmission et la régulation de certaines substances chimiques qui sont les neuromédiateurs (38). Mais jusqu'à maintenant, ce n'est qu'une hypothèse, il est difficile de savoir si ces anomalies étaient la cause initiale ou bien les conséquences de la dépression.

L'antécédent personnel psychiatrique était l'antécédent majoritairement évoqué durant notre étude à raison de 20,31 % des cas (Figure n°3). La littérature mentionne que l'existence d'une pathologie psychiatrie (névrotique ou psychotique) engendre à court ou à long terme un épisode dépressif (55). Dans ce cas, la dépression est dite « secondaire ».

Les 14,06% ont des pathologies organiques (Figure n° 3) tels qu'une maladie de Parkinson, un diabète, des cancers, etc. ... Dans la littérature, l'association d'une pathologie somatique et d'un trouble dépressif n'est pas rare (20). En 2009, elle concernait le 25% de la population hospitalisée en Hôpital Général en France (10). L'association de la maladie cancéreuse et la dépression était trouvée dans 50% des cas, et c'est la même situation pour la pathologie neurologique. L'état démentiel se voit dans 47 % (10). La comorbidité est fréquemment méconnue en pratique clinique, souvent du fait d'une attention sélectivement concentrée sur la pathologie ayant motivé la prise en charge, mais aussi en raison des difficultés diagnostiques liées à l'intrication des troubles. Une meilleure connaissance de ces intrications est toutefois indispensable, non seulement pour permettre le traitement de la pathologie associée,

mais également pour réduire l'impact négatif de cette dernière sur le diagnostic et l'évolution de l'affection primitivement reconnue.

Concernant l'habitude toxique, 4,68 % de notre population d'étude ont révélé la prise de substance toxique dans leur antécédent (Figure 3). Selon l'enquête faite par l'INPES les toxicomanes qui déclaraient avoir un épisode dépressif léger et moyen constituaient le 14,7 % de la population d'étude, les 15,2 % des toxicomanes avaient la dépression sévère (51). Cette différence de pourcentage par rapport à notre étude à propos de maladie dépressive et toxicomanie pourrait être expliqué par notre domaine d'étude très limité dans un seul centre mais aussi il paraît difficile pour quelqu'un d'énoncer ses mauvaises habitudes: « c'est une honte dans la société d'être un toxicomane ».

Les patients ayant des antécédents familiaux psychiatriques étaient représentés par 7,81 % des cas retenus (Figure n °3). Les facteurs génétiques pourraient avoir une prédisposition génétique à la dépression endogène (3). Des études menées sur des jumeaux ont révélé le rôle joué par l'hérédité: pour la dépression le taux de concordance est de 54 % chez les jumeaux homozygotes contre 19 % chez les jumeaux hétérozygotes (3). Cependant, cette prédisposition familiale n'explique pas tout, d'autres éléments bien sûr également.

Face à cette analyse, il ne faut pas ignorer que certaines dépressions pouvait être secondaires à une pathologie sous jacente.

Bref, la Co-morbidité de la dépression avec d'autres pathologies peut être présents, cela peut être due à la vision pessimiste sur la maladie sous-jacente ainsi sur l'autoculpabilité de certains patients d'être un fardeau pour la famille voire même pour la société c'est-à-dire un être qui donne beaucoup plus d'occupation envers les autres.

### I.1.9. Facteurs déclenchants

Selon la Figure n°4, 45,31 % des facteurs déclenchants de la dépression dans notre étude avaient des histoires personnelles telles qu'un chômage, un deuil, un divorce, un accident, une maladie, une violence subie. Les 10,93 % ont eu des variations de l'environnement comme le climat (le manque du soleil), les bruit et nuisance sonores, l'insécurité physique et professionnelle, un harcèlement moral, une discrimination, un isolement social. Sept pourcent environ des facteurs déclenchants de la dépression étaient en relation avec un mode de vie à savoir le stress au travail et / ou au foyer, la mésentente du couple, un problème financier, un déménagement, un mauvais sommeil, la toxicomanie. Par contre dans 35,93 % des cas, aucun facteur extérieur n'a été retrouvé ayant déclenché la dépression.

L'existence de facteurs environnementaux peut basculer notre humeur, ces facteurs peuvent intervenir juste avant la dépression et à ce moment on les appelle facteurs précipitants (38).

Dans notre étude, nous avons classé les facteurs environnementaux en histoire personnelle de l'individu c'est-à-dire le chômage, le deuil, un divorce, un accident, une maladie, une violence subie, etc . . . Cette fréquence élevée explique le rôle important de l'influence des facteurs environnementaux surtout s'il s'agit d'un problème concernant une seule personne. Or, pour la dépression déclenchée par la modification de l'environnement social c'est-à-dire un facteur plutôt collectif, telles que la variation climatique, l'insécurité professionnelle, etc. . . ., est de 10,93 %, et celle qui ont été déclenchée par un mode de vie stressante, des problèmes conjugaux, des problèmes financiers, une toxicomanie etc... est de 7,81 % de nos cas.

Dans ce cas, on trouve une différence significative entre un facteur déclenchant plutôt personnel que collectif. Ce résultat pourrait être en forte liaison avec la douleur morale qu'un sujet doit supporter.

Selon une étude effectuée au CHU de Mahajanga en 1998-2000 chez le patients hospitalisés dans le service de neuropsychiatrie sur 136 patients ayant

présenté des syndromes dépressifs 104 cas soit 76,4 % avait présenté un stress psychologique qualifié d'intense (supérieur au niveau 3 de la cotation du DSM-IV) précède l'apparition de trouble. Ce stress peut être bref dans 56 % des cas (58 / 104) ou durable chez le 44% restant (frustration permanente de la vie quotidienne d'ordre matériel, affectif, relationnel (50). Quelle que soit l'étude faite au CHU de Mahajanga et/ ou au sein de l'EUSSPA, on a pu constater que le stress psychologique dont l'origine est très diversifiée, était un des facteurs majeurs déclenchant la survenue de la dépression.

Pourtant, il y avait un grand nombre des patients déprimés qui n'avaient pas des facteurs déclenchants à raison de 35,93 %. Ce dernier peut s'expliquer par le fait que la dépression est une maladie plurifactorielle comme dans toutes autres maladies psychiques. L'origine de la dépression peut être biologique ou psychologique ou endogène comme on a décrit dans la littérature (38).

De ce fait, devant une maladie dépressive, la recherche de l'influence des facteurs environnementaux pourra être nécessaire pour mener à bien une prise en charge plutôt convenable par rapport à sa maladie.

### **I.1.10. Symptômes**

La dépression est une association des symptômes dépressifs suffisamment nombreux, à l'origine d'une souffrance cliniquement significative et d'une incapacité fonctionnelle.

Dans la littérature, c'est la présence pendant au moins 15 jours d'une humeur dépressive et/ou d'une diminution marquée de l'intérêt et du plaisir dans les activités ; et aussi la présence d'au moins 5 des symptômes associés (22).

Selon l'enquête faite par l'INPES en 2005 dans une population générale française sur 6 498 cas répondant à l'enquête, 3 107 (45,1 %) personnes avaient déclarées d'avoir vécu pendant 2 semaines une période de tristesse et de perte d'intérêt

et 24,2 % parmi eux avaient présentés le trouble de l'humeur dépressive et l'anhédonie presque toute la journée (51). De toute façon, les symptômes secondaires étaient fréquents chez cette population d'étude ayant vécu un épisode de tristesse, dans leur échantillon, la majorité (93,6 %) des individus sélectionnés par la question filtre déclaraient au moins 3 symptômes comme l'épuisement ou le manque d'énergie, ou encore le problème de concentration étaient déclarés très fréquemment (dans plus de 85 % des cas) (51).

Dans notre étude, tous ces symptômes étaient aussi présents mais ils se manifestaient plutôt proches du modèle non occidental (50), c'est-à-dire caractérisé par la prédominance des symptômes secondaires (Tableau n°9), plus particulièrement la somatisation à raison de 27,94 % des symptomatologies dépressives. La prédominance de la somatisation explique l'altération de la qualité de vie suite à la dépression qui se manifestait par des différentes plaintes fonctionnelles comme la céphalée, le vertige, le trouble du sommeil, etc... Notons également que le trouble des fonctionnements supérieurs, plus précisément les troubles intellectuels tels qu'un appauvrissement intellectuel, le trouble de l'attention, le trouble de concentration, le trouble de mémoire à type d'amnésie, de paramnésie ont été vus sur 26 patients soit 36,89 %, par contre on n'a pas trouvé d'hypermnésie.

Le trouble anxieux était présent chez 17 patients soit 23,94%.

Les troubles du fonctionnement de la pensée, dans notre étude, comme les troubles du contenu de la pensée, et les troubles cognitifs étaient présents chez 15 patients soit 21,12 %.

Les troubles de la perceptivité, représentés surtout par les hallucinations psycho-sensorielles: visuelle, auditive, olfactive, ont été trouvés chez 8 patients soit 11,26 % de cas, alors qu'on n'a pas trouvé d'hallucination gustative, tactile, cénesthésique.

L'anomalie de la conversation telle que le mutisme, la logorrhée, la soliloquie, ou le dialogue hallucinatoire, a été enregistrée chez 4 patients soit 5,63 %.

Le trouble de conscience de soi et de l'environnement à type de syncope a été vu seulement chez un seul patient (1,40 %) symptôme le plus rare du trouble du fonctionnement supérieur rencontré dans notre étude.

Globalement, le trouble des fonctionnements supérieurs représentaient les 26,10% des symptômes dépressifs présents, notamment le trouble de la mémoire. Dans la littérature le problème de concentration était déclaré très fréquent lors d'un épisode dépressif (51). Le fait d'avoir de problème dans la vie qui est à l'origine de la dépression pourrait engendrer par la suite un problème de concentration face à ce problème même. On a enregistré 12,86 % de trouble du comportement au cours de la vie quotidienne. Les troubles psychotiques tels qu'une réaction antisociale (fugue, idée suicidaire, acte hétéro-agressive et autres) étaient vus sur 7,72 % de la symptomatologie dépressive présente. Par contre la symptomatologie principale de la dépression, c'est-à-dire l'humeur dépressive et la perte d'intérêt, était présentée respectivement sur 11,39 % et 4,04 %, soit au total 15,43% des symptômes dépressifs de nos cas. En d'autre terme ces symptômes principales étaient retrouvés moindre dans notre étude par rapport aux symptômes secondaires qui est similaire à l'étude faite par l'INPES dont 24,2% des déprimés seulement avaient présentés le trouble de l'humeur dépressive et l'anhédonie presque toute la journée et la majorité soit 93,6 % des individus avaient se plaindre de trouble du sommeil, de trouble de l'appétit,...

Bref, 84,57 % des épisodes de tristesse et d'anhédonie de nos cas s'accompagnent d'un retentissement. La notion de retentissement des symptômes sur les activités habituelles est devenue un critère nécessaire dans le diagnostic de la dépression.

#### **I.1.11. Prise en charge**

Les modalités thérapeutiques sont multiples : psychothérapies, chimiothérapies, électroconvulsivothérapie, etc. ...(16).

Les stratégies thérapeutiques sont en fonction de l'intensité et du type de l'épisode dépressif selon les recommandations de l'ANAES en mois de mai 2002 (16), et de l'afssaps en octobre 2006 (48). En cas d'épisode dépressif léger, la psychothérapie est le traitement de première intention. Les antidépresseurs sont

prescrits en cas d'épisode dépressif modéré et/ ou sévère, accompagné d'une psychothérapie (48).

Dans notre série, le degré de sévérité de la dépression ne figurait pas dans les dossiers mais le traitement combiné (psychothérapie et antidépresseur) a été effectué à 90,62% des cas. D'ailleurs ce traitement combiné renforce déjà la « théorie organogénique dynamiste » qui relate que les troubles mentaux proviennent à la fois d'une origine organique (manque de sérotonine par une baisse d'activité du système serotoninergique ) (35) et d'une origine psychique (57). Certains médecins préfèrent associer le médicament et la psychothérapie dans la prise en charge de la dépression car ils estiment que cette combinaison permettrait un renforcement de la capacité de l'individu (renforcement de son MOI base de la psychothérapie de soutien) et donc seraient bénéfique pour le patient (22).

Et d'autres optent pour le traitement médicamenteux par contrainte de temps. A ce propos, selon l'étude que Marie Lott a menée, 5 médecins sur 6 prescrivent rapidement un antidépresseur et 1 médecin sur 6 d'abord un anxiolytique (22).

Dans notre étude, la psychothérapie seule a été effectuée dans le 9,37 % des cas. Et selon toujours le même auteur, certains médecins considèrent la psychothérapie comme l'élément majeur de la prise en charge.

Bref, quel que soit le degré de sévérité de la dépression, la prise en charge nécessite un juste équilibre entre le traitement médicamenteux et la psychothérapie.

Actuellement, il existe plusieurs classes d'antidépresseurs commercialisés dans le monde. Les modalités de prescription reposent essentiellement sur l'efficacité, l'effet pharmacologique et la gravité de l'effet secondaire de l'antidépresseur. Selon une enquête faite par Marie Lott en décembre 2009 auprès des médecins généralistes du département du Rhône, les ISRS étaient les plus prescrits. Les IRSna et les antidépresseurs tricycliques arrivaient ensuite à égalité puis les antidépresseurs divers, les IMAO n'étant quasiment jamais prescrit (22).

Dans notre étude, l'ISRS était également les plus prescrites (39,65%), et c'était surtout le FLUOXETINE (Dawnex ®) qui était citée. Venaient ensuite, les imipraminiques : le CLOMIPRAMINE (Anafranil ®), l'AMITRIPLINE (Laroxyl®) (27,68 %). Les antidépresseurs divers, MIANSERINE (Athymil ®) étaient prescrits dans le 27,58 %. L'IRSna et l'IMAO n'étaient quasiment prescrits.

Globalement, d'après plusieurs études, toutes les classes d'antidépresseurs sont efficaces dans le traitement de la dépression (16). Le choix de la prescription est individuel mais nécessite seulement la prudence des prescripteurs sur les effets indésirables potentiels du médicament.

### **I.1.12. Evolution**

Dans la littérature, l'évolution de la maladie dépressive peut se présenter sous plusieurs formes telles qu'une rémission complète, partielle, une résistance et une rechute (16).

La dépression est une maladie de bon pronostic (57). Dans notre étude, après l'utilisation d'un traitement combiné (4 à 6<sup>ème</sup> semaine du traitement), le 46,55 % des cas avaient une amélioration complète. L'amélioration partielle était de 8,62 %. Six pourcent environ des patients seulement n'avaient présenté aucune amélioration. Ces données montrent l'efficacité de ce moyen thérapeutique. Selon Arch P., en cas d'épisode dépressif majeur l'association à l'antidépresseur d'une prise en charge psychothérapeutique améliore le pourcentage d'efficacité de ce traitement (57).

Dans la littérature, après 8 semaines de traitement bien conduit :

- un tiers des patients déprimés traités par l'antidépresseur ont une réponse complète ;
- un tiers ont une réponse partielle ;
- et un tiers ne répondent pas au traitement (43).

Les antidépresseurs améliorent significativement les symptômes dépressifs chez 70 % des patients présentant un épisode dépressif majeur (57).

La psychothérapie seule peut mener également à un impact favorable sur la dépression mais dans la plupart de temps, elle est indiquée dans la dépression légère. Dans notre série, elle a été effectuée chez le 6 patients (9,37 %). Les 33, 33 % des cas avaient une amélioration complète et 16, 66 % avaient une amélioration partielle. Aucun patient ayant bénéficié de ce moyen thérapeutique n'a présenté d'amélioration.

Bref, on peut considérer la psychothérapie comme étant l'élément majeur de la prise en charge de la dépression mais il ne faut pas omettre également que le traitement médicamenteux a aussi toute sa place.

Malgré l'efficacité thérapeutique prouvée dans différentes études, plusieurs patients n'arrivent pas au terme du traitement. Dans notre étude, quels que soient les moyens thérapeutiques choisis, au bout des 4-6<sup>èmes</sup> semaines du traitement, les 39,06 % des cas étaient perdus de vue. A ce propos, l'information et l'éducation du patient sont primordiales pour une bonne adhésion au traitement.

## II. SUGGESTION

La dépression est une maladie multifactorielle. Associée aux facteurs des risques, plus particulièrement l'influence des facteurs environnementaux qui sont surtout liés à l'environnement social ou familial, elle est devenue de plus en plus fréquente au sein de l'EUSSPA dans la section Santé Mentale comme le montre notre étude

La pathologie est lourde, vus les retentissements majeurs de la dépression sur la qualité de vie, la survenue des pathologies somatiques, la survenue des nombreuses tentatives de suicide et de suicides aboutis, l'accélération de l'évolution de la maladie d'Alzheimer chez les sujets âgés ainsi qu'une espérance de vie diminuée.

En effet, la résolution de ces problèmes nécessite une meilleure prise en charge. Ainsi, nous nous permettons de proposer quelques suggestions qui pourront contribuer à une meilleure prise en charge. Tout d'abord, il faut avant tout prévenir, assurer une bonne prise en charge de la maladie dépressive et faire un suivi régulier de l'évolution de la maladie.

- **PREVENTION**

La prévention de la maladie dépressive est capitale pour empêcher sa survenue et afin de permettre une qualité de vie meilleure.

- L'élaboration d'un programme permettant de se dialoguer avec autrui (exemple : aide sociale) sera importante, afin d'obtenir un soutien moral.

- Mise en place d'une stratégie à long terme visant à établir un environnement de travail de qualité et des tâches clairement définies. Dans ce cas, on peut convaincre les employeurs sur les avantages de l'introduction de programme de promotion de santé mental sur les lieux du travail afin de réduire le risque de stress et de troubles dépressifs qui sont responsable de la baisse de la productivité .

- Sensibilisation du public à la reconnaissance de la nécessité d'intégration à la santé mentale, aux stratégies de promotion de la santé et de l'hygiène de vie.

- Etablir une coordination entre les différents organismes du secteur professionnel et non-gouvernemental chargés de fournir des soins et d'accompagnement divers.

- Augmenter les capacités en matière d'intervention psychologique du secteur des soins primaires pour réduire les pressions qui s'exercent sur les secteurs secondaires et améliorer l'évaluation des symptômes et des problèmes associés.

- Il est aussi essentiel de pouvoir dépister le plus tôt possible les troubles de la santé mentale tels que la dépression. A cet effet, on peut notamment veiller à ce que les généralistes et les auxiliaires médicaux de première ligne, ainsi que d'autres professionnels tels que les travailleurs sociaux, apprennent à reconnaître les signes et les symptômes de la dépression, ceci est élaborer dans le but de prise en charge précoce et d'accompagnement.

- **PRISE EN CHARGE PROPREMENT DITE**

La prise en charge ne se fait seulement par des médicaments et/ou psychothérapie, elle doit suggérer aussi la participation de l'état, des personnels de santé et du patient lui-même.

A part la prise en charge thérapeutique, la responsabilité de l'Etat à la facilitation d'accès aux médicaments est nécessaire.

Malgré la disponibilité des antidépresseurs dans la pharmacie locale, la plupart des déprimés n'ont pas pu se soigner face au coût élevé des médicaments. Les gens préfèrent utiliser leurs biens sur d'autres occupations au lieu de dépenser pour se soigner de la dépression.

Afin de leur permettre à l'accès thérapeutique, nous suggérons :

- La participation de l'Etat à prendre en charge en partie ou en totalité le coût de l'antidépresseur quel que soit le statut des malades, vis-à-vis du système de remboursement des soins médicaux ou la distribution gratuite des médicaments, vu que la dépression devient actuellement un problème de santé publique. De plus la prise en charge thérapeutique de cette maladie se fait au long court.

- Il est à suggérer également la participation de l'Etat sur l'approvisionnement en ressources humaines, matérielles et financières.

- Le travail est l'essence même de notre vie ; et marquant notre appartenance dans notre société. A ce propos, la création d'emploi s'avère nécessaire.

Pour les personnels de santé, ils doivent assurer ses fonctions dès la première manifestation de la maladie, pour la diagnostiquer à temps. D'où l'importance de l'attention des personnels soignant sur la prise en charge de cette maladie car il pourrait y avoir un retard diagnostic en cas d'association d'autres pathologies. Cela aggrave le pronostic. De plus la qualité de l'observance thérapeutique est souvent altérée par l'existence d'autres pathologies.

Une fois que le diagnostic est posé, les personnels de santé doivent connaître les décisions thérapeutiques à prendre. C'est-à-dire, la prise en charge nécessite une psychothérapie associée ou non à l'utilisation d'antidépresseur.

A souligner, avec prudence les effets indésirables potentiels des médicaments antidépresseurs qui sont primordiaux.

Nous nous suggérons ainsi de promouvoir les médecins spécialistes dans ce domaine pour que tous les centres hospitaliers régionaux disposent d'un psychiatre compétent.

Pour le patient lui-même, il doit prendre en considération sa maladie et faire face à se soigner.

- SUIVI : le suivi thérapeutique est indispensable

Le suivi des patients contribue à l'amélioration des pronostics. Il est donc primordial de bien informer les patients sur la gravité de la maladie et la nécessité d'une surveillance stricte. Les coordonnées du patient (adresse exacte, numéros de

téléphone) doivent être mentionnées dans l'observation médicale pour faciliter le suivi.

L'utilisation des échelles dépressives qui sont actuellement nombreuses est à suggérer aux cliniciens afin qu'ils puissent évaluer avec certitude l'évolution de la maladie dépressive du patient lors du suivi. En d'autre terme, l'utilité de l'utilisation des échelles dépressives est un autre moyen pour pouvoir évaluer l'efficacité thérapeutique après le traitement d'attaque.

Lors du suivi, il faut surveiller l'apparition des effets indésirables des antidépresseurs comme les troubles de vision, la bouche sèche, etc....

La recherche scientifique est un des piliers du développement, nous suggérons la création d'un centre de recherche pluridisciplinaire pour analyser les cas observés d'en tirer des conclusions pertinentes pour que les directives à entreprendre soit plus efficace.

## **CONCLUSION**

## CONCLUSION

La dépression est une pathologie fréquente. Elle peut intéresser tous les individus de toutes les classes sociales et de toutes les tranches d'âge. Cette pathologie retentit de manière importante sur la qualité de vie en termes de dépendance, de morbidité physique, de mortalité qui est surtout liée au suicide et est un facteur de coût en matière de dépense de santé. C'est une maladie multifactorielle dont l'influence des facteurs environnementaux : familial et/ ou social tiennent une place importante sur sa survenue.

Parmi le 64 patients de nos cas ayant présenté un syndrome dépressif répondant aux critères de la CIM 10, seulement 15,43% avaient constaté la présence d'une humeur dépressive et d'anhédonie. Ces symptômes étaient accompagnés dans les 84,57% des symptomatologies secondaires, en particulier la somatisation à raison de 27,94%. L'efficacité thérapeutique reposant sur des moyens médicamenteux et non médicamenteux est prouvé notamment en termes d'amélioration de la qualité de vie. Dans notre série, le traitement par une psychothérapie seule et le traitement combiné ont été effectué respectivement dans le 9, 37% et 90,62%. Le choix de la prescription de l'antidépresseur était variable mais l'ISRS était le plus prescrit (39,65 %). L'évaluation de l'efficacité thérapeutique lors du suivi à 4-6<sup>ème</sup> semaine du traitement trouvait une amélioration complète chez le 45, 31 % de cas quels que soient les moyens thérapeutiques choisis. En général, la dépression est de bon pronostic. La surveillance de la maladie dépressive de nos cas s'avérait difficile, vu qu'un grand nombre des patients ont été perdu de vu (39,06%).

L'amélioration de la prise en charge de la dépression contribuera à l'amélioration des résultats. L'instauration d'un programme visant à améliorer la promotion de la santé mentale est primordiale. La participation de l'Etat et des autorités compétentes à s'investir sur l'approvisionnement en ressources humaines, matérielles et financières concourt à l'amélioration de la prise en charge de cette maladie. L'IEC (Information- Education-Communication) des patients déprimés sur la nécessité de suivi est primordiale afin qu'il y aurait une bonne adhésion thérapeutique.

## **ANNEXE**

## ANNEXE -1

### ECHELLE HDRS (échelle de dépression de Hamilton) (58).

1. Humeur dépressive (tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, auto-dépréciation)

**0** Absent

**1** Ces états affectifs ne sont signalés que si l'on interroge le sujet.

**2** Ces états affectifs sont signalés verbalement spontanément.

**3** Le sujet communique ces états affectifs non verbalement (expression faciale, attitude, voix, pleurs).

**4** Le sujet ne communique pratiquement que ses états affectifs dans ses communications spontanées verbales et non verbales.

2. Sentiments de culpabilité

**0** Absent.

**1** S'adresse des reproches à lui-même, à l'impression qu'il a causé un préjudice à des gens.

**2** Idées de culpabilité ou ruminations sur des erreurs passées ou des actions condamnables.

**3** La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité.

**4** Entend des voix qui l'accusent ou le dénoncent et /ou a des hallucinations visuelles menaçantes.

3. Suicide

**0** Absent.

**1** A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue.

**2** Souhaite être mort ou équivalent : toute pensée de mort possible dirigée lui-même.

**3** Idées ou geste de suicide.

**4** Tentative de suicide.

4. Insomnie du début de nuit

**0** Absent.

**1** Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir.

**2** Se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir.

5. Insomnie du milieu de nuit

**0** Pas de difficulté.

**1** Se réveille de très bonne heure le matin mais se rendort.

**2** Incapable de se rendormir s'il se lève.

6. Insomnie du matin.

**0** Pas de difficulté.

**1** Se réveille de très bonne heure le matin mais se rendort.

**2** Incapable de se rendormir s'il se lève.

7. Travail et activités

**0** Pas de difficulté.

**1** Pensées et sentiments d'incapacité, fatigue ou faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente.

**2** Perte d'intérêt pour les activités professionnelles ou de détente, ou décrite directement par le malade ou indirectement par son apathie, son indécision et ses hésitations.

**3** Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité.

**4** A arrêté son travail en raison de sa maladie actuelle.

8. Ralentissement (lenteur de la pensée et du langage, baisse de la faculté de concentration, baisse de l'activité motrice)

**0** Langage et pensées normaux.

**1** Léger ralentissement à l'entretien.

**2** Ralentissement manifeste à l'entretien.

**3** Entretien difficile.

**4** Stupeur.

9. Agitation

0 Aucune

1 Crispations, secousses musculaires.

2 Joue avec ses mains, ses cheveux, etc.

3 Bouge, ne peut rester assis tranquille.

4 Se tord les mains, ronges ses ongles, arrache ses cheveux, se mord les lèvres.

10. Anxiété psychique.

0 Aucune trouble

1 Tension subjective et irritabilité.

2 Se fait du souci à propos de problème mineurs.

3 Attitude inquiète, apparente dans l'expression faciale et le langage.

4 Peurs exprimées sans que l'on pose de questions.

11. Anxiété somatique (bouche sèche, troubles digestifs, palpitations, céphalées, pollakiurie, hyperventilation, transpiration, soupirs)

0 Absente.

1 Discrète

2 Moyenne.

3 Grave.

4 Frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle.

12. Symptômes somatiques gastro-intestinaux

0 Aucun.

1 Perte d'appétit mais mange sans y être poussé. Sentiment de lourdeur abdominale.

2 A des difficultés à manger en l'absence d'indication. Demande ou besoins de laxatifs, des médicaments intestinaux.

13. Symptômes somatiques généraux

0 Aucun

**1** Lourdeur dans les membres, dans le dos ou dans la tête. Douleurs dans le dos, céphalées, douleurs musculaires, perte d'énergie et fatigabilité.

**2** Si n'importe quel symptôme est net.

14. Symptômes génitaux (perte de libido, troubles menstruels)

**0** Absents.

**1** Légers

**2** Graves.

15. Hypochondrie

**0** Absente

**1** Attention concentrée sur son propre corps

**2** Préoccupations sur sa santé.

**3** Plaintes fréquentes, demandes d'aide.

**4** Idées délirantes hypochondriaques.

16. Perte de poids

A : selon les dires du malade

**0** Pas de perte de poids.

**1** Perte de poids probable liée à la maladie actuelle.

**2** Perte de poids certaine.

B : Appréciée par pensées

**0** Moins de 500g de perte de poids par semaine.

**1** Plus de 500g de perte de poids par semaine.

**2** Plus de 1 kg de perte de poids par semaine.

17. Prise de conscience

**0** Reconnaît qu'il est déprimé et malade.

**1** Reconnaît qu'il est malade mais l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage, à un virus, à un besoin de repos, etc.

**2** Nie qu'il est malade.

Résultats :

Cette échelle doit surtout être utilisée non pas pour faire le diagnostic de dépression mais pour apprécier les composantes de celles-ci.

Elle est significative pour un score supérieur à 15 permet le suivi de l'évolution (58).

## ANNEXE-2

### ECHELLE D'AUTO-EVALUATION DE LA DEPRESSION DE ZUNG (59)

Échelle d'auto-évaluation de la dépression de Zung	Rarement / jamais	Parfois	Souvent	La plupart: du temps / des cas
1. Je me sens découragé et mélancolique.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Le matin est le moment où je me sens le mieux.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Je pleure ou j'ai le goût de pleurer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. J'ai de la difficulté à dormir la nuit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Je mange moins qu'avant.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. La sexualité m'apporte du plaisir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Je remarque que je perds du poids.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. J'ai des problèmes de constipation.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Mon cœur bat plus rapidement qu'à l'habitude.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Je me fatigue sans raison apparente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mon esprit est aussi clair qu'à l'habitude.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Il m'est facile d'effectuer mes activités habituelles.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Je suis agité et ne peux rester en place.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. J'ai confiance en l'avenir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Je suis plus irritable qu'à l'habitude.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Il m'est facile de prendre des décisions.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Je me sens utile et apprécié.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Je mène une vie bien remplie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Je crois que les autres seraient mieux si j'étais mort.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. J'aime toujours autant les choses que j'aimais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si l'item survient peu voire très peu (score 1), parfois (score 2), souvent (score 3) ou (presque) toujours (score 4).

## ANNEXE -3

### L'OBSERVATION EN PSYCHIATRIE

#### IDENTITE :

- Nom
- Prénom
- Age
- Fratrie
- Etat civil
- Profession
- Niveau de scolarité
- Nationalité
- Religion

#### MOTIF D'HOSPITALISATION

- ANTECEDENT
  - Personnels :
    - Médicaux
    - Chirurgicaux
    - Psychiatriques : hospitalisation antérieures et suivi
    - Habitudes toxiques : quantité et durée
    - Gynéco-obstétricaux : si femme
    - Juridique
  - Familiaux :
- BIOGRAPHIE  
  
(Recueil auprès de ...)
  - Grossesse et naissance :

- Grossesse est elle désirée ?
- Déroulement de la grossesse
- Déroulement de l'accouchement
- Développement psychomoteur :
  - Allaitement maternel ?
  - Diversification alimentaire ?
  - Position assise quand ?
  - Début de la parole
  - Marche (18 mois)
  - Circoncision : âge (si garçon)
- Vie scolaire
  - Début
  - Ecole coranique ? Publique ? Privée ?
  - Brillant ? Moyen ?
  - Relation avec ses camarades
  - Relation avec ses professeurs ?
- Puberté et scolarité :
  - Age de la puberté
  - Premier rapport sexuel : ami(e), prostitué, viol ...
  - Début des relations amoureuses
- Vie professionnelle :
  - 1<sup>er</sup> travail ? a quel âge ?
  - Satisfaction au travail ou non
  - Relation avec ses collègues et patrons
- ....

## PERSONNALITE DU MALADE ET ENTOURAGE SOCIO-ECONOMIQUE

- Fratrie
- Relation avec les parents et les frères
- Amitiés

- Nombre d'amis
- Capacité d'établir des durables
- Intelligence
- Hygiène corporelle et vestimentaire
- Faculté d'adaptation aux changements de lieux (voyages)
- Réaction aux frustrations, aux contraintes

## HISTOIRE DE LA MALADIE

- Début
- Facteurs déclenchants
- Chronologie
- Evolution de l'état actuel

## EXAMEN PSYCHIATRIQUE

- TROUBLE DE LA PRESENTATION
  - Tenue : apragmatique, adaptée, ongles, cheveux, réticence
  - Mimique : Hypo, hyper, dys, démarche, regard
  - Contact : verbal, émotionnel, facile, difficile, superficiel, hyper syntone
  - Comportement : agitations, impulsions, stupeur, catalepsie, tics.
  
- TROUBLES DES CONDUITES INSTINCTUELLES
  - Contrôle sphinctérien de la miction et de la défécation
  - Sommeil : insomnie, somnolence diurne, hypersomnie, perturbation de l'activité onirique
  - Conduites alimentaires
  - Restrictions alimentaires
  - Refus alimentaires
  - Refus alimentaires et excès de boissons

- Comportement sexuel et relations amoureuses : masturbation, impuissance
- TROUBLES DES CONDUITES SOCIALES
    - Suicide, tentative de suicide, équivalents suicidaires
    - Les fugues
    - Les vols pathologiques
    - Les attentats aux mœurs
    - L'homicide
- CONDUITES ADDICTIVES
    - Alcoolisme
    - Toxicomanie
- TROUBLES DES FONCTIONS SUPERIEURES
    - Troubles de langage :
      - Logorrhée, mutisme, mutacisme, bégaiement, palilalie
      - Aphasies
      - Dans sa fonction : sémantique, linguistique, paralogisme, néologisme
    - Troubles de la mémoire :
      - Déficit mnésique : amnésie de fixation, antéro-rétrograde, psychogène ou affective
      - Paramnésies
      - Illusions de la mémoire
    - Troubles du fonctionnement de la pensée et du jugement :
      - Troubles du cours de la pensée
        - Tachy-bradypsychie
        - Cohérence des idées
        - Coq à l'âne

- Troubles du contenu de la pensée
  - Pensée déréelle
  - Idées fixes / obsédantes / délirantes / dépressives
  - Mythomanie
  - Phobies, idées délirantes
- Troubles du jugement
  - Facilitation du jugement
  - Carence du jugement
  - Distorsion du jugement
- Troubles des activités perceptives
  - Illusion, hallucinations
    - Psychosensorielle
    - Psychiques
    - Absence de subjectivité
    - Absence de sensorialité
    - Syndrome d'automatisme mental
    - Phénomène de dédoublement
    - Triple automatisme moteur, idéique et idéoverbal
    - Echo de la pensée
- Conscience du soi et de l'environnement
  - Troubles de la vigilance
    - Conscience, attention, orientation temporo-spaciale
    - Hypo ou hyper vigilance
    - Etats crépusculaires
    - Etats oniroïdes
    - Etat seconds
  - Troubles de la conscience de soi
    - Trouble du schéma et de l'éprouvé corporel
    - Dépersonnalisation
    - Déréalisation
    - Sensation de mi fantôme

- Troubles de l'expression des affects
  - Hyperémotivité
  - Défaut d'émotivité
  - Inadéquation
- Trouble de l'humeur
  - Dépressive
  - Expansive
  - Athymique
- Troubles anxieux

#### EXAMEN PHYSIQUE

- Constates hémodynamiques
- Cardiovasculaire
- Pulmonaire
- Neurologique

#### CONCLUSION

#### DISCUSSION

#### CONDUITE A TENIR

#### EVOLUTION

#### SURVEILLANCE

#### PRONOSTIC

## **REFERENCES**

## REFERENCES

1. Fofana L. Evolution des schémas cognitivo-émotionnels chez des patients anxio - dépressifs en fonction d'une prise en charge en psychothérapie cognitive [Thèse de Doctorat en Médecine]. Lille 3: Université Charles-De-Gaulle ; 2007
2. Palazzolo J. Dépression et anxiété. Paris : Masson ; 2008
3. Madelin R. « Actions contre la dépression : Améliorer la santé mentale et le bien être en luttant contre les effets négatifs de la dépression sur la santé, la société et l'économie ». Luxembourg : Commission européenne ; 2004
4. Godard J, Grondin S, Baruch P, Lafleur MF, Scupin I, Reiser M et al. Psychosocial and neurocognitive profiles in depressed patients with major depressive disorder and bipolar disorder. Psychiatry Research. 2011 jul; 347: 284-7
5. Preiss M, Čermáková R, Cimermanová D. Online rehabilitation of cognitive functions: the possibilities of the CogniFit program. Istanbul ; 2011 jul.
6. OMS. 2012. [en ligne] [www.euro. Who. int/fr /depression-définition](http://www.euro.who.int/fr/depression-définition). Consulté le 15 décembre 2012.
7. OMS. Prévenir les suicides, ressource pour conseilles. Genève: NBCCC International, 2006 : 27.
8. de Cabarrus T. Pourquoi la France est championne du monde.OMS. Genève. 31 juillet 2011.[en ligne] [http://www. Futura-sciences.com/fr/t/Medicine](http://www.Futura-sciences.com/fr/t/Medicine).Consulté le 15 septembre 2012.

9. OMS. Genève. 2012. La dépression touche plus de 350 millions de personnes dans le monde.[en ligne] [http:// www. Futura-sciences.com/fr/news/t/medicine](http://www.Futura-sciences.com/fr/news/t/medicine).Consulté le 15 septembre 2012.
10. Jalenques I. « Dépressions du sujet âgé ». Annuaire de Gériatrie, 3ème éd, 2009 : 63 - 65.
11. Clément JP, Lamontellerie M, Sechter D et al. « Psychiatrie de la personne âgée ». Paris : Médecine Science Flammarion, 2010 : 649.
12. Marcelli D. Episode dépressif et maladie dépressive chez l'enfant. In : Psychiatrie et Psychologie, J Pédiatre Puériculture. Paris : Elsevier, 1996 : 9 ; 234-240.
13. Matil P-A. La vulnérabilité dépressive :psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents. [en ligne] [FMH.www.psycom.Ch/public/download/vulnérabilité dépressive.pdf](http://www.fmh.ch/public/download/vulnerabilite%20depressive.pdf). Consulté le 27 mars 2012.
14. Fédération Française de psychiatrie. Les troubles dépressifs chez l'enfant : reconnaître, soigner, prévenir, devenir. Senat-palais de Luxembourg ;1995 :40.
15. Christine M, Simeoni M. Dépression de l'enfant : aspects cliniques évolutifs et thérapeutiques.[en ligne] [http://www.jle.com/fr/revus/Médecine](http://www.jle.com/fr/revus/M%C3%A9decine). Consulté le 21 juin 2012.
16. Dansonville V. Du symptôme dépressif à la thérapeutique. L'Encéphale, 2007 : 33 ; 641-49.
17. Lopez A D, Mathers C D, Ezzati M. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. Lancet, 2006: 367 (9524): 1747-57.

18. Ferreri F, Agbokou C, Nuss P, Peretti C.S. Clinique des états dépressifs. In: Ferreri F. « Psychiatrie ». Paris : Elsevier, 2006 : 37-110-A-10.
19. Mouquet MC, Bellamy V, Carasco V. Etudes et Résultats, Suicides et tentatives de suicide en France. Drees n°488- mai 2006.
20. Mantelet S, Hardy P. Dépression et maladie somatique. In : Médecine thérapeutique. France : 2002 : N°4,238-42
21. Cottencin O. Dépressions sévères : comorbidités somatiques. Paris : Elsevier Masson, 2009 : 355 ; 272-8
22. Marie L. Critères de choix d'un traitement antidépresseur dans le cadre d'un épisode dépressif d'intensité modérée à sévère. Thèse de doctorat en Médecine, université Claude Bernard Lyon1. UFR-Lyon-RTH Laënnec, 2009 : 143.
23. Pellet J. Introduction biologique à la psychologie. Paris : Breal, 2000
24. Barbier D. Syndrome pré-dépressif- La période d'état. Presse médicale. Paris : Masson, 2004 : 33 : 641-2.
25. Olier J-P, Gallarda T, Duaux E. Les troubles de l'humeur. In Olier J-P, Gallarda T, Duaux E, ed. Le livre de l'interne en psychiatrie. Paris : Médecine-Sciences Flammarion, 2002 : 442 ; 156-75.
26. Henry C, Gay C. Maladie maniaco-dépressive ou troubles bipolaires. Encyclopédie Orphanet, janvier 2004.[en ligne] <http://www.orpha.net/data/patho/FR/fr-troublesbipolaires.pdf>. Consulté le 24 juillet 2012.
27. Jollan F. Les troubles de l'humeur. 2008.[en ligne] Maitlo : f. jollant @ Chu-montpellier. fr. Consulté le 23 avril 2012.

28. Deniker P, Lemperiere TH, Guyotat J. Précis de psychiatrie clinique de l'adulte. Paris, Milan, Barcelone, Mexico : Masson, 1990 : 633 : 13-56.
29. Servan-schreiber D. Guérir le stress, l'anxiété, la dépression sans médicament. Pocket ; 2011 : 336
30. Goodman SH, Rouse MH. Incidence de la dépression périnatale sur le développement des enfants : une perspective développementale. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants. Montréal, Québec ;2010.
31. Campbell SB. La dépression de la mère et l'adaptation de l'enfant durant la petite enfance. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants. Montréal, Québec : Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2010.
32. Goodman S.H. Depression in mothers. Annual Review of Clinical Psychology, 2007; 3:107-35.
33. Howell EA, Mora PA, DiBonaventura MD, Leventhal H. Modifiable factors associated with changes in postpartum depressive symptoms. Archives of Women's Mental Health; 2009 :12(2):113-20
34. Dix solutions face à la dépression. 2011 : Santé\_médecine. Comment camarche. Net/ contents/ depression/ 10-solutions-face-à la depression.Consulté le 25 juillet 2012.
35. Neller J.C, Pons G. La luminothérapie. 2012. [en ligne] [http:// www.Zestress.com /services /luminothérapie /dépression saisonnière php](http://www.Zestress.com/services/luminotherapie/depression_saisonniere_php). Consulté le 22 décembre 2012.

36. OMS. La prévention du suicide, indication pour les médecins généralistes. Genève ; 2001 : 26.
37. Boucand MH. La dépression et les troubles de l'affectivité ont-ils un retentissement sur la rééducation de l'hémiplégique et faut-il les traiter ? In Ann Réadaptation Med phys, Paris : Elsevier, 1997 : 640 ; 481-501.
38. Lamoureux P. La dépression-En savoir plus pour en sortir. France : INPES, 2007 : 92
39. "La prise en charge d'un trouble dépressif récurrent ou persistant" : 2010.[en ligne] <http://www.entrepaticiens.net/fr/sante/fiches-sante/depression>. Consulté le 22 décembre 2012.
40. Griffiths B, Saliou G. Suicide des personnes âgées et EHPAD : Facteurs de risque et prévention. DIU de Formation à la fonction de médecin coordinateur en EHPAD, Université René Descartes-Paris V. Faculté Cochin-Port. Royal. 2009 ; 33
41. OMS. Rapport mondial sur la violence et la santé, Genève : 2002 : 376.
42. Barbier D. Syndrome dépressif: Traitement médicamenteux. In Presse médicale, Paris: Masson, 2004 ; 33 : 1049-50.
43. AFSSAP. Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte. Octobre 2006 :[en ligne] [www. Afssap. Sante. Fr.](http://www.afssap.sante.fr) Consulté le 22 octobre 2012.
44. Vital D D, Le Jeune C. Les antidépresseurs. In : Dorosz : Guide pratique des médicaments Maloine. 30<sup>ème</sup> ed. France : Academie National de Médecine. 2011 ; 1892 : 1474-8

45. Beau C.H, Thauby S. Les antidépresseurs. In : Roberquebrune J.P. « synopsis 2007 des médicaments en psychiatrie ». France, 2007 : 211 ; 8-50
46. Cajoechen C, Wirz-justice A. Rythmes circadiens et dépression. In Forum Med. Suisse ; 2011: 11 (32-33);536-41
47. Rimlinger B. Critères et objectifs d'hospitalisation d'un état dépressif. L'encéphale, 2007 : 33
48. Conférence de consensus : La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Paris: Agence nationale d'Accréditation et d'évaluation en santé; 2000.
49. ASEP. La santé mentale en population générale : images et réalités, 2000 : [en ligne] [http://www.serpsy.org/rapport/population\\_generale.html](http://www.serpsy.org/rapport/population_generale.html). Consulté le 22 octobre 2012.
50. Andriantseho LM, Andrianasy TF, Andriambao DS. Le trouble psychiatrique à Madagascar : étude clinique de 376 cas repertoriée à Mahajanga. in Bull Soc Pathol Exot, 2004 : 97, 2 : 122-26.
51. Chan Chee C, Sapinho D, Beck F, Guilbert P. La dépression en France-Enquête Anadep. Saint Denis : coll. Etudes santé, 2009 : 208 ; 35-57
52. Ehrenberg A. Santé mentale : malaise dans l'évaluation. Médecine /Sciences, 2006 : n°22 ; 555 : 548-53.
53. Briffault X. Liberté, Sécurité, Evaluation : pour ou contre l'évaluation des psychothérapies. In : Champion F. Psychothérapies et Société. Paris : Armand Colin, 2008 : 203-14.
54. Ratsifandrihamana B. Aperçu sur les modes de représentation traditionnelle de la folie, et tentative de prise en charge culturelle de la souffrance psychique à

Madagascar. In: REVERZY JF (Eds) - Cultures, exils et folies dans l'Océan Indien. Paris, L'Harmattan, 1990 : 203-210.

55. Levy-soussan P. Dépressions secondaires. Psychiatrie : collection Med-line. 1994 : 398 ; 144-5.

56. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Geddes JR. Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis Lancet. 2009 Feb 28;373(9665):746-58.

57. Henry E, Bernard P, Brisset CH. Les tendances doctrinales de la psychiatrie. In Manuel de psychiatrie. Masson. 6<sup>e</sup> ed. 2004 : 1166 ; 66-74.

58. Guelfi J. D. Criquillon-Doublet S. Dépression et syndromes anxio-dépressifs. Laboratoire Ardix, 1993.

59. Psychologie. Genève. 2012 ;[en ligne] [www. Psychologie-ge.ch](http://www.Psychologie-ge.ch). Consulté le 22 mars 2012.

## VELIRANO

« Eto anatrehan'i ZANAHARY, eto anoloan'ireo mpampianatra ahy, sy ireo mpiara\_nianatra tamiko eto amin'ity toeram\_pampianarana ity ary eto anoloan'ny sarin' i HIPPOCRATE.

Dia manome toky sy mianiana aho fa hanaja lalandava ny fitsipika hitandrovana ny voninahitra sy ny fahamarinana eo am\_panatotosana ny raharaham\_pitsaboana .

Ho tsaboiko maimaimpoana ireo ory ary tsy hitaky saran'asa mihoatra noho ny rariny aho, tsy hiray tetika maizina na oviana na oviana ary na amin' iza na amin' iza aho mba hahazoana mizara aminy ny karama mety ho azo.

Raha tafiditra an\_tranon'olona aho dia tsy ahahita izay zava-miseho ao ny masoko , ka tanako ho ahy samirery ireo tsiambaratelo aboraka amiko ary ny asako tsy avelako atao fitaovana hanatontosana zavatra mamofady na hanamoràna famitàn-keloka.

Tsy ekeko ho efitra hanelanelanana ny adidiko amin'olona tsaboiko ny anton-javatra ara-pinoana, ara-pirenena, ara-pirazanana, ara-pirehana ary ara-tsaranga.

Hajaiko tanteraka ny ain'olombelona na dia vao notorontoronina aza, ary tsy hahazo mampiasa ny fahalalako ho enti-manohitra ny lalàn'ny maha-olona aho na dia vozonana aza.

Manaja sy mankasitraka ireo mpampianatra ahy aho ka hampita amin'ny taranany ny fahaizana noraisiko tamin'izy ireo.

Ho toavin'ny mpiara-belona amiko anie aho raha mahatanteraka ny velirano nataoko.

Ho rakotry ny henatra sy horabirabin'ireo mpitsabo namako kosa aho raha mivadika amin'izany ».

**PERMIS D'IMPRIMER**

**LU ET APPROUVE**

Le président de thèse

Signé : Professeur RAJAONARISON Bertille Hortense

ClicCours.com

**VU ET PERMIS D'IMPRIMER**

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé : Pr ANDRIAMANARIVO Mamy Lalatiana

**Name and first name: HARINAVALONA Ravakaso Elysa Colette**

**The thesis's title: EPIDEMIO-CLINICAL ASPECTS OF DEPRESSION  
OBSERVED IN THE MENTAL HEALTH SECTION IN  
EUSSP ANALAKELY**

**Number of figures : 06**

**Number of pages: 72**

**Number of tables :10**

**Number of bibliographic references: 59**

### **SUMMARY**

Depression remains a public health problem. It is a condition often underdiagnosed and subcontracted but that can lead to suicide by its gravity.

We conducted a cross-sectional retrospective study for 4 years in the Etablissement Universitaire de Soins et de Santé Publique d'Analakely. The objective of this study was to evaluate the epidemiology of depression to improve the management. We identified 64 cases of depression. This is a disease predominantly female with a sex ratio of 0,45. The average age was 30years. The age group 18 to 35years was the most affected. The main symptoms of depression accounted for 15,43% of the symptoms and are accompanied in 84,57% of cases of secondary symptomatology particularly somatization 27,94%. Depression is multifactorial. The outcome was favorable in 45,31% of cases after treatment.

To improve the management, our suggestion is prevention by developing a public awareness program on the importance of mental well-being and participation of the public on the importance of wellness resources, material and financial.

**Key words:** Depression, somatisation, suicide, multifactorial, antidepressant, awareness.

**The thesis's director:** Professor **RAJAONARISON Bertille Hortense**

**Rapporter of the thesis:** Doctor **RAOBELLE Evah Norotiana Andriamiakatsoa**

**The author's address:** Lot VA 37 FA Bis B Tsiadana Tana 101

**Nom et prénom : HARINAVALONA Ravakaso Elysa Colette**

**Titre de la thèse : ASPECT EPIDEMIO-CLINIQUE DE LA DEPRESSION  
OBSERVE DANS LA SECTION SANTE MENTALE A  
L'EUSSP ANALAKELY**

**Rubrique : MEDECINE**

**Nombre de pages : 72**

**Nombre de tableaux : 10**

**Nombre de figures : 06**

**Nombre de références : 59**

### **RESUME**

La dépression reste un problème de santé publique. C'est une pathologie souvent sous diagnostiquée et sous traitée mais qui peut mener au suicide faisant sa gravité.

Nous avons mené une étude rétrospective transversale sur une période de 4 ans réalisée à l'Etablissement Universitaire de Soins et de Santé Publique d'Analakely. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'épidémiologie de la dépression pour en améliorer la prise en charge. Nous avons recensés 64 cas de dépression. C'est une pathologie à prédominance féminine avec un sex ratio à 0,45. La moyenne d'âge était de 30 ans. La tranche d'âge de 18 à 35 ans était la plus touchée. Les symptômes principaux de la dépression représentaient 15,43% de la symptomatologie et s'accompagnent dans 84,57% de cas des symptomatologies secondaires plus particulièrement la somatisation 27,94%. La dépression est multifactorielle. L'évolution était favorable dans 45,31% des cas après traitement.

Afin d'améliorer la prise en charge, notre suggestion porte sur une prévention en élaborant un programme de sensibilisation des publics sur l'importance d'un bien-être mentale, ainsi qu'à la participation de l'état pour s'investir sur l'approvisionnement en ressources humaines, matérielles et financières.

**Mots clés :** Dépression, somatisation, multifactorielle, antidépresseur, sensibilisation.

**Directeur de thèse :** Professeur **RAJAONARISON Bertille Hortense.**

**Rapporteur de thèse :** Docteur **RAOBELLE Evah Norotiana Andriamiakatsoa**

**Adresse de l'auteur :** Lot VA 37FA Bis B Tsiadana Tana 101

**Clicours.COM**