

LISTE DES ABRÉVIATIONS

- CHNPT** : centre hospitalier national psychiatrique de thiaroye
- CIM-10** : dixième révision de la classification internationale des maladies/international classification of diseases = ICD10
- DSM-IV** : diagnostic and statistical manual of mental disorders/le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
- 5-HIAA** : acide 5-hydroxyindoléacétique = métabolite de la sérotonine
- HTA** : hypertension artérielle
- IMAO** : inhibiteurs de la monoamine oxydase
- INSERM** : institut national de la santé et de la recherche médicale
- IRSS** : inhibiteurs de la recapture de la sérotonine
- LCR** : liquide céphalo-rachidien
- OMS** : organisation mondiale de la santé
- PMD** : psychose maniaco-dépressive
- SIDA** : syndrome de l'immunodéficience acquise

LISTE DES FIGURES

Figure 1	: La répartition de la population d'étude selon l'âge.	48
Figure 2	: La répartition de la population selon le sexe.....	49
Figure 3	: La situation matrimoniale des patients	49
Figure 4	: La répartition des patients selon le mode de traitement.	50
Figure 5	: La fréquence des signes chez la population d'étude	51
Figure 6	: La fréquence de l'insomnie.....	51
Figure 7	: La fréquence des troubles alimentaires	52
Figure 8	: La fréquence des idées de suicide	53
Figure 9	: La fréquence des idées délirantes.....	54
Figure 10	: La fréquence des hallucinations	56
Figure 11	: La fréquence de ralentissement psychomoteur.....	57
Figure 12	: La répartition des antécédents personnels psychiatriques.....	58
Figure 13	: Les antécédents familiaux psychiatriques	58

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I	: L'incidence de la dépression au cours de l'année 2011, au C H N P de Thiaroye	48
Tableau II	: La fréquence des plaintes somatiques	52
Tableau III	: La fréquence de la tristesse de l'humeur	53
Tableau IV	: La fréquence de tentatives de suicide.....	54
Tableau V	: La fréquence de l'anxiété.....	55
Tableau VI	: La fréquence de l'agitation	55
Tableau VII	: La fréquence des cénesthopathies	56
Tableau VIII	: La fréquence de la clinophilie	57
Tableau IX	: Les antécédents médico-chirurgicaux et événement de vie ...	59

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERRATURE	4
1- DEFINITIONS	5
2- LES ASPECTS CLINIQUES.....	6
2.1- La description du syndrome dépressif	6
2.2- Les formes cliniques de la dépression	10
2.2.1- L'accès mélancolique	10
2.2.2- La dépression simple	11
2.2.3- La dépression anxieuse	12
2.2.4- La dépression délirante	12
2.2.5- Les états mixtes	14
2.2.6- La dépression masquée	14
2.2.7- La dépression récurrente	15
2.2.8- La dépression chronique	16
2.2.9- La dépression d'involution	16
2.2.10- La dépression du sujet âgé	17
2.2.11- La dépression chez la femme	17
2.2.12- La dépression de l'adolescent	18
2.2.13- Les formes étiologiques	18
2.2.13.1- Les dépressions endogènes	18
2.2.13.2- Les dépressions non endogènes	19
2.2.13.2.1- La dépression psychogène	19
2.2.13.2.2- Les dépressions secondaires	20
2.2.13.2.2.1- Les affections psychiatriques	21
2.2.13.2.2.2- Les affections organiques	21
2.2.13.2.3- La dépression dite «iatrogène»	22
3- LES ASPECTS EVOLUTIFS ET PRONOSTIQUES	22
4- FACTEURS ETIOPATHOGENIQUES	24
4.1- Les facteurs génétiques	24
4.2- Les facteurs biologiques	24
4.2.1- Les hypothèses monoaminergiques	24

4.2.2- Les perturbations électrolytiques	25
4.2.3- Les théories chronobiologiques.....	26
4.3- Les facteurs psychologiques.....	26
4.3.1- Les théories psychanalytiques.....	26
4.3.2- Les théories cognitives	27
4.3.3- Les théories phénoménologiques	28
4.4- Les facteurs environnementaux	29
5- LES ASPECTS THERAPEUTIQUES	29
5.1- Le but du traitement	29
5.2- Les moyens thérapeutiques	30
5.2.1- L'hospitalisation.....	30
5.2.2- La chimiothérapie.....	30
5.2.2.1- Les antidépresseurs	30
5.2.2.2- Les thymorégulateurs.....	32
5.2.3- L'électro-convulsivothérapie	33
5.2.4- La psychothérapie.....	34
5.2.4.1- La thérapie de soutien au malade.....	34
5.2.4.2- La thérapie cognitivo-comportementale.....	34
5.2.4.3- Les entretiens familiaux	35
6- HISTORIQUE DE LA DEPRESSION.....	35
7-NOSOGRAPHIE.....	37
7.1-La classification de l'INSERM	37
7.2-La CIM-10.....	38
7.3-DSM-IV.....	39
DEUXIEME PARTIE : RÉSULTATS DE L'ETUDE ET DISCUSSION	41
METHODOLOGIE.....	42
1- LE CADRE D'ETUDE.....	43
1.1- La description du Lieu	43
1.2- Le personnel	44
2. LES METHODES ET LES MALADES	44
2.1- Le type d'étude	44
2.2- La durée d'étude	44
2.3- La population d'étude	44
2.4- Les malades	45

2.5- La saisie et l'exploitation des données.....	45
2.6- Les contraintes et les limites	45
RESULTATS	47
1- LES ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES.....	48
1.1- La prévalence de la dépression au C H N P de Thiaroye.....	48
1.2-L'âge	48
1.3- Le sexe	49
1.4- La situation matrimoniale.....	49
1.5- Les modes de traitements	50
2- LES ASPECTS CLINIQUES.....	51
2.1- La fréquence des signes	51
2.2- L'insomnie.....	51
2.3- Les plaintes somatiques.....	52
2.4- Les troubles alimentaires.....	52
2.5- La tristesse de l'humeur	53
2.6- Les idées et tentatives de suicide	53
2.7- Les idées délirantes	54
2.8- L'anxiété.....	55
2.9- L'agitation	55
2.10-Les hallucinations et les cénesthopathies	56
2.11-Le ralentissement psychomoteur	57
2.12- La clinophilie	57
3,4% des patients ont présenté une clinophilie.....	57
2.13-Les antécédents psychiatriques.....	58
DISCUSSION	60
1- LES ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES.....	61
1.1- La prévalence de la dépression au C H N P de Thiaroye.....	61
1 2- L'âge	61
1.3- Le sexe	62
1.4- La situation matrimoniale.....	63
1.5- La fréquence des hospitalisations	65
2- LES ASPECTS CLINIQUES.....	66
2.1- La fréquence des signes	66
2.2-L'insomnie	66

2.3- Les plaintes somatiques	67
2.4- Les troubles alimentaires.....	68
2.5- La tristesse de l'humeur	68
2.6- Les idées et les tentatives de suicides	68
2.7- L'anxiété.....	70
2.8- L'agitation	70
2.9- Le ralentissement psychomoteur	71
2.10- Les hallucinations et les cénesthopathies	71
2.11- Les idées délirantes	72
2.12- Les autres symptômes	73
2.13- Les antécédents psychiatriques.....	73
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	74
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	74
ANNEXES	74

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Les états dépressifs sont classés dans le groupe des troubles de l'humeur. Chaque individu a un niveau de base de l'humeur qui varie dans le sens du plaisir ou du déplaisir en fonction des sollicitations de l'environnement ou de ses représentations personnelles. Cependant, il reste relativement maître de ses expériences émotionnelles successives. En revanche, chez le déprimé, l'humeur est non seulement affaissée, déprimée, mais elle n'est plus contrôlable. Elle envahit le vécu du sujet qui ne peut s'en départir, même en changeant d'univers relationnel ou d'activité.

En psychiatrie, la dépression est un état pathologique de souffrance psychique et de culpabilité consciente, accompagné d'un abaissement marqué de l'estime de soi, de troubles psychomoteurs ainsi que de manifestations somatiques.

La dépression compte parmi les cinq pathologies les plus fréquemment rencontrées en consultation de médecine générale [18].

D'après l'O.M.S [6], la prévalence mondiale de la dépression est de 5% avec une incidence de 3% dans la population générale, ce qui correspond à environ 100 millions d'individus. Les états dépressifs constituent un handicap social important et se situent au troisième rang des maladies invalidantes. Ils constituent une préoccupation majeure de santé publique. Selon les prévisions de l'O.M.S, la dépression deviendra en 2020, la 2^e cause d'invalidité dans le monde après les maladies cardio-vasculaires.

Les circonstances de survenue de l'état dépressif peuvent être très différentes. Dans l'immense majorité des cas, la dépression apparaît chez des personnes précédemment indemnes de tout trouble psychique. Le diagnostic de dépression est facile dans les formes typiques ; cependant, il existe de nombreuses formes cliniques tant symptomatiques qu'évolutives dont certaines sont trompeuses, mettant davantage le pronostic vital immédiat en jeu en fonction du degré du

potentiel suicidaire. Le pronostic à moyen terme est dominé par les rechutes et le pronostic à long terme est tributaire de la fréquence des récurrences et de l'évolution vers l'unipolarité ou la bipolarité.

La dépression est un trouble complexe, qui mérite une connaissance subtile de ses différentes expressions cliniques pour aménager un traitement précoce.

En Afrique, la dépression a d'abord été considérée comme inexistante, ensuite rare, et enfin comme présentant des caractéristiques particulières [23;28;14].

Au Sénégal, beaucoup de travaux portant sur la dépression ont été réalisés dans le but d'une meilleure connaissance de cette pathologie. Avec l'évolution des habitudes de vie liée à une urbanisation progressive dans un contexte de mondialisation, il nous a paru opportun d'étudier les déterminants actuels de la dépression en milieu psychiatrique.

Dans cette perspective, nous avons analysé 207 dossiers de patients avec le diagnostic de dépression afin de :

- déterminer les aspects épidémiologiques de la dépression en milieu psychiatrique au Sénégal ;
- déterminer les critères sémiologiques de la dépression en milieu psychiatrique au Sénégal ;
- formuler des recommandations pour faciliter le diagnostic des états dépressifs et améliorer la prise en charge des patients.

Ainsi après une première partie de rappels généraux sur la dépression, nous aborderons la deuxième partie qui correspond aux objectifs de notre étude.

PREMIERE PARTIE :
REVUE DE LA LITTERRATURE

1- DEFINITIONS

L'humeur est une disposition affective fondamentale, riche de toutes les instances émotionnelles et instinctives qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable, oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur. (Jean Delay, 1946)

Il s'agit d'une charge affective fondamentale qui confère au sujet une tonalité gaie, triste ou neutre.

L'humeur normale est adaptée, c'est-à-dire congruente aux circonstances. Une humeur devient pathologique lorsqu'elle est fixe, non modifiée par les événements. Cette perturbation peut être une tristesse pathologique, une gaieté anormale ou une indifférence.

L'humeur dépressive s'associe à l'inhibition psychomotrice et aux perturbations instinctuelles pour constituer la dépression.

La manie se définit comme une euphorie pathologique associée à un état de surexcitation psychomotrice. Elle s'accompagne parfois d'une hyperactivité et de symptômes physiques comme l'insomnie, la boulimie, l'augmentation de la libido etc. qui témoignent du désordre des fonctionnements organiques et neurovégétatifs [65].

La maladie maniaco-dépressive, autrefois appelée psychose maniaco-dépressive, est une maladie caractérisée par la survenue de manière cyclique d'épisodes dépressifs et/ou d'épisodes maniaques. Les manies et les dépressions se succèdent selon un rythme plus ou moins rapide. La CIM10 parle de trouble unipolaire ou de trouble bipolaire.

2- LES ASPECTS CLINIQUES

2.1- La description du syndrome dépressif

Le syndrome dépressif se manifeste par la tétrade symptomatique classique :

- L'humeur dépressive,
- Le ralentissement psychomoteur,
- L'anxiété,
- Les symptômes somatiques.

➤ L'humeur dépressive

Elle se traduit par un sentiment de tristesse douloureuse, un éprouvé désagréable. Le sujet paraît triste, sombre, tendu, anxieux. Il a une vision pessimiste de soi et du monde extérieur.

Le pessimisme vis-à-vis du monde extérieur est exprimé par l'anhédonie : la perte de la capacité à ressentir du plaisir qu'il soit intellectuel, esthétique, alimentaire ou sexuel. Il existe une profonde insatisfaction et un sentiment de dévalorisation, d'autodépréciation, de culpabilité et de honte. La douleur morale est constituée par la rumination douloureuse de ce vécu morbide au cours de laquelle le sujet ne cesse de penser continuellement à cette vie où il ne vaut rien. La vie est pour lui sans avenir, sans autre espoir que la mort.

L'humeur dépressive s'associe souvent à l'émoussement affectif ou à un degré supérieur à l'anesthésie affective.

Dans l'anesthésie affective le sujet n'éprouve plus de sentiments vis-à-vis de ses proches. Les activités ou les situations antérieurement agréables l'ennuient. Tous les domaines peuvent être atteints : les loisirs, la vie professionnelle ou domestique. Dans le cas extrême, l'anesthésie est totale. Le sujet ne ressent aucun affect et n'exprime plus rien : « ni amour, ni haine ».

Le sujet peut fortement se culpabiliser de ce sentiment d'indifférence vis-à-vis de ses proches. Cette culpabilité augmente alors son auto-dévalorisation. Quand l'indifférence affective est légère, on parle de simple émoussement affectif qui est une perte de plaisir et d'intérêt, une sensation d'un manque de sensibilité, une absence de participation aux activités socioprofessionnelles. C'est un précieux signe au début des épisodes dépressifs. L'instabilité des affects encore appelée « incontinence affective » est souvent révélatrice des syndromes dépressifs car elle surprend le sujet et l'entourage. [44] Le sujet devient brutalement irritable, impulsif, intolérant voire hostile à son entourage. Il présente des crises de larmes soudaines ou déclenchées par les départs, la solitude ou les tâches à accomplir. Cette instabilité des affects tend à augmenter la culpabilité pathologique déjà présente.

Il n'y a pas d'affect dépressif sans angoisse. Cela va de l'appréhension (crainte vague) excessive face à un événement, à la stupeur ou à l'agitation anxieuse avec son cortège de symptômes psychiques et neurovégétatifs [56].

L'acte suicidaire apparaît comme un moyen pour mettre fin à la souffrance inexorable, puisqu'il n'y a plus d'espoir pour le patient. Le seul avenir acceptable est représenté par la mort. Les idées suicidaires peuvent demeurer vagues et lointaines ou bien se préciser dangereusement jusqu'au passage à l'acte, le plus souvent réussi. Le suicide peut être ingénieux c'est à dire médité depuis longtemps. A l'inverse, il peut être impulsif sous forme de raptus. Il peut prendre l'aspect d'un équivalent suicidaire par un refus alimentaire complet ou un refus de traitement.

Le suicide est à craindre à tout moment de l'évolution d'une dépression surtout lors d'un relâchement de l'attention de l'entourage. Le patient peut néanmoins dissimuler aux thérapeutes l'existence de ses idées suicidaires et masquer son autoagressivité [44].

➤ **Le ralentissement psychomoteur**

Le ralentissement dépressif, expression de l'inhibition ou « perte de l'élan vital » se traduit par le ralentissement psychique, moteur et par la fatigue intense.

Le ralentissement psychique (bradypsychie) est un symptôme présent dans la plupart des syndromes dépressifs. Le cours de la pensée est pénible, les capacités d'association sont entravées. Il y a un appauvrissement des thèmes et leur développement est difficile (monoïdéisme dépressif). Le patient a des difficultés à se concentrer, à rassembler ses idées, à soutenir son attention pour la lecture, pour la conversation etc. Il y a perception d'un ralentissement du temps, sentiment que les journées se prolongent.

Le ralentissement moteur se manifeste par l'incapacité à se mouvoir, par la rareté des mouvements des membres, du tronc ou de la mimique (hypomimie). Le comportement évoque l'abattement, l'apathie. La gestuelle et la démarche sont ralenties. Le débit verbal est ralenti et peut atteindre à un degré extrême, le mutisme. La voix est à peine audible, le ton est monocorde.

La fatigue dont se plaint le patient ne cède pas au repos : « je suis pourtant allongé toute la journée et je n'ai plus de force à rien ». Cette « asthénie vitale » retentit sur tous les gestes de la vie quotidienne (manger, faire sa toilette, s'habiller, monter les escaliers) et peut mener à l'incurie.

On observe aussi, dans bien des cas, une agitation qui consiste en des gestes stéréotypés, improductifs. L'agitation est liée à l'état de tension intérieure ressentie par le déprimé qui n'arrive pas à tenir en place. Il ne s'agit pas ici d'une augmentation de l'activité motrice normale mais plutôt d'une hyperactivité anxieuse [42].

Pour certains auteurs, le ralentissement psychomoteur est l'expression clinique de la perte d'initiative des actions ou des opérations mentales par le sujet. Cette

indécision du sujet face aux tâches de vie quotidienne est importante et peut aller jusqu'à l'aboulie : « perte de l'initiative motrice »

➤ **L'anxiété**

Elle est fréquemment associée au tableau dépressif sous forme d'un malaise indéfini, d'une tension psychique, d'un tourment jusqu'à la crise de panique avec son cortège de symptômes somatiques à type de sensations douloureuses thoraciques, de pesanteur gastrique, de difficultés d'inspiration (sensation d'une boule œsophagienne), de palpitations cardiaques, de rougeur ou pâleur de la face et de pollakiurie. Cette anxiété est dite « vitale » parce qu'elle est quasi corporelle, à type de sensation de striction cervicale ou d'oppression thoracique, d'estomac noué.

➤ **Les symptômes somatiques**

L'atteinte somatique est quasi-constante et se compose du « trépied instinctuel » (sommeil, alimentation, sexualité) et parfois d'une symptomatologie somatique essentiellement douloureuse.

Dans la majorité des cas, on observe une perte d'appétit et de sensibilité gustative. Cette perte d'appétit est souvent associée à une perte de poids. L'insomnie, sous toutes ses formes, domine l'atteinte du sommeil. Elle peut prédominer lors de l'endormissement ou occasionner de nombreux réveils nocturnes. Lorsqu'elle est matinale elle a une grande valeur diagnostique.

Quand le tableau dépressif est très intense, il n'est pas rare de rencontrer des perturbations très marquées du sommeil avec insomnie initiale, moyenne et terminale. A ce stade le patient a l'impression qu'il n'est virtuellement plus capable de dormir ou que le peu de sommeil qu'il peut avoir est très léger, entrecoupé de cauchemars fréquents.

On note aussi une diminution de la libido dans la grande majorité des cas (évitement, ennui ou dégoût vis-à-vis des rapports sexuels, impuissance,

frigidité). La baisse de la libido contribue à majorer le sentiment d'autodépréciation du malade. L'impuissance est dévalorisante pour l'homme, la frigidité est culpabilisante pour la femme. Le patient déprimé manifeste souvent des plaintes somatiques pouvant s'associer aux autres éléments du syndrome dépressif ou bien résumer à elles seules le tableau clinique (dépression masquée). Parmi les plus fréquentes on retrouve : les céphalées, les vertiges, la tachycardie, les palpitations, les précordialgies, l'hypotension artérielle, la sécheresse buccale, la constipation, la dysurie, les douleurs lombaires, musculaires, abdominales, etc.

2.2- Les formes cliniques de la dépression

En fonction de la prédominance de certains symptômes dépressifs, on distingue plusieurs tableaux cliniques.

2.2.1- L'accès mélancolique

C'est un épisode dépressif grave. Il réalise une véritable urgence psychiatrique nécessitant une hospitalisation en milieu spécialisé. Il survient le plus souvent chez une femme de la trentaine avec ou sans antécédents dépressifs, avec ou sans facteur déclenchant.

La période de début peut être brutale avec une installation rapide de la symptomatologie dépressive ou insidieuse marquée par une asthénie physique, une insomnie rebelle à prédominance matinale, des céphalées.

A la période d'état, le visage apparaît vieilli avec une pauvreté de la mimique. Les plis du front dessinent à la racine du nez un oméga mélancolique. Les gestes sont lents voire absents. Le contact est difficile, Le ton est monocorde. Une incurie peut être observée, pouvant trancher de façon très nette avec les habitudes du sujet.

Le sujet est envahi par une tristesse profonde. Il se sent enfermé dans son malheur, en proie à une intense douleur morale. Il existe une anesthésie affective. Le patient s'accuse d'être sans volonté et de faire souffrir son entourage (sentiment de culpabilité).

Il existe une inhibition intellectuelle. Le sujet présente des troubles de l'attention et de la concentration. L'idéation est lente (bradypsychie) et appauvrie (monoïdéisme). Une inhibition de la volonté est présente, qui peut confiner le malade à l'aboulie. On note une inhibition motrice.

Le sujet présente une anxiété. Il est dans l'attente anxieuse d'un danger. Le sujet se réveille au petit matin, angoissé face à cette nouvelle journée qu'il doit affronter. Il devient intolérant aux bruits, il est pris par des réactions de sursaut. L'insomnie est constante, initiale mais surtout à type de réveil matinal.

Les idées suicidaires sont également présentes. De plus, il peut penser que «la mort vaut mieux pour sa famille» responsable d'un suicide altruiste : quand le patient tue les membres de sa famille.

2.2.2- La dépression simple

C'est une forme fréquente de la dépression. L'humeur est dépressive, accompagnée souvent d'un ralentissement psychomoteur. On note une asthénie avec réduction des activités et une insomnie. Le malade se sent las, indécis et irritable, il évite les conversations et s'isole. On observe des préoccupations somatiques, des idées de dévalorisation de soi, des sentiments de culpabilité, des pensées morbides obsédantes, de même que des craintes irrationnelles. Le risque suicidaire existe, redoutable chez un sujet qui a conservé un assez bon dynamisme pour réaliser efficacement son projet [13].

2.2.3- La dépression anxieuse

Il s'agit d'états « mineurs » associant des éléments dépressifs et des éléments anxieux selon des manifestations cliniques diverses.

Ce sont des états pathologiques d'intensité modérée, d'évolution ancienne, affectant des sujets dont la personnalité est décrite comme particulièrement encline à l'inquiétude et à la morosité. Ils sont dominés par une anxiété intense et par un état d'hyperesthésie douloureuse avec agitation et débordement émotionnel. Dans ces formes, le raptus suicidaire est fréquent.

2.2.4- La dépression délirante

Le délire mélancolique est au premier plan. Le délire apparaît comme pénible ; monotone : le malade répète toujours les mêmes idées délirantes ; pauvres : le délire est plus riche en émotion qu'en contenu idéique. Il existe une certaine passivité : le malade accepte son malheur comme une fatalité, sans révolte ni revendication. Le délire a un aspect centrifuge : le malade est le centre de son délire qui s'étend progressivement au monde extérieur ; les autres subissent les conséquences de ses fautes.

Deux formes de dépression délirante sont décrites :

- Les formes avec actions caractéristiques psychotiques congruentes à l'humeur regroupant les idées délirantes mélancoliques classiques, dont les thématiques les plus fréquentes sont : la ruine, l'indignité, la culpabilité, la punition méritée, le nihilisme ou les idées de transformation corporelle [46].
- Les formes avec actions caractéristiques psychotiques non congruentes à l'humeur regroupent les autres thématiques délirantes : pensée imposée, syndrome d'influence, etc.

Les mécanismes du délire sont essentiellement l'interprétation, l'imagination, l'illusion, et rarement les hallucinations (voix intérieures).

Dans les deux cas, l'évolution se fait habituellement sur un mode récurrent avec une mauvaise réponse au traitement antidépresseur seul d'où la nécessité d'une association antidépresseur - neuroleptique. Les formes avec délire non congruent ont un pronostic péjoratif [15].

Selon Collomb [23], la persécution colore toute la psychiatrie en Afrique noire. Cette persécution est vécue sur un mode délirant, interprétatif ou culturel. Elle est éprouvée par l'individu malade, proposée par sa famille ou son entourage, mise en forme par le guérisseur ou le marabout. La fréquence des thèmes de persécution (influence, possession, action sur l'être physique, psychique ou moral) s'oppose à la rareté des thèmes d'indignité, de culpabilité, d'auto-accusation.

Dans les années 60, [23] le déprimé africain mal à l'aise dans sa peau et dans son corps se dira persécuté, attaqué de l'extérieur tantôt par des hommes (sorciers anthropophages ou marabouts utilisant des procédés magiques) tantôt par des esprits ancestraux ou esprits malins.

Diop [28] a noté en 1961 que le noir africain, souffrant de dépression dévoile parfois des faits très anciens supposés être à l'origine de son trouble. Ces faits anciens peuvent être : une malédiction venant du père, une dispute avec un voisin jugé dangereux, une mésentente avec une coépouse, la transgression d'un interdit, l'infidélité, la trahison, l'attente longue et pénible d'un mari qui a voyagé ou disparu depuis des mois voire des années.

Cette sensation n'est pas seulement l'apanage des africains car on la retrouve chez Certains malades européens caractérisée par des idées de persécution avec illusion de métamorphisme ou de possession diabolique, de zoopsie, de dévoration, de négation d'organe ou de fonction qui font penser au syndrome dit

de Cotard : idées de négation d'organes qui se manifestent principalement de deux façons [70]:

- Idées d'immortalité : les patients expriment leur conviction qu'ils ne mourront jamais, que s'ils avaient pu mourir ils seraient déjà morts, que leur état, leur corps est tel qu'il ne peut être concerné ni par la vie, ni par la mort ;
- Idées d'énormité proprement dites : elles associent un caractère spatial à l'immortalité dans le temps. Les patients « ne sont pas seulement infinis dans le temps mais ils le sont aussi dans l'espace. Ils sont immenses, leur taille est gigantesque, leur tête va toucher les étoiles. Ils sont dans l'infini, dans l'énorme et le surhumain ». (Tribolet)

2.2.5- Les états mixtes

Individualisés par Kraepelin, ces états mêlent des symptômes dépressifs et maniaques [30]. Ces patients passent du rire aux larmes, annoncent avec un détachement amusé et sur le mode ludique une catastrophe.

La dysphorie est importante, toujours à l'arrière plan d'une humeur changeante, labile, oscillant de la jubilation à l'abattement désespéré.

Des thèmes délirants de grandeur ou de mission à accomplir alternent avec des idées de culpabilité ou de damnation. L'excitation intellectuelle stérile paraît douloureuse parce que non maîtrisable. Ces états mixtes sont rares et de diagnostic difficile. Ils s'observent surtout chez la femme.

2.2.6- La dépression masquée

La dépression masquée est définie comme étant un processus dépressif se manifestant en premier lieu sur le plan somatique (P. Kielholz). Les troubles rencontrés sont des plaintes somatiques diverses. Certaines plaintes

appartiennent au registre hypochondriaque, d'autres sont des manifestations fonctionnelles variées.

Les organes les plus concernés par les plaintes somatiques sont le système nerveux central sous forme de céphalées et l'appareil digestif sous forme d'ulcère. Ces plaintes égarent parfois le praticien qui multiplie les explorations radiologiques. Le propre de ces plaintes est qu'elles ne font jamais explicitement référence à une dimension dépressive.

La réalité d'une telle dépression à masque somatique est qu'elle trouve sa confirmation dans l'efficacité du traitement antidépresseur [2].

En 1962, Prince au Nigeria affirmait que la dépression est l'un des syndromes les plus courants en Afrique si "on admet dans la dépression les plaintes somatiques ".Il a ajouté que les symptômes somatiques nombreux et variés dominaient le tableau dépressif chez le noir africain.

Selon Ahyi [1], « La somatisation est un phénomène quasi-constant dans la dépression de l'africain et elle se manifeste parfois sous forme de sensations désagréables diffuses ou mal localisées affectant une partie plus ou moins importante du corps».

2.2.7- La dépression récurrente

La survenue d'un nouvel accès dépressif après un premier épisode (épisode index) concernerait 50 à 85% des sujets.

La « récurrence » ou « récurrence » désigne l'apparition d'un nouvel épisode dépressif après la guérison de l'épisode index ; la guérison étant définie comme la disparition des symptômes dépressifs pendant au moins six mois.

La « rechute » correspond à la réapparition de la symptomatologie avant que la guérison ne soit atteinte.

Les facteurs de risque d'une évolution récurrente ont été identifiés :

- le sexe féminin,
- l'âge supérieur à 30 ans,
- le veuvage ou le divorce,
- les antécédents personnels et familiaux de dépression,
- la sévérité et la durée de l'épisode index,
- les troubles de la personnalité associés,
- l'existence d'évènements de vie,
- l'absence de support social,
- chez la femme en période de gestation et du post-partum [15].

2.2.8- La dépression chronique

On parle de dépression chronique lorsque la durée de l'évolution dépasse deux ans. On constate rétrospectivement que nombre de ces sujets n'ont pas fait l'objet d'un traitement adéquat. Dans la majorité des cas, l'application d'un traitement antidépresseur adapté permet d'obtenir une rémission, mais souvent partielle et surtout précaire. Il existe d'authentiques dépressions résistantes, ce sont des patients qui ont été traités à trois reprises avec des antidépresseurs adaptés, pendant une durée suffisante sans guérison.

2.2.9- La dépression d'involution

Elle survient après cinquante ans et se caractérise par l'absence d'antécédents psychiatriques de manie ou de dépression. Le début est progressif avec des plaintes hypocondriaques, une agitation anxieuse, des idées délirantes de préjudice, de jalousie ou d'indignité.

Cette dépression serait plus fréquente chez la femme ménopausée avec un risque suicidaire important.

2.2.10- La dépression du sujet âgé

La dépression du sujet âgé pose un problème de diagnostic différentiel.

Dans certains cas, les troubles cognitifs, les troubles majeurs de la concentration et de la mémoire sont au devant du tableau clinique et peuvent simuler une démence.

Dans d'autres cas [15], l'agitation anxieuse peut être à l'origine de troubles du comportement faisant errer le diagnostic. Dans ces cas, la rapidité d'installation du tableau clinique, la survenue d'événements dépressogènes (veuvage, déménagement, hospitalisation, etc.) doivent faire évoquer le diagnostic de dépression avec la mise en place d'un traitement antidépresseur d'épreuve.

2.2.11- La dépression chez la femme

Beaucoup d'auteurs se sont penchés sur la dépression chez les femmes. Certains [26] ont émis l'hypothèse que la dépression féminine semble en partie liée aux hormones sexuelles qui ont une influence sur la neurotransmission.

Au plan clinique, les principaux épisodes de la vie génitale féminine peuvent être émaillés de troubles de l'humeur, principalement du registre dépressif.

On décrit ainsi des épisodes dysphoriques contemporains des menstruations (syndrome dysphorique prémenstruel).

Des épisodes dépressifs francs (dépression gravidique) sont observés au cours de la grossesse, principalement au début et en fin de grossesse.

Les dépressions du post-partum peuvent venir compliquer l'évolution habituellement favorable d'un «baby-blues du post-partum». Elles surviennent dans les 3 à 6 mois qui suivent l'accouchement. Leur fréquence est estimée de 10 à 15% des accouchements. Dans certains cas, l'épisode dépressif a un caractère délirant l'apparentant aux psychoses du post-partum.

Il s'agit d'une situation clinique grave, comportant un risque potentiel de suicide ou d'hétéroagressivité envers le nouveau-né. Il pose un problème délicat de prise en charge.

Enfin, [15] la ménopause est également une période à risque de dépression liée aux facteurs psychologiques, aux modifications physiologiques et physiques.

2.2.12- La dépression de l'adolescent

La fréquence de la dépression à l'adolescence a été longtemps sous-estimée, ce qui pose d'emblée la question de la reconnaissance de la souffrance psychique chez les sujets jeunes. Les signes d'appel sont polymorphes à cet âge d'où la nécessité d'être vigilant devant des manifestations comportementales et somatiques peu spécifiques. La symptomatologie thymique se caractérise fréquemment par sa labilité et sa variabilité, voire la coexistence de symptômes maniaques et dépressifs. La dépression s'exprime souvent sous la forme de plaintes somatiques : asthénie, céphalées, rachialgies, douleurs et inquiétudes diverses centrées sur le corps. Le sentiment de fatigue avec de nombreuses plaintes somatiques est souvent relevé alors que les troubles de l'appétit sont extrêmement variables, ainsi que les troubles du sommeil.

2.2.13- Les formes étiologiques

Les conditions d'apparition du trouble et les caractéristiques du tableau clinique contribuent à définir deux domaines étiologiques.

2.2.13.1- Les dépressions endogènes

Le terme «endogène» souligne le caractère spontané, inexplicable, autonome de l'accès. L'existence de facteur déclenchant est rare mais possible. Il y a souvent des antécédents dépressifs personnels et surtout familiaux. Les dépressions endogènes représentent la forme la plus grave de dépression en raison du risque majeur de suicide.

La sémiologie associe de façon caractéristique une tristesse intense, une douleur morale, une inhibition importante ou une agitation extrême, un réveil précoce et anxieux, des signes somatiques importants. Il existe une aggravation matinale et une amélioration dans la soirée de l'humeur.

Sont rangées parmi les dépressions endogènes : la dépression mélancolique, la dépression stuporeuse, la dépression d'involution.

2.2.13.2-Les dépressions non endogènes

Elles comprennent les dépressions psychogènes et les dépressions secondaires.

2.2.13.2.1- La dépression psychogène

Le groupe des dépressions psychogènes constitue un ensemble hétérogène que l'on définit par son opposition aux dépressions endogènes et par la présence de relations causales dans la genèse de l'accès. La dénomination «psychogène» fait donc appel à une étiologie psychologique de l'accès.

La sémiologie se caractérise par :

- la sensibilité de l'humeur aux conditions ambiantes,
- l'insomnie d'endormissement,
- la tendance à l'aggravation vespérale du trouble.

On regroupe sous la rubrique psychogène trois types de dépressions :

➤ La dépression réactionnelle

C'est une réaction anormale à un événement traumatisant vécu consciemment par le patient. Elle succède immédiatement à un traumatisme affectif que «tout le monde» peut comprendre : deuil, abandon, échec sentimental ou professionnel, conflits conjugaux, solitude ou isolement. Selon Jaspers [37] : « son contenu a un rapport compréhensible avec l'événement qui lui a donné

naissance, qu'elle ne serait pas survenue sans cet événement et son évolution dépend de cet événement».

La durée des dépressions réactionnelles est plus courte que celle des dépressions endogènes.

➤ **La dépression d'épuisement**

Elle est secondaire à des tensions psychologiques répétées. La différence avec la dépression réactionnelle réside dans la succession, la répétition de l'événement. La répétition traumatique pendant des mois, voire des années, provoque une surcharge affective excessive entraînant un épuisement émotionnel sous forme de dépression d'épuisement.

Certaines personnalités sont vulnérables à la dépression d'épuisement : personnalité narcissique, immature, sensitive. La femme représente un terrain vulnérable à la dépression d'épuisement lorsqu'on retrouve les motifs suivants : absence de travail à l'extérieur du foyer, bas niveau socio-économique, jeunes enfants présents au foyer, relations difficiles avec le conjoint ou lorsque la confiance du couple est ébranlée.

➤ **La dépression névrotique**

Elle est consécutive à des événements banals chez une personnalité névrotique. Le facteur déclenchant rapporté ne constitue pas un véritable «traumatisme» mais plutôt un «microtraumatisme». Un événement heureux (réussite professionnelle, mariage) peut être vécu comme un facteur déclenchant.

Le conflit névrotique, d'origine ancienne se trouve réactivé dans la situation actuelle et entraîne la décompensation de l'individu sur un mode dépressif.

2.2.13.2.2-Les dépressions secondaires

La dépression secondaire est une dépression qui succède, ou qui s'associe à une affection somatique ou à une affection psychiatrique.

2.2.13.2.2.1- Les affections psychiatriques

➤ Les états névrotiques

La dépression secondaire à une affection névrotique ne doit pas être confondue avec la dépression névrotique étudiée plus haut.

- Dans la névrose obsessionnelle, une décompensation dépressive avec des caractéristiques mélancoliques est fréquente. La thématique obsédante est centrée sur les doutes, les scrupules, la pureté, la rigueur ou la moralité.
- Dans la névrose phobique, le suicide peut survenir au paroxysme de la situation phobogène.
- Dans la névrose hystérique, la dépression est souvent non reconnue par l'entourage à cause du théâtralisme de l'expression affective douloureuse. La tentative de suicide ne doit jamais être banalisée.

➤ La dépression survenant chez les personnalités «limites»

Elle est provoquée par des séparations ou des humiliations. L'aspect clinique est dominé par des sentiments d'abandon et d'anxiété.

➤ La schizophrénie

La survenue d'un accès dépressif au décours d'une schizophrénie peut se présenter sous la forme d'un accès dépressif atypique ou d'une décompensation propre au cours de l'évolution de la schizophrénie.

➤ La dépression secondaire à un délire chronique

Comme au cours de la schizophrénie, des accès dépressifs peuvent être observés au cours des psychoses chroniques non dissociatives (paranoïa, psychoses hallucinatoires chroniques, paraphrénie).

2.2.13.2.2.2- Les affections organiques

Ce sont des dépressions symptomatiques d'une affection organique.

Les principales étiologies des dépressions secondaires à une affection organique sont :

- les affections cérébrales : tumeur cérébrale, maladie de Parkinson, sclérose en plaque, traumatisme crânien, etc. ;
- les endocrinopathies : maladie de Cushing, d'Addison, hyper ou hypothyroïdie etc. ;
- les affections générales : hémopathies, collagénoses, cancer, etc. ;
- les maladies infectieuses : S.I.D.A, tuberculose, hépatite, etc. ;
- les affections cardiovasculaires : H.T.A, embolie pulmonaire.

2.2.13.2.3- La dépression dite «iatrogène»

Elle apparaît au cours d'une thérapeutique pharmacologique. L'imputabilité du médicament est toujours un problème délicat. Les meilleurs critères d'imputabilité sont :

- l'apparition du trouble peu de temps après la prescription du médicament ;
- l'arrêt des troubles après l'arrêt du médicament ;
- l'absence de co-prescription pendant la durée incriminée.

Les médicaments incriminés sont: la réserpine, les corticoïdes, les neuroleptiques, les amphétamines, la cimétidine, l'isoniazide, les bêtabloquants, la vincristine, la vinblastine, l' α -métyldopa.

3- LES ASPECTS EVOLUTIFS ET PRONOSTIQUES

L'évolution spontanée d'un accès dépressif se fait vers la guérison en six mois environ mais il existe une grande variabilité (de quelques semaines à quelques années).

- A court terme et à moyen terme, le pronostic est lié à l'évolution du syndrome dépressif : le risque suicidaire est toujours à prendre en

considération. La dépression est elle même responsable d'une souffrance morale accrue du sujet, avec une répercussion sur son entourage et une altération du fonctionnement social et professionnel.

- A long terme, le pronostic est généralement bon si la prise en charge est adaptée. Dans les dépressions secondaires, le pronostic est lié à l'évolution de la pathologie causale.
- Les rechutes sont fréquentes surtout à l'occasion de la survenue d'un nouveau traumatisme affectif, d'autant plus s'il existe des traits de personnalités pathologiques [63]. Dans 10 à 20% des cas [63], l'évolution se fait de manière chronique avec résistance aux différentes thérapeutiques entreprises .Certains épisodes dépressifs évoluent vers la chronicité sous l'influence des facteurs biologiques [26], psychodynamiques ou environnementaux. Ainsi les dépressions du trouble bipolaire [34] évoluent le plus souvent de manière périodique avec de possibles récides maniaques. Les cycles ont tendance à se raccourcir avec le temps et peuvent même évoluer vers des formes sans périodes libres où les phases dépressives alternent rapidement avec les phases maniaques : «cycles rapides»
- Selon la profondeur de la dépression, un sujet en souffrance peut sombrer dans l'alcoolisme. On estime qu'entre 5 % et 10 % des personnes déprimées vont se réfugier dans l'alcool au point de devenir dépendantes. D'un autre côté, environ 40 % des personnes dépendantes à l'alcool plongent dans la dépression. Un véritable cercle vicieux se met en place : en pensant calmer leur état dépressif, les malades trouvent en l'alcool une échappatoire. Or, celui-ci amplifie non seulement les symptômes déjà existants comme l'irritabilité et la somnolence, mais il dégrade également la santé du

patient. En outre, l'effet dépressogène de l'alcool augmente le risque de tentative de suicide.

4- FACTEURS ETIOPATHOGENIQUES

De nombreux facteurs ont été évoqués dans la survenue de la dépression .Parmi lesquels nous avons :

4.1-Les facteurs génétiques

L'hérédité [67] dans la dépression est estimée entre 35-55% selon certaines études. Cela signifie que les gènes expliquent en partie la différence entre les personnes qui développeront une dépression et celles qui en seront indemnes .D'après des études familiales [8], le risque de survenue de dépression chez des patients bipolaires apparentés de premier degré, est de 8% contre 1% chez la population générale.

4.2- Les facteurs biologiques

4.2-1- Les hypothèses monoaminergiques

❖ Les catécholamines (dopamine et noradrénaline)

Le métabolisme des catécholamines semble s'intensifier à la phase maniaque et se réduire lors des phases dépressives. L'excrétion du 3-Methoxy-4-hydroxyphenylglycol (MHPG), principal métabolite de la noradrénaline cérébrale, est diminuée au cours des épisodes dépressifs ; les taux s'élèvent avec la rémission clinique [73]. La dépression se traduit par un déséquilibre fonctionnel au niveau du système cérébral. Le fonctionnement de certains neurotransmetteurs qui véhiculent les informations d'un neurone à un autre, se trouve déséquilibré. On a ainsi identifié au cours de l'épisode dépressif un dysfonctionnement des neurotransmetteurs suivants :

- la sérotonine dont la fonction est d'équilibrer le sommeil, l'appétit et l'humeur ;
- la norépinephrine (ou noradrénaline), qui a un rôle dans l'attention et dans le sommeil ;
- la dopamine, responsable de la régulation de l'humeur et de la motivation ;
- le Gaba a également un rôle dans la survenue de la dépression.

Lorsque tous ces neurotransmetteurs sont bien régulés, tout se passe bien. Mais il suffit d'un petit déséquilibre, des neurotransmetteurs présents en trop grande ou trop petite quantité pour que la machine se dérègle : les symptômes de la dépression apparaissent.

❖ **La sérotonine :**

L'hypothèse d'un déficit en sérotonine s'appuie sur :

- La baisse de la concentration en sérotonine et en 5-HIAA dans les cerveaux des sujets suicidés au cours d'une dépression.
- La concentration dans le L.C.R de 5-HIAA, métabolite principal de la sérotonine cérébrale est plus basse chez les déprimés que chez les sujets normaux. Une fois la phase dépressive terminée la concentration en 5-HIAA resterait basse comme s'il s'agissait d'une anomalie biochimique permanente [73].

4.2.2- Les perturbations électrolytiques

Dans les premières investigations biologiques de la psychose maniaco-dépressive, les chercheurs ont tenté de mettre en évidence une anomalie de la distribution des ions dans les comportements intracellulaires. La découverte de l'efficacité du lithium a néanmoins donné une impulsion à la recherche biologique. Dans de nombreuses études [42], l'existence d'une anomalie du

transport transmembranaire du lithium dans la cellule érythrocytaire a été démontrée.

Il existerait une perturbation de la répartition du sodium extracellulaire et intracellulaire. Elle se traduit par une augmentation importante du sodium résiduel pendant l'accès dépressif et par une augmentation encore plus marquée au cours de l'accès maniaque [43].

4.2.3-Les théories chronobiologiques

Au cours de l'épisode dépressif, on a constaté une perturbation de nombreux rythmes biologiques (sommeil, TSH, prolactine, mélatonine). Ce constat fait évoquer la possibilité d'une perturbation des facteurs régulateurs des horloges internes dans la dépression. Ces observations ne possèdent en réalité aucune valeur explicative. Le dérèglement interne peut n'être que la conséquence du processus dépressif. De plus, les rythmes biologiques perturbés sont pour la plupart sous la dépendance des systèmes monoaminergiques [73].

4.3- Les facteurs psychologiques

Les aspects biologiques, cognitifs, émotionnels et comportementaux du fonctionnement humain sont en constante interaction. Une modification de l'un de ces aspects aura un impact sur les autres. Lorsqu'une personne est dépressive, [59] elle a tendance à voir la réalité de façon négative. Cette interprétation négative amplifie les émotions dépressives. L'individu se trouve incapable, indésirable ou indigne.

4.3.1- Les théories psychanalytiques

Depuis les travaux d'Abraham et de Freud, la perte d'amour est considérée comme la situation dépressive fondamentale ; que le sujet soit affectivement privé d'amour (deuil, abandon) ou qu'il ait le sentiment d'en être privé (blessure narcissique) ou qu'il soit impuissant à aimer, ce qui est le cas

dans la mélancolie. Cette perte d'amour réactive des situations d'abandon plus anciennes, en particulier celle de la période orale, période caractérisée par les conflits d'ambivalence. Le nourrisson a peur que ses propres pulsions n'anéantissent l'objet qu'il aime (sa mère) et dont il dépend entièrement. Les psychanalystes mettent au cœur de la conscience mélancolique l'agressivité libérée par la perte réelle ou imaginaire de l'objet d'amour. Cette agressivité se retournerait contre le sujet en une autoaccusation destructrice. Les caractères de la culpabilité mélancolique et le déni de la réalité témoignent du niveau primitif où se déroule le conflit inconscient. C'est à ce même niveau primitif que se déroule l'accès maniaque où les besoins et les désirs dévorants précipitent le sujet dans la satisfaction de ses pulsions comme pour échapper à l'angoisse dépressive proche.

Chez le dépressif qui a fondé son estime de soi sur l'intériorisation stable d'une bonne image d'autrui, le choix d'objet est narcissique avec une relation affective ambivalente et précaire de type anaclitique proche du lien symbiose avec la mère. C'est l'objet idéalisé qui lui confirme sa propre valeur. Toute perte objective peut le précipiter dans la dépression. Dans un mouvement d'identification agressive à l'objet, le sujet peut retourner contre lui-même ses affects négatifs. L'observation clinique [25] montre cependant que dans ce type de dépression, l'agressivité reste au moins en partie tournée vers l'extérieur.

4.3.2- Les théories cognitives

Il existe plusieurs approches théoriques visant à mieux comprendre la relation entre les émotions et les cognitions. La plupart d'entre elles représentent une extension ou une alternative aux théories de Beck et de Bower. Ce sont certainement les deux auteurs ayant exercé l'influence la plus déterminante dans le développement de l'approche cognitive et du traitement des troubles émotionnels notamment la dépression. Selon Beck, le schéma dysfonctionnel est

dominé par une forte charge de négativité qui engendre chez l'individu déprimé des cognitions ou produits négatifs (attitudes, croyances, suppositions) de lui-même, du monde et du futur constituant la «triade cognitive» de Beck. Beck et Clark [49] stipulent que : «par ce schéma dysfonctionnel négatif, la personne déprimée se perçoit comme inadéquate, limitée et sans valeur, voit le monde rempli d'obstacles insurmontables et le futur comme tout à fait terne, sans espoir».

4.3.3- Les théories phénoménologiques

Les analyses phénoménologiques des auteurs comme Strauss (1928) ; Minkowski(1930) ; Digo (1942) ont permis de mettre en évidence la profonde altération de la structure temporelle dans la mélancolie.

Une analyse structurale faite par Henri Ey [30] montre l'existence de deux structures :

- La structure négative c'est à dire le trouble fondamental est constitué par la perte de l'activité synthétique de la pensée, le trouble de la conscience et la déstructuration temporelle éthique de la conscience mélancolique. Il s'agit d'une lenteur et même d'un arrêt du temps vécu. Par exemple le mélancolique est fixé dans une temporalité déstructurée qui a perdu son élan vers l'avenir et est toujours ramené vers le passé. Le temps est et doit être pour lui une perspective de mort. Le mélancolique est rivé à la fatalité de son passé.
- La structure positive englobe tout à la fois la tragédie de l'existence, le monde des fantasmes de l'angoisse originelle, l'anxiété métaphysique et le besoin de se soumettre à une sorte d'impératif catégorique de malheur et de mal. En effet, Tatossian conclut dans sa thèse que« le médecin et tout spécialement le psychiatre doivent savoir que la mélancolie ce n'est pas seulement la tristesse, le remord

ou la peur, mais un bouleversement beaucoup plus profond, une catastrophe psychique qui se produit dans les profondeurs de l'être, un bouleversement de la structure formelle du champ de la conscience mais aussi un possible appel au dépassement des objets de la conscience malheureuse».

4.4- Les facteurs environnementaux

L'évènement de vie est une entité complexe. C'est l'interaction entre les évènements de vie, une personnalité spécifique, un environnement plus ou moins protecteur ou fragilisant qui permet de comprendre l'apparition d'un trouble psychiatrique. Les évènements de vie peuvent avoir un rôle limité à l'aggravation des troubles analysés. Ils précipitent alors une pathologie préexistante ou augmentent l'intensité des symptômes. Ceci favorisera la demande de soins, donc le repérage et l'émergence de la maladie elle-même [64]. L'étude [36] des déterminants socio-environnementaux impose de prendre également en compte l'interaction entre le sujet et l'évènement, c'est-à-dire son support social et ses modalités de réaction notamment ses capacités à faire face.

Ainsi plus un patient aura une bonne insertion sociale, mieux il sera protégé vis-à-vis de l'impact stressant des évènements, d'autant que ses capacités cognitives lui permettront de les gérer efficacement [64].

5- LES ASPECTS THERAPEUTIQUES

5.1- Le but du traitement

Le but du traitement est de:

- abréger la durée de l'accès dépressif ;
- éviter le geste suicidaire ;
- éviter les rechutes et les récives ;
- assurer une prise en charge psycho-sociale.

5.2- Les moyens thérapeutiques

Les moyens thérapeutiques utilisés dans la prise en charge de la dépression sont essentiellement l'hospitalisation, les médicaments, l'électroconvulsivothérapie et la psychothérapie.

5.2.1- L'hospitalisation

L'hospitalisation est systématique devant :

- tout patient présentant un état mélancolique franc ou sévère ;
- tout déprimé présentant un risque suicidaire ou une insomnie intense et persistante ou encore une altération de l'état général ;
- tout déprimé âgé ou celui dont l'état physique nécessite une surveillance étroite du traitement ;
- tout déprimé dont l'accès dépressif persiste malgré plusieurs traitements ambulatoires.

L'hospitalisation est également préconisée chez les malades isolés ou vivant dans des conditions difficiles et les malades dont l'entourage est peu compréhensif ou intolérant même s'ils présentent un accès d'intensité modérée.

L'hospitalisation se discute devant une décompensation dépressive chez un patient névrotique car elle n'est pas toujours bénéfique et peut favoriser la régression.

5.2.2- La chimiothérapie

5.2.2.1- Les antidépresseurs

Les théories biologiques de la dépression impliquent un dysfonctionnement des systèmes monoaminergiques centraux, en particulier la noradrénaline et la sérotonine. Par conséquent les antidépresseurs agissent en augmentant la concentration de ces neurotransmetteurs au niveau synaptique ou en empêchant leur destruction.

➤ **Les antidépresseurs tricycliques**

On distingue les antidépresseurs tricycliques imipraminiques et les antidépresseurs apparentés aux tricycliques.

- **Les antidépresseurs imipraminiques**

Leurs effets indésirables sont nombreux limitant leur prescription:

- les effets neuropsychiques : des réactivations anxieuses ou délirantes, un virage maniaque ;
- les effets atropiniques : la sécheresse buccale ;
- les effets cardio-vasculaires : les troubles du rythme cardiaque avec risque de mort subite ;
- les effets endocriniens : des dysménorrhées, une hyperprolactinémie, une prise de poids, des mastodynies, une baisse de la libido ou un défaut d'érection ;
- les autres effets : les troubles hématologiques mais exceptionnels, des rashes cutanés allergiques, les hépatites choléstatiques sont possibles [21].

- **Les apparentés aux tricycliques**

Ces antidépresseurs sont d'apparition plus récente. Ils présentent moins de toxicité que les imipraminiques. [21] Ils sont d'efficacité comparable aux imipramines lors des essais comparatifs.

➤ **Les inhibiteurs de la monoamine oxydase (I.M.A.O)**

- **Les I.M.A.O non sélectifs** sont représentés par la nialamide et l'iproniazide. Malgré leur efficacité, ils peuvent entraîner le syndrome sérotoninergique qui se manifeste par l'apparition brutale d'un ensemble de symptômes: agitation, confusion, hypomanie, hypo ou

hypertension, tachycardie, myoclonies, tremblements, rigidité, hyperactivité. Le décès peut survenir dans certains cas.

- **Les I.M.A.O-B** sont spécifiques de l'inhibition de la monoamine oxydase de type B. (dopamine) : la selegiline ou déprenyl.
- **Les I.M.A.O-A** sont spécifiques de l'inhibition de la monoamine oxydase de type A (noradrénaline et sérotonine) [51]. On distingue : la toloxatone (Humory), le moclobemide (Moclamine[®]), la befloxatone.

➤ **Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline**

Ils sont plus récents et sont apparus en 1988. Ce sont les antidépresseurs les plus prescrits dans le traitement de la dépression. Ces antidépresseurs cumulent efficacité et tolérance avec des effets anti cholinergiques faibles et une absence de toxicité cardiaque. Ils augmentent le niveau de concentration de la sérotonine dans le cerveau et améliorent l'humeur.

Leur utilisation [31] en première intention est aisément justifiable chez les sujets âgés, «polymédicalisés», souffrant de pathologies cardio-vasculaires et chez les sujets présentant des idées suicidaires.

5.2.2.2- Les thymorégulateurs

➤ **Les sels de lithium**

Les sels de lithium (Téralithe[®] et Neurolithium[®]) sont curatifs sur les accès, et préventifs des rechutes des accès maniaques et dépressifs. Ce traitement sera mis en place après un bilan initial destiné à vérifier l'absence de contre-indications à l'utilisation des sels de lithium (insuffisance cardiaque ou rénale, hypothyroïdie, régime désodé, utilisation de diurétiques et grossesse). Le traitement sera régulièrement surveillé par le dosage plasmatique des concentrations en lithium (lithiémie plasmatique qui doit être comprise entre 0,5 et 0,8meq/l), car cette

molécule a un faible index thérapeutique, ce qui veut dire que la zone efficace est proche de la zone toxique.

➤ **La carbamazépine**

La carbamazépine (Tégrétol[®]) est indiquée s'il existe une contre-indication ou une résistance au lithium. Sa prescription nécessite un bilan préalable recherchant les contre-indications habituelles (bloc auriculo-ventriculaire, glaucome, adénome de la prostate, insuffisance hépatique sévère). Les risques toxiques apparaissent au-delà de 10ng/ml. La carbamazépine serait plus efficace en cas de résistance au lithium, de cycles rapides, de début précoce de la maladie (avant 19 ans).

➤ **Le valpromide**

Le valpromide (Dépamide[®]) appartient également à la classe thérapeutique des normothymiques et peut être donc prescrit à titre prophylactique. C'est un précurseur de l'acide valproïque (Dépakine[®]). Il peut être utilisé en association avec le lithium. Il ne doit en aucun cas l'être avec la carbamazépine du fait du risque neurotoxique. Son utilisation en association à d'autres psychotropes, notamment chez le sujet âgé, peut entraîner un syndrome confusionnel.

5.2.3- L'électro-convulsivothérapie

Elle consiste à provoquer une série de crises comitiales contrôlées chez un malade anesthésié, par application cérébrale de courant électrique, selon un protocole codifié (8 à 12 séances au rythme de 2 à 3 séances/semaine). Son application est restreinte aujourd'hui. Elle est indiquée en 2^{ème} intention si échec à la chimiothérapie car elle paraît traumatisante et sa manipulation exige diverses précautions (anesthésie, bilan pré thérapeutique obligatoire). Elle peut être utilisée dans les cas suivants :

- certains états dépressifs (mélancolie+),

- la schizophrénie (catatonie+),
- certains états aigus (confusion et Bouffée Délirante Polymorphe).

5.2.4- La psychothérapie

La psychothérapie occupe une place importante dans la prise en charge de la dépression. Les méthodes utilisées varient en fonction du cas : psychothérapie de type analytique, psychothérapie de groupe, etc.

5.2.4.1- La thérapie de soutien au malade

Elle a pour but essentiel de:

- réassurer le malade, atténuer l'angoisse ;
- permettre les décharges émotionnelles ;
- permettre une évolution de la structure psychique car permettant au malade de développer des processus jusqu'ici bloqués.

5.2.4.2- La thérapie cognitivo-comportementale

Dans le cadre du traitement de la dépression, le patient peut avoir recours à une thérapie comportementale et cognitive (TCC). Cette approche s'est développée dans les années 1970 en France. Elle vise à modifier le comportement et à réguler les émotions d'un individu en souffrance, sans pour autant s'attarder à rechercher les éléments profonds qui ont pu, à l'origine, formater ainsi la personnalité du patient.

Le principe de la thérapie comportementale et cognitive s'appuie sur le conditionnement des stimuli envoyés au cerveau. Cette thérapie plus concrète et plus courte permet de se libérer des comportements « destructeurs » en adoptant de nouvelles stratégies. Elle est employée dans le cadre de dépressions et chez les patients particulièrement anxieux. Les patients apprennent à reconnaître leur

anxiété et les signes précurseurs afin de mettre en place des stratégies de défense.

5.2.4.3-Les entretiens familiaux

Les entretiens familiaux ont pour objectifs de :

- Rassurer la famille ;
- Sensibiliser et éduquer l'entourage sur la pathologie

6- HISTORIQUE DE LA DEPRESSION

Dans l'antiquité, la littérature médicale signalait déjà l'existence d'«état d'âme » appelé aujourd'hui «maladie dépressive».

Les tableaux cliniques décrits par les différents auteurs au cours des siècles mettent en relief un noyau sémiologique qui semble bien représenter un type particulier d'anomalie psychique. La Collection hippocratique attribue cette symptomatologie à un excès de bile noire et l'appelle par conséquent mélancolie. Le mot signifie donc étymologiquement la bile noire. Selon la théorie des humeurs d'Hippocrate , le corps contient quatre humeurs dont chacune détermine notre tempérament. Ces quatre humeurs sont : le sang, la lymphe, la bile jaune et la bile noire.

Le tempérament est donc:

- sanguin lorsque le sang prédomine,
- lymphatique lorsque c'est la lymphe,
- bilieux si c'est la bile jaune et
- enfin mélancolique lorsque c'est la bile noire. Cette bile noire provoquait une tristesse qui était exclusive aux génies. La notion de mélancolie est très ancienne et une place majeure lui a toujours été donnée au sein des quatre tempéraments. La mélancolie a un sens littéraire qui signifie la tristesse.

Les définitions de la mélancolie proposées se sont longtemps référées davantage aux aspects particuliers du désordre intellectuel qu'à l'état thymique. La mélancolie, bien que l'on souligne ses rapports avec la tristesse, est conçue comme folie partielle alors que le terme manie désigne une folie générale liée à toute sortes d'exaltations thymiques.

En France, Pinel (1801) fait cette distinction en affirmant : «la manie est caractérisée par un délire général avec plus ou moins d'agitation, d'irascibilité ou de penchant à la fureur, alors que le délire mélancolique est exclusivement dirigé sur un objet ou une série d'objets et est accompagné d'abattement, de morosité et d'une inclination au désespoir».

C'est grâce à Freud (1917) que la mélancolie entre dans les maladies psychiques («Deuil et mélancolie »).

Au cours du XXème siècle, la dénomination de mélancolie a été progressivement remplacée par le terme « dépression » qui acquiert le statut d'une notion nosographique.

En Afrique noire le syndrome dépressif a été pendant longtemps considéré comme rare [23;28]. Cependant depuis des années, il est admis que c'est une pathologie fréquente en pratique psychiatrique africaine, bien qu'elle présente un certain nombre de particularités [14].

Au Sénégal, des auteurs comme Colomb, Diop M., Gueye M. se sont beaucoup intéressés à la symptomatologie dépressive chez l'Africain. De nombreux travaux portant sur la dépression sont réalisés dans le but d'une meilleure connaissance de cette pathologie. Les idées de possession, d'envoûtement, de persécution et les préoccupations hypochondriaques sont les thèmes les plus fréquents dans la dépression chez l'Africain [28]. L'absence d'idées de culpabilité, remplacées par la persécution est une autre caractéristique de la dépression africaine [23].

Selon Ahyi(1977) [1] la somatisation est un phénomène quasi-constant dans la dépression de l'Africain. Elle se manifeste parfois sous forme de sensations désagréables diffuses ou mal localisées affectant une partie plus ou moins importante du corps.

Ndiaye (1989) [52] a remarqué que l'une des caractéristiques des états dépressifs de l'Africain est la rareté des conduites suicidaires. Le taux de suicide est extrêmement bas en Afrique noire contrairement en occident où il reste élevé.

En 1981 M'boussou [48] a constaté l'évolution clinique de la dépression du «type africain» vers le «type occidental» selon le degré d'acculturation du sujet.

7-NOSOGRAPHIE

La diversité des tableaux cliniques de la dépression et le besoin d'harmoniser les données ont poussé les chercheurs à adopter certaines classifications :

7.1-La classification de l'INSERM

C'est la Classification officielle française proposée par l'I.N.S.E.R.M en 1968.Elle est entièrement basée sur le schéma classique dont elle reprend l'ensemble des cinq (05) principales catégories de dépression. La dépression d'involution y figure comme sous catégorie de la psychose maniaco-dépressive. Dans cette nosologie, aucune distinction n'est faite entre les formes unipolaires et les formes bipolaires de dépression endogène.

En réalité, la classification de l'INSERM* se limite à une liste nominative de catégories diagnostiques sans glossaire, ce qui empêche de déterminer à quel concept chaque catégorie se réfère.

7.2-La CIM-10

La CIM-10 a classé les troubles dépressifs de l'humeur. Ces derniers vont de F30 à F39 dans la liste des catégories

La nosologie proposée par la CIM-10 repose sur des considérations pratiques. Les épisodes isolés sont distingués des troubles bipolaires et des autres troubles liés à des épisodes multiples. Une importance toute particulière a été accordée à la sévérité des troubles car, le degré de sévérité, a une incidence sur les modalités du traitement et de la prise en charge.

Quatre catégories principales de troubles dépressifs sont individualisées

➤ Episodes dépressifs, des troubles affectifs bipolaires.

- (F31.3) Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression légère ou moyenne avec ou sans syndrome somatique
- (F31.4) Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère sans symptômes psychotiques
- (F31.5) Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère avec symptômes psychotiques

➤ Épisodes dépressifs

- (F32.0) Épisode dépressif léger
- (F32.1) Épisode dépressif moyen
- (F32.2) Épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques
- (F32.3) Épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques
- (F32.8) Autres épisodes dépressifs
- (F32.9) Épisode dépressif, sans précision

➤ Troubles dépressifs récurrents

- (F33.0) Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger
- (F33.1) Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen
- (F33.2) Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques
- (F33.3) Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques
- (F33.4) Trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission
- (F33.8) Autres troubles dépressifs récurrents
- (F33.9) Trouble dépressif récurrent, sans précision
 - (F38-10) Troubles dépressifs récurrents brefs dans les autres troubles de l'humeur
 - Trois autres catégories de troubles dépressifs n'appartenant pas aux troubles de l'humeur sont à distinguer, il s'agit des :
 - (F41-2) troubles mixtes, anxieux et dépressifs.
 - (F25-1) troubles schizo-affectifs, type dépressif.
 - (F55-0) troubles mentaux et troubles du comportement légers associés à la puerpéralité non classés ailleurs (dépression du post-partum).

7.3-DSM-IV

Les principes généraux du DSM-IV sont les suivant :

- Les diagnostics reposent sur des critères symptomatiques purement descriptifs, à l'exception des rares cas où une étiologie précise a pu être démontrée. Cette première règle interdit l'utilisation d'adjectifs tels que :

«endogène» ou « réactionnel » se référant à des éléments étiopathogéniques ou encore hypothétiques.

- Tous les termes retenus sont soigneusement définis, leur signification devant être claire, dénuée de toute ambiguïté et universellement admise. Cette deuxième règle interdit l'usage d'un adjectif, tel que «névrotique» dont le sens est fort variable d'une école à une autre, voire d'un auteur à un autre.
- Tout diagnostic repose sur une liste de critères de diagnostics spécifiques

Pour tous les diagnostics, la cotation est prévue selon cinq axes (système multiaxial) :

- Axe I : Les troubles majeurs cliniques
- Axe II : Les troubles de la personnalité et le retard mental
- Axe III : Aspects médicaux ponctuels et troubles physiques
- Axe IV : Facteurs psychosociaux et environnementaux
- Axe V : Échelle d'évaluation globale du fonctionnement

Dans le domaine des troubles thymiques ou troubles affectifs le DSM IV retient 3 variétés fondamentales de troubles dépressifs.

1-Trouble dépressif majeur

2-Troubles bipolaires I ou II avec épisode actuel dépressif

3-Autres troubles de l'humeur

- Troubles de l'humeur dus à une affection médicale générale avec caractéristique dépressive
- Troubles de l'humeur induits par une substance avec caractéristique dépressive

DEUXIEME PARTIE :
RÉSULTATS DE L'ETUDE ET
DISCUSSION

METHODOLOGIE

1- LE CADRE D'ETUDE

1.1- La description du Lieu

Notre étude s'est déroulée au Centre Hospitalier National Psychiatrique de Thiaroye au Sénégal. Créé en 1961, l'hôpital psychiatrique de Thiaroye est resté pendant longtemps une annexe du service de psychiatrie de Fann. A l'origine, sa vocation était la prise en charge des malades chroniques « irrécupérables » provenant de Fann et des anciens asiles (lazaret de Saint-Louis, Koutal, etc.).

La loi n° 75-80 régit le traitement des maladies mentales et le régime d'internement de certaines catégories d'aliénés. Les décrets d'application de cette loi créent l'hôpital psychiatrique de Thiaroye, un établissement spécialisé de type fermé. Ces textes organisent formellement l'internement des malades mentaux faisant l'objet d'une décision administrative ou de justice.

Avec la réforme hospitalière de 1998, l'hôpital est érigé en établissement public de santé en 2000 sous la dénomination de Centre Hospitalier National Psychiatrique de Thiaroye (CHNPT).

Le CHNPT se compose de services administratifs, médicaux et techniques.

Les services médicaux et techniques sont les suivants :

- un service d'accueil des urgences psychiatriques ;
- un service de consultations externes ;
- quatre services d'hospitalisation adultes de 124 lits au total dont 8 dédiés à l'internement ;
- un service de pédopsychiatrie de 28 lits ;
- un service de médecine du travail ;
- un laboratoire d'analyses médicales ;
- un service d'électroencéphalographie ;
- une pharmacie hospitalière ;

- un service de maintenance.

L'hôpital dispose aussi d'une buanderie, d'une cuisine et d'un restaurant.

1.2- Le personnel

➤ Le personnel médical est composé de :

- huit médecins psychiatres ;
- un médecin de travail ;
- deux pharmaciens ;
- deux à trois étudiants inscrits au diplôme d'études de spécialisation de psychiatrie y sont régulièrement envoyés en stage.

➤ Le personnel paramédical est composé de :

- un technicien supérieur de santé en enseignement administration ;
- dix- huit infirmiers dont six diplômés d'état ;
- trois agents sanitaires ;
- trois assistantes infirmières ;
- douze aides-infirmiers ;
- trois filles de salle.

2. LES METHODES ET LES MALADES

2.1- Le type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et transversale

2.2- La durée d'étude

Les observations cliniques des patients ont été colligées sur une période d'un an (du 01 Janvier au 31 Décembre 2011).

2.3- La population d'étude

Toutes les personnes vues au service de consultations externes.

2.4-Les malades

- **Les critères d'inclusion**

Ont été inclus dans cette étude, tous les patients vus au service de consultations externes durant la période d'étude et chez qui le diagnostic de dépression a été posé.

- **Les critères de non inclusion**

Ont été exclus de l'étude les patients dont le dossier était incomplet ou non exploitable. Il s'agit de 85 dossiers dont la majorité n'a pas été retrouvé

- **L'éthique**

L'éthique a été respectée. Nous n'avons pas rencontré un problème d'éthique.

- **Le recueil des données**

Le recueil des données s'est fait à l'aide d'un questionnaire (voir annexe) comprenant les variables suivantes :

- données anamnestiques
- données cliniques

L'enquête a été effectuée à partir des observations des malades, complétée par le registre de consultations.

2.5- La saisie et l'exploitation des données

Les données ont été saisies à l'aide du logiciel Epi Info version 6.04. Les comparaisons ont été faites à l'aide du test de Chi 2.

2.6- Les contraintes et les limites

La difficulté dans ce travail repose sur l'absence de précision de certaines données dans certains dossiers, en particulier les données cliniques, le statut matrimonial des patients.

Nous avons trouvé de nombreux dossiers incomplets, sans une analyse approfondie de la sémiologie, réduisant le nombre de cas exploitables.

RESULTATS

1- LES ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES

1.1- La prévalence de la dépression au C H N P de Thiaroye

Tableau I: L'incidence de la dépression au cours de l'année 2011, au C H N P de Thiaroye

Pathologies	Effectifs	Pourcentages
Schizophrénie	737	22,35%
Bouffée délirante polymorphe	703	21 ,31%
Psychoses toxiques	301	9,12%
Dépression	292	8 ,86%

Au cours de l'année 2011, la dépression a occupé la 4^{ème} place des pathologies diagnostiquées au CHNP de Thiaroye avec une fréquence de 8,86 %.

1.2-L'âge

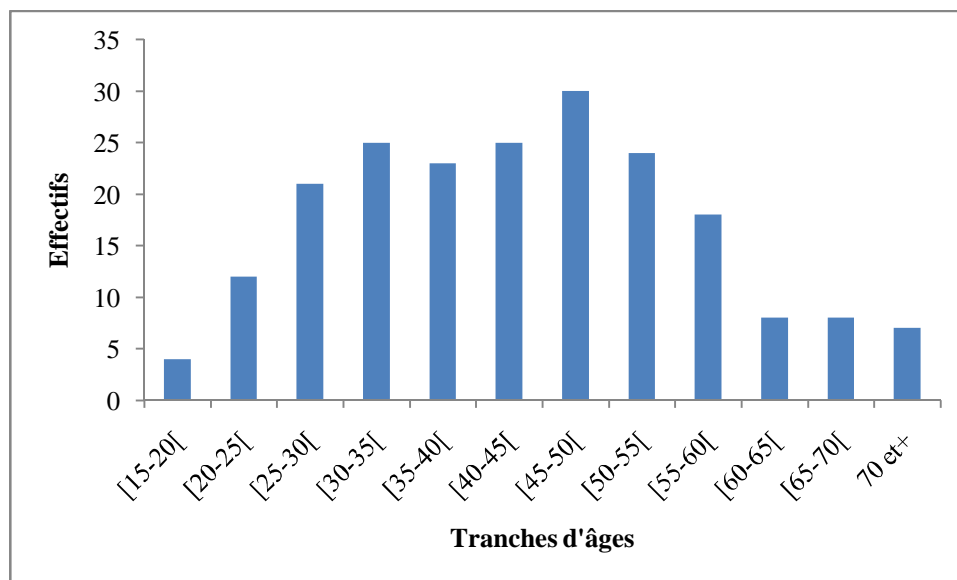


Figure 1 : La répartition de la population d'étude selon l'âge.

La classe d'âge la plus touchée est celle de 45ans à 50 ans.

1.3- Le sexe

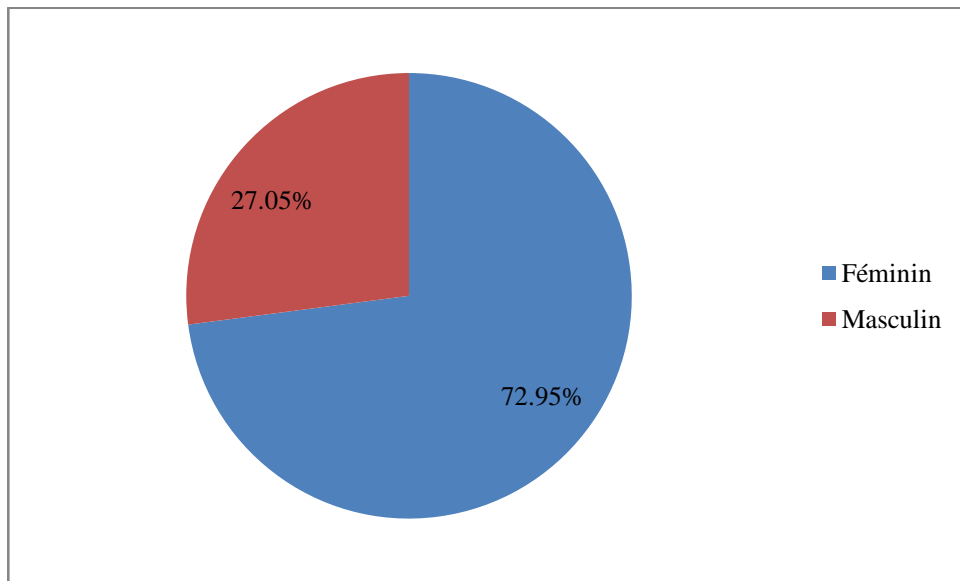


Figure 2: La répartition de la population selon le sexe

Les femmes ont plus présenté de dépression, avec un taux de 72.95%.

1.4- La situation matrimoniale

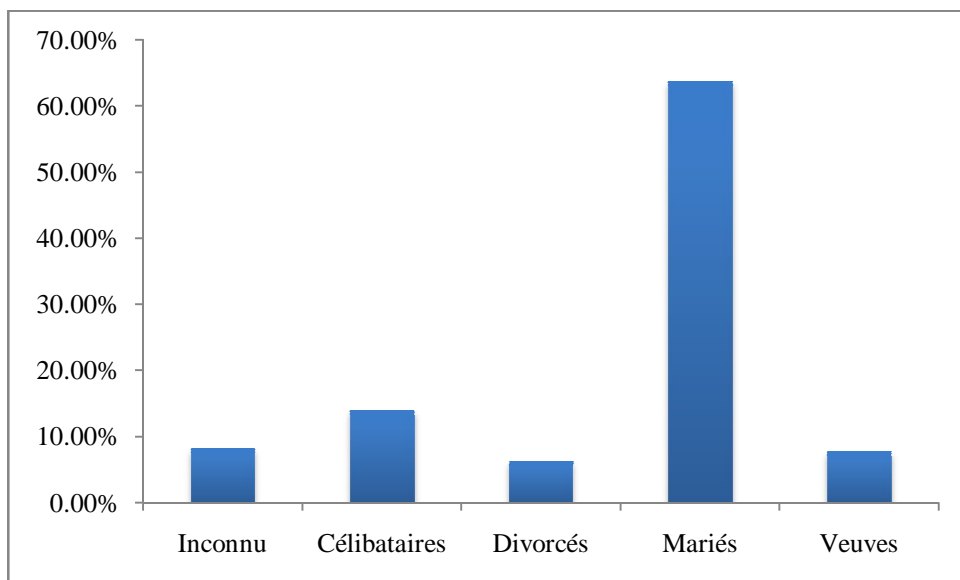


Figure 3: La situation matrimoniale des patients

Les patients mariés sont les plus touchés (63,76%).

1.5- Les modes de traitements

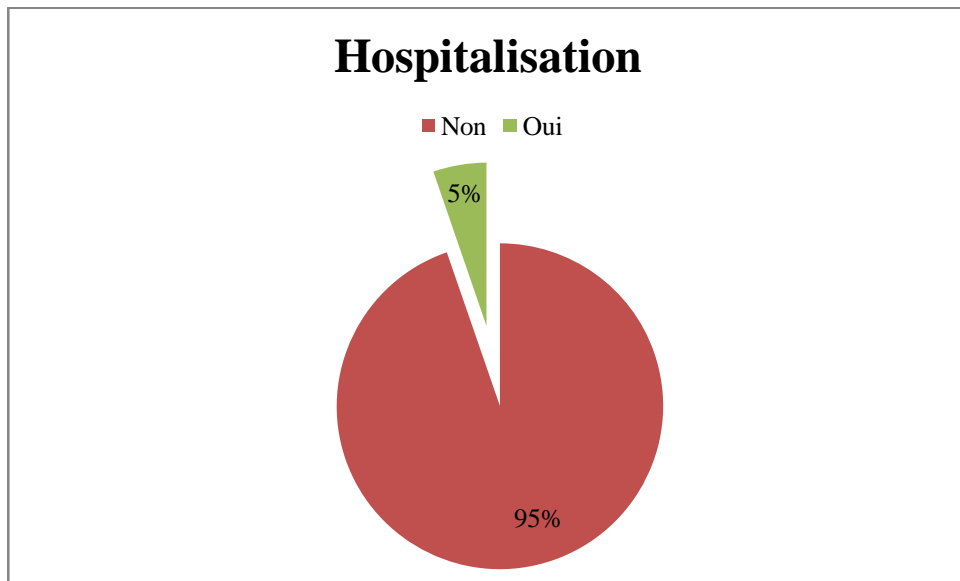


Figure 4: La répartition des patients selon le mode de traitement.

La majorité des patients présentant une dépression est traitée en ambulatoire.

2- LES ASPECTS CLINIQUES

2.1- La fréquence des signes

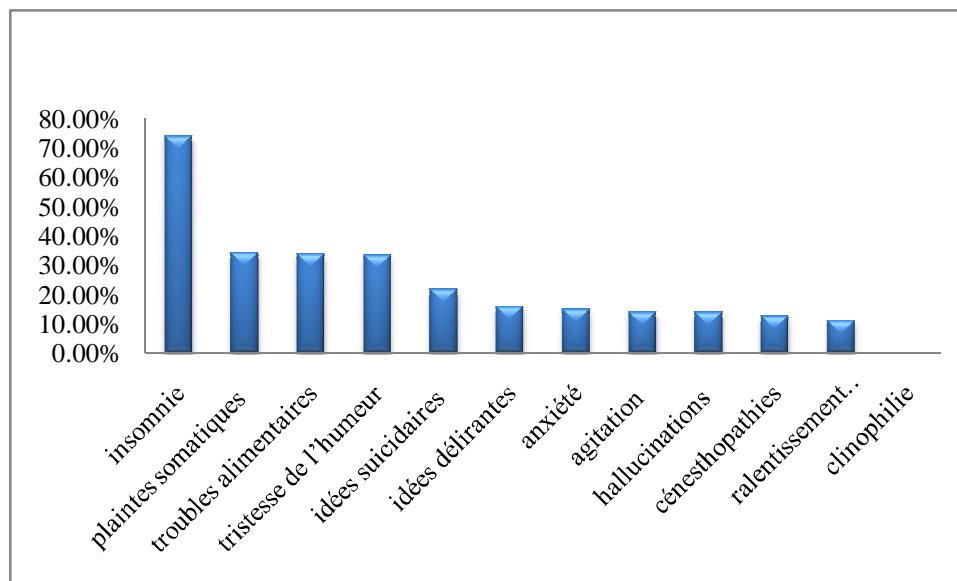


Figure 5: La fréquence des signes chez la population d'étude

L'insomnie est le signe le plus fréquent chez les patients présentant une dépression (73,9%).

2.2- L'insomnie

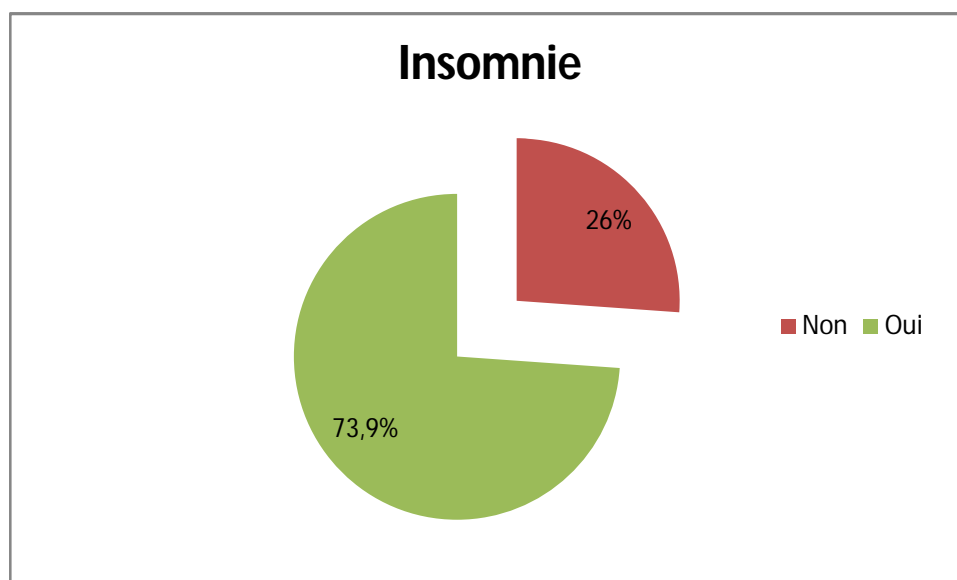


Figure 6: La fréquence de l'insomnie

154 patients ont présenté une insomnie, soit 73,9%.

2.3- Les plaintes somatiques

Tableau II: La fréquence des plaintes somatiques

Plaintes somatiques	Effectifs	Pourcentages
Non	136	65,7%
Oui	71	34,3%
Totaux	207	100,0%

Les plaintes somatiques sont présentes chez 34,3% des patients.

2.4- Les troubles alimentaires

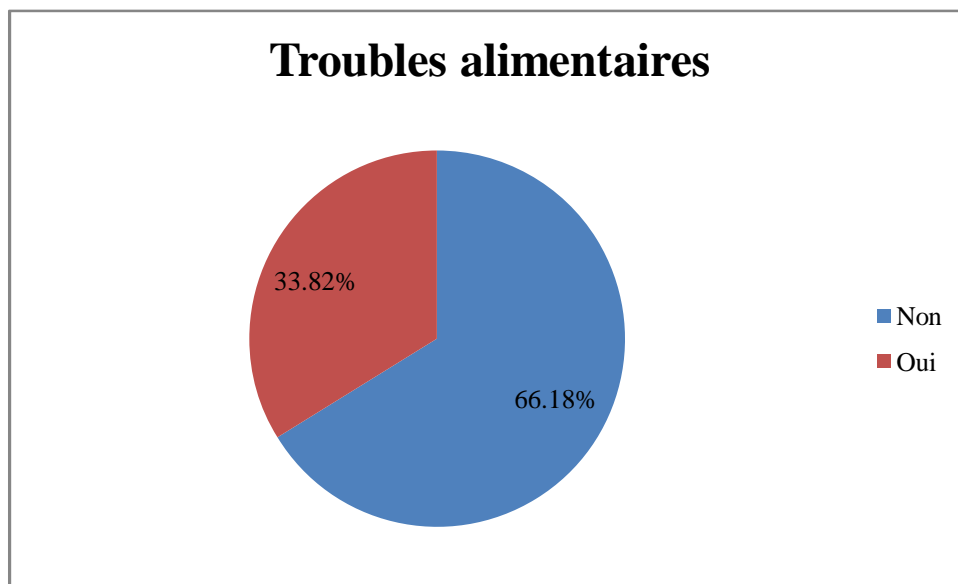


Figure 7: La fréquence des troubles alimentaires

33,81% des patients ont refusé de s'alimenter.

2.5- La tristesse de l'humeur

Tableau III: La fréquence de la tristesse de l'humeur

Tristesse de l'humeur	Effectifs	Pourcentages
Non	138	66,7%
Oui	69	33,3%
Totaux	207	100,0%

69 patients ont présenté une tristesse de l'humeur, soit 33,3%.

2.6- Les idées et tentatives de suicide

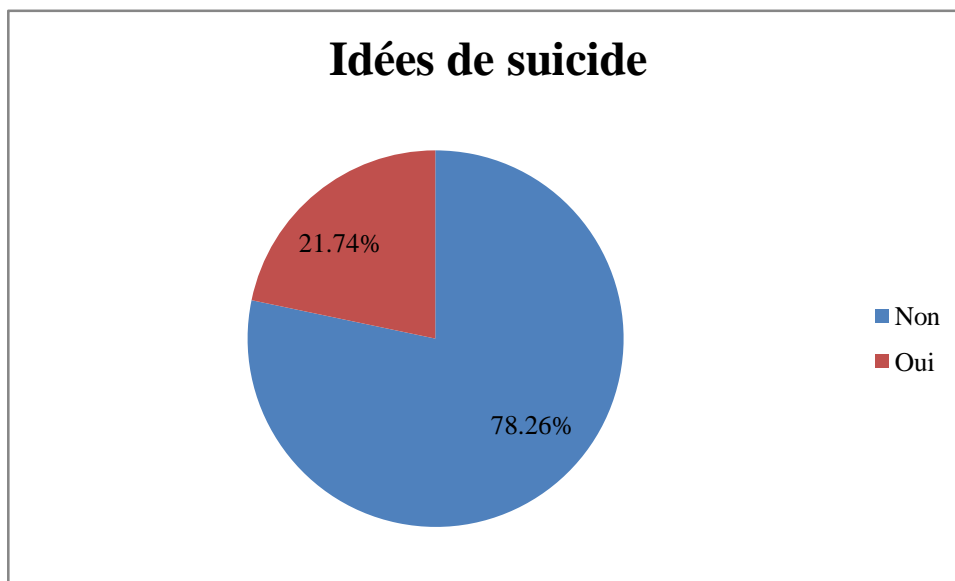


Figure 8: La fréquence des idées de suicide

45 patients ont présenté des idées de suicide, soit 21,7%.

Tableau IV: La fréquence de tentatives de suicide

Tentatives de suicide	Effectifs	Pourcentages
Non	195	94,2%
Oui	12	5,8%
Totaux	207	100,0%

12 patients ont tenté de se suicider, soit 5,8%.

2.7- Les idées délirantes

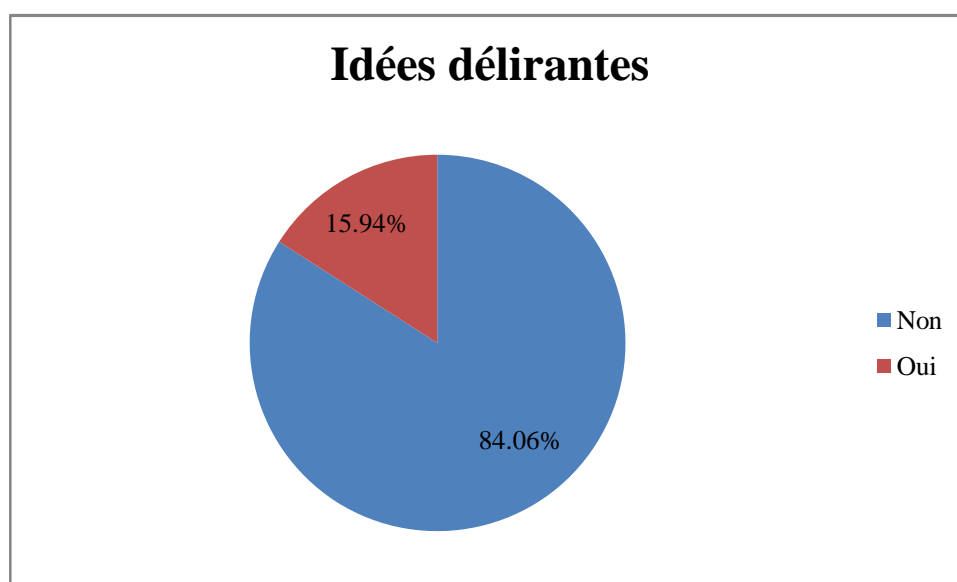


Figure 9: La fréquence des idées délirantes

33 patients ont présenté des idées délirantes, soit 15,94%.

2.8- L'anxiété

Tableau V: La fréquence de l'anxiété

Anxiété	Effectifs	Pourcentages
Non	176	85,0%
Oui	31	15,0%
Totaux	207	100,0%

31 patients ont présenté une anxiété, soit 15%.

2.9- L'agitation

Tableau VI: La fréquence de l'agitation

Agitation	Effectifs	Pourcentages
Non	178	86,0%
Oui	29	14,0%
Totaux	207	100,0%

29 patients ont présenté une agitation, soit 14%.

2.10-Les hallucinations et les cénesthopathies

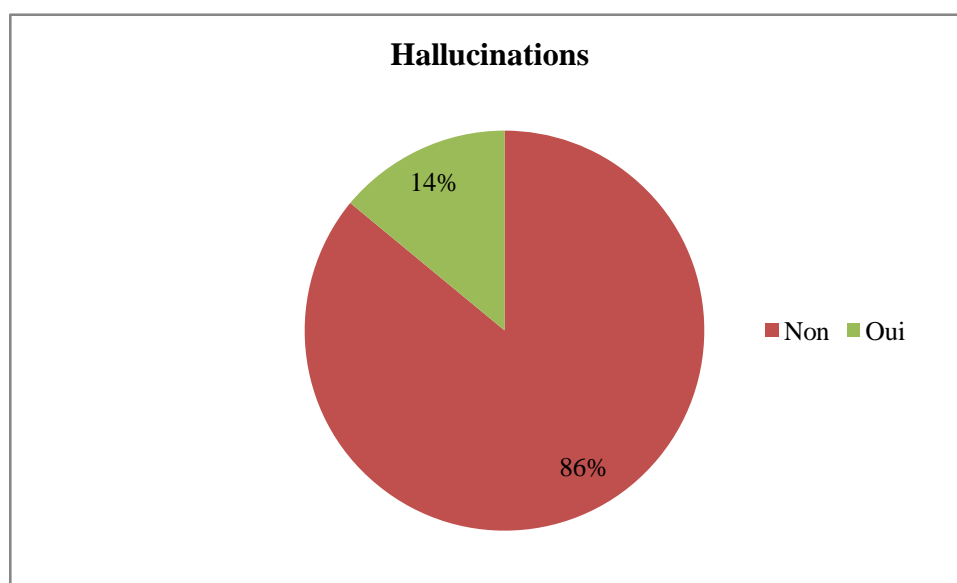


Figure 10: La fréquence des hallucinations

29 patients ont présenté des hallucinations, soit 14,0%.

Tableau VII: La fréquence des cénesthopathies

Cénesthopathies	Effectifs	Pourcentages
Non	181	87,4%
Oui	26	12,6%
Totaux	207	100,0%

26 patients ont présenté des cénesthopathies, soit 12,60%.

2.11-Le ralentissement psychomoteur

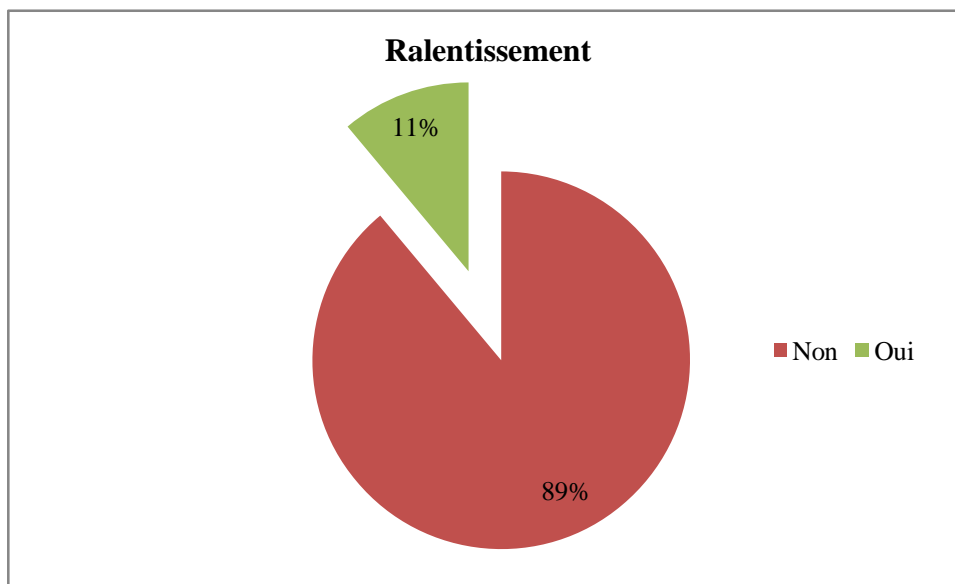


Figure 11: La fréquence de ralentissement psychomoteur

23 patients ont présenté un ralentissement psychomoteur, soit 11,1%.

2.12- La clinophilie

Tableau VIII: La fréquence de la clinophilie

Clinophilie	Effectifs	Pourcentages
Non	200	96,6%
Oui	7	3,4%
Totaux	207	100,0%

3,4% des patients ont présenté une clinophilie.

2.13-Les antécédents psychiatriques

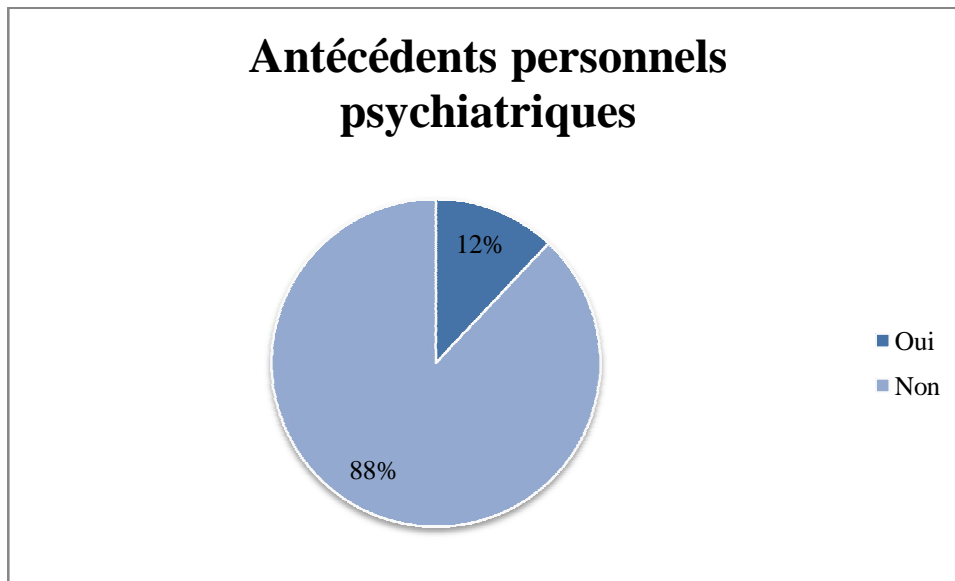


Figure 12: La répartition des antécédents personnels psychiatriques

Des antécédents personnels psychiatriques sont retrouvés chez 24 patients soit 11,59%.

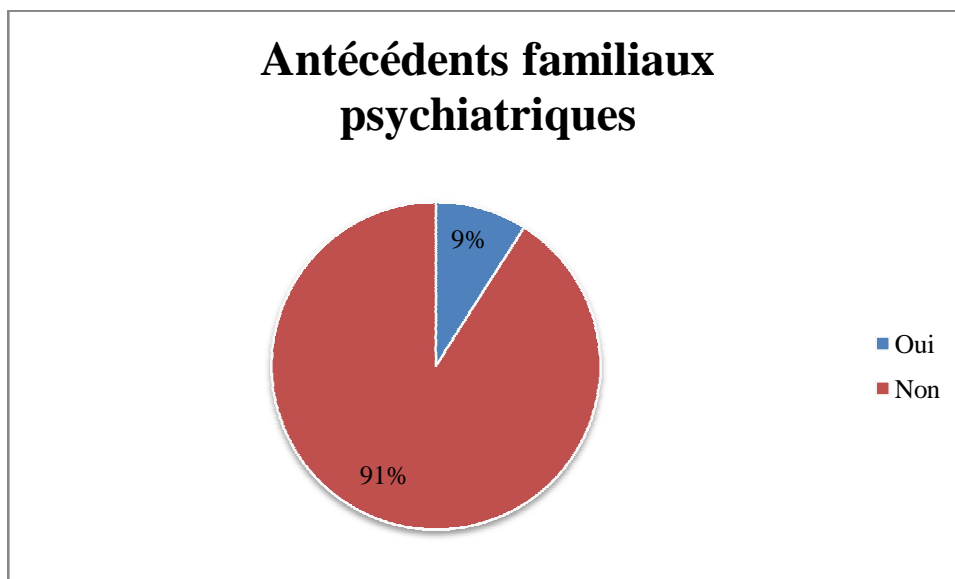


Figure 13: Les antécédents familiaux psychiatriques

19 patients ont eu des antécédents familiaux psychiatriques soit 9,2% des patients.

Tableau IX: Les antécédents médico-chirurgicaux et événement de vie

Antécédents médicochirurgicaux événements de vie	Effectifs	Pourcentages
Non	190	91,8%
Oui	17	8,2%
Totaux	207	100,0%

17 patients ont eu des antécédents médico-chirurgicaux ou un événement de vie, soit 8,2% de la population d'étude.

DISCUSSION

1- LES ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES

1.1- La prévalence de la dépression au C H N P de Thiaroye

Au courant de l'année 2011, sur un total de 3683 patients consultés au service de consultations externes, 292 ont été diagnostiqués dépressifs soit 8,86 %. La dépression a occupé le 4^{ème} rang des consultations après la schizophrénie (22,35%), les psychoses toxiques (21,31%) et la bouffée délirante polymorphe (9,12%).

1 2- L'âge

La population d'étude avait un âge moyen de 42 ans avec des extrêmes de 17 ans et de 72 ans. On note ainsi une grande dispersion des âges des patients (13.048 ans) autour de l'âge moyen qui coïncide à la médiane.

Les tranches d'âges les plus touchées par la dépression se situent entre 25ans et 60ans avec un pic entre 45ans et 55ans.

Concernant l'âge, les résultats que nous avons trouvés sont en accord avec ceux de M'Boussou [48] qui a mis en évidence des extrêmes de 10 ans et de 60 ans, et de Ahyi [1]. Au Burkina, Karfo [39] a aussi trouvé un âge moyen quasi similaire.

La prédominance de la dépression au niveau de la tranche 25ans à 60 ans peut s'expliquer par la survenue habituellement tardive des troubles de l'humeur. L'étude de Bellivier et al [7], reproduite par plusieurs équipes internationales, ont précisé les âges de début des troubles avec des pics : à 25 et 40 ans. D'autres études ont également montré une relation importante entre l'âge avancé et la survenue d'une dépression. Certains auteurs comme Clément J.P. [19] expliquent la survenue tardive des tableaux dépressifs par son association aux maladies cardiovasculaires liées à l'âge.

Cette prédominance de la tranche 25-60ans peut également s'expliquer par le fait qu'elle correspond à la période de la vie active surtout sur le plan socioprofessionnel. C'est la période durant laquelle l'individu est confronté aux difficultés de la vie : emploi, conflits du couple, etc.

Le pic de la dépression entre 45 et 55ans peut aussi s'expliquer par le fait que cette période correspond socialement à un moment de « surmenage » dans tous les domaines de la vie : les individus de cet âge sont considérés comme expérimentés par les siens. Ils ont donc le devoir d'assumer les nombreuses charges familiales liées à leurs responsabilités au sein de la société.

1.3- Le sexe

Les femmes ont été plus affectées que les hommes. En effet, les femmes déprimées de notre étude ont fait le triple des hommes. (151/56). Cette prédominance féminine est toujours retrouvée dans les différentes études même si les proportions sont parfois différentes : Ahyi (1977) [1] pour une période de 10 ans a trouvé 54% de femmes et 46% d'hommes. M'boussou(1981) [48] dans ses études à propos 417 observations à la clinique psychiatrique du C.H.U de Fann, a trouvé 50,02% de femmes et 49,88% d'hommes déprimés.

D'une manière générale, toutes les enquêtes concernant des troubles dépressifs [3 ; 61] montrent que leur prévalence est une fois et demie à deux fois plus élevée chez les femmes. Karfo [39] disait : « Les auteurs sont unanimes : la dépression atteint deux fois plus la femme que l'homme ».

Pour expliquer cette prédominance féminine, une hypothèse a été émise : la propension masculine à présenter des comportements d'externalisation (troubles de comportement, alcoolisation...) tandis que chez la femme ce sont des troubles internalisés qui sont souvent présentés; c'est une différence fondamentale dans leurs modalités de résilience face aux événements de la vie.

Nous pensons aussi que les femmes ont actuellement plus de possibilités de recourir à des soins.

Par ailleurs, il existe des hypothèses biologiques et hormonales pouvant expliquer la survenue de dépression chez la femme. Au plan clinique, les principaux épisodes de la vie génitale féminine peuvent être émaillés de troubles de l'humeur, principalement du registre dépressif. Ce fait semble lié aux hormones sexuelles qui ont une influence sur la neurotransmission [26].

Selon certains auteurs comme Basset, les femmes seraient plus exposées au stress (multiples rôles sociaux) et à l'agression qui pourraient intervenir dans le déclenchement d'une dépression. Il faut aussi noter le faible statut de la femme surtout en zone rurale où son pouvoir d'expression est limité. A cela s'ajoutent les nombreuses frustrations, les difficultés conjugales accentuées par la polygamie et le divorce. Le taux de scolarisation des femmes reste faible en Afrique : selon l'agence nationale de la statistique et de la démographie du Sénégal [50], 51,1% d'hommes sont alphabétisés contre seulement 29,2% de femmes en 2009. Aujourd'hui [74], cette situation a tendance à s'améliorer mais elle était due au fait que dès leur naissance, les filles subissaient encore une grave inégalité qui portait souvent préjudice à leur avenir. La priorité à l'inscription à l'école était réservée aux garçons par le père, surtout en milieu rural. Un petit nombre de filles était inscrit à l'école. Dès la puberté, la fille connaissait une trajectoire difficile, soit ses parents la retiraient de l'école sous divers prétextes, soit elle était victime d'une grossesse indésirée ou d'un mariage forcé. Peu d'entre elles poursuivaient leurs études jusqu'au niveau supérieur. Par conséquent, leur accès à des emplois de qualité devenait très difficile.

1.4- La situation matrimoniale

Dans notre étude, les déprimés mariés ont été les plus nombreux soit 63,76%, suivis des célibataires (14%) et des veuves (11,19%) .

En 1977, Ahyi [1] a trouvé des résultats presque similaires: les mariés (57%) étaient les plus nombreux, suivis des célibataires (25%) et des divorcés (9%).

Les résultats de notre étude montrent que les mariés ont été plus touchés par la dépression. Parmi les mariés, nous avons une prédominance féminine, 103 femmes contre 29 hommes.

Ces résultats sont en accord avec ceux de M'boussou [48] au Sénégal qui a trouvé que les femmes mariées (56.1%) présentaient plus de dépression que les hommes mariés (43.8%). En 2009, Karfo [39]. a trouvé des résultats similaires au Burkina : « Le taux des femmes mariées (55,3 %) prédominait sur les autres statuts matrimoniaux ».

Ces résultats diffèrent des conclusions de certaines études [71 ; 40] qui ont trouvé que les personnes vivant seules c'est-à-dire séparées, divorcées ou veuves présentaient plus d'épisodes dépressifs que les personnes vivant en couple.

Le pourcentage élevé des femmes mariées parmi les déprimés peut s'expliquer par les conflits conjugaux, les conditions difficiles et les exigences du mariage chez la femme africaine. Il faut également ajouter la période du post-partum qui constitue un moment de vulnérabilité pouvant augmenter le nombre de dépression chez la femme.

Notre étude a également montré que les hommes célibataires (38,30%) présentent plus de dépression que les femmes célibataires (7,69%). Ces résultats concordent avec ceux de M'boussou [48] : 74.3% d'hommes déprimés célibataires pour seulement 25.6% de femmes célibataires.

La prédominance des hommes parmi les déprimés célibataires s'explique par le fait que le mariage soit plus tardif chez les hommes. En plus de ce fait, nous constatons que dans notre société, l'homme célibataire bénéficie de moins d'attention et de protection parentales par rapport à la jeune fille. C'est fort de ce

constat que M'boussou [48] disait : « le célibat convient mieux à la femme, elle est sujette à un meilleur traitement et évolue dans le milieu familial protecteur, qui l'entoure d'affection ».

Notre étude a aussi montré que le nombre de veuves déprimées (11,19%) est nettement supérieur à celui des veufs (0.00%).

Ceci peut s'expliquer par le contexte de polygamie où l'homme a plusieurs épouses et ne se considère pas comme veuf au décès de l'une d'elles. Il s'explique également par les conditions difficiles de veuvage pour les femmes: la nouvelle vie de solitude, l'éducation et l'entretien des enfants, le manque de ressources matérielles et financières.

1.5- La fréquence des hospitalisations

Notre étude a montré que seul 5,3% des patients ont été hospitalisés. Les 94,7% des patients suivaient leur traitement en ambulatoire. Ce chiffre peut s'expliquer par la prédominance de la dépression masquée que les psychiatres du service de consultations externes n'ont pas l'habitude d'hospitaliser et par le nombre réduit de lits d'hospitalisation où la priorité est donnée aux agitations intenses avec une possibilité d'autoagressivité et surtout d'hétéroagressivité. En effet, Sylla A. [68] disait « la sécurité de la patiente constitue une préoccupation des familles car ses troubles du comportement peuvent constituer un danger pour son intégralité physique et parfois celle des autres... la famille éprouve beaucoup de gêne voire de honte à cause de ces signes (désinhibition, manque de pudeur, divulgation du secret familial) la poussant à insister pour l'hospitalisation ».

2- LES ASPECTS CLINIQUES

2.1- La fréquence des signes

L'étude que nous avons menée nous a permis de trouver une fréquence élevée de l'insomnie (73,9%) suivie des plaintes somatiques (34,3%), des troubles alimentaires (33,81%) et de la tristesse (33,3%).

Ce classement des symptômes en fonction de leur fréquence dans les 207 dossiers étudiés ne recoupe pas la description classique de l'épisode dépressif avec trois types de symptômes [29]: l'humeur dépressive, le ralentissement psychomoteur et la perturbation des fonctions instinctuelles c'est-à-dire la présence de trouble du sommeil, de l'appétit et de la libido .Ce classement pourrait correspondre à une forme plus fréquente des états dépressifs au Sénégal où dominant l'insomnie, les plaintes somatiques, troubles alimentaires, la tristesse et les idées suicidaires. Le ralentissement psychomoteur qui est classiquement décrit comme étant le noyau du syndrome dépressif est rare dans notre étude.

Ahyi en 1977 [1], quant à lui a trouvé une prédominance de la tristesse, des symptômes somatiques surtout gastriques et du délire de persécution. Par ailleurs il a noté la rareté des conduites suicidaires.

2.2-L'insomnie

L'insomnie est le symptôme le plus fréquemment retrouvé chez les patients dépressifs. 154 patients ont présenté une insomnie soit 73,9% .Cette proportion est presque identique au niveau des deux sexes (homme 73,2% ; femme 74,2%).

Selon Carl Gustav Jung, un psychiatre suisse, l'insomnie représente un symptôme cardinal de la dépression. Les perturbations du sommeil sont présentes dans la majorité des cas, bien souvent d'ailleurs inaugurales. C'est le

symptôme le plus gênant. Chez l'Africain, le fait de ne pas dormir signifie « qu'on a des problèmes », de ce fait, devant le médecin il faut vite signaler ce symptôme afin qu'une solution soit trouvée. Ainsi l'insomnie est d'emblée verbalisée au premier contact avec le dépressif.

2.3-Les plaintes somatiques

Les plaintes somatiques constituent le deuxième symptôme le plus fréquemment retrouvé dans notre série. 71 patients ont exprimé des plaintes somatiques soit 34,3%. Les femmes (37,7%) ont exprimé plus de plaintes somatiques au cours de leur dépression que les hommes (25%). Les plaintes somatiques sont dominées par les céphalées (65.70%), l'asthénie (1,45%), la constipation (1,45%), les dysménorrhées, les palpitations, les douleurs abdominales, les précordialgies.

En France, Frémont P. [32] a trouvé que les plaintes les plus fréquemment rencontrées sont la fatigue, les douleurs tenaces, rebelles, diffuses (articulaires, digestives, abdominales ou touchant la sphère ano-génitale), les symptômes cardiaques et/ou respiratoires, la constipation et l'anorexie. Bonnyaud F. [12] affirmait : « Des plaintes somatiques sont très fréquemment observées chez des patients présentant un état dépressif ». Karfo [39] a remarqué dans son étude que les plaintes somatiques dominaient les motifs de consultation.

En étudiant 1074 sujets présentant un épisode dépressif, Perlis [62] a trouvé que ces patients présentaient fréquemment de symptômes somatiques et d'anxiété.

Ces plaintes somatiques peuvent être au devant du tableau et faire errer le diagnostic. Cette forme constitue la dépression masquée où les plaintes récurrentes font souvent penser à une pathologie organique. Fremont P. [32] disait: « La dépression peut, dans certains cas, prendre le masque d'une pathologie organique et donner lieu à des examens divers ».

2.4- Les troubles alimentaires

Les troubles alimentaires ont été présents chez 33,81% des patients. Ils constituent le troisième symptôme le plus fréquent. En 1981 au Sénégal, Mboussou [48] à propos de 417 malades a noté 43,1% de refus de s'alimenter.

Ces troubles correspondent à un refus alimentaire que les auteurs considèrent classiquement comme un équivalent suicidaire : selon Lempérière [43] c'est une marque d'opposition à sa propre vie avec la recherche passive de la mort. Ces équivalents suicidaires consistent souvent à se laisser mourir par perte de combativité, ce qui caractérise en quelque sorte le classique syndrome de glissement [6].

2.5- La tristesse de l'humeur

La tristesse de l'humeur a constitué le quatrième symptôme le plus fréquent de notre étude. 69 patients ont présenté une tristesse de l'humeur soit 33,3%. Si elle a conservé son rang chez la femme (33,9%), chez l'homme (33,1%) elle a occupé la deuxième position.

En 1977 au Sénégal, Ahyi [1] a trouvé que la tristesse était le symptôme le plus fréquent, soit 111 sur 246 observations.

La tristesse est un élément capital dans le syndrome dépressif. Il est visible au premier contact avec le malade. Le vécu est relaté avec émotion, parfois associé à des pleurs traduisant la profondeur de la douleur morale.

2.6- Les idées et les tentatives de suicides

La fréquence des idées suicidaires et celle des tentatives de suicide sont respectivement de 21,7% et de 5,8%.

Nous avons trouvé que les idées suicidaires sont plus fréquentes chez les hommes (26,8%) que les femmes (19,9%). On observe les mêmes tendances avec les tentatives de suicide, 7,1% d'hommes contre 5,3% de femmes. Les

moyens utilisés lors du passage à l'acte sont variés : saut d'un étage, phlébotomie (section des veines), intoxications médicamenteuses volontaires.

Colomb et Collignon [22] dans un service de femmes à Dakar, ont rapporté 87 tentatives en 3 ans de 1960 à 1963. Dans le même hôpital, en 1970, hommes et femmes réunis, il a été observé 100 tentatives de suicide dont la distribution est la suivante : européens et libanais 65 %, métis 30 %, africains 5 %.

Ahyi (1977) [1] à propos de 246 malades déprimés (de 1962 à 1973) a rapporté 22 tentatives de suicide.

Au Sénégal, Mboussou [48] à propos de 417 malades a relevé 53 tentatives de suicide, tous des africains. Par ailleurs il souligne que les idées suicidaires sont retrouvées dans 21 dossiers soit 13,6%.

Le pourcentage des tentatives de suicide que nous avons trouvé contraste avec ce qui est retrouvé en France [6], où on dénombre chaque année près de 12.000 décès par suicide sur 150.000 tentatives de suicide et plus de 40% sont secondaires à un état dépressif. Depuis 1983, le nombre de décès par suicide dépasse le nombre de décès par accident de la route qui est environ 8.000/an. Une récente enquête réalisée sur le suicide a mis en évidence que plus d'un tiers des Français ont connu le suicide d'un proche.

Les résultats que nous avons trouvé peuvent s'expliquer par le fait que les idées suicidaires soient fréquemment exprimées chez le sénégalais tandis que le passage à l'acte (tentative de suicide) reste rare. Ce fait semble lié à la culture sénégalaise qui condamne le suicide de même que les différentes religions (l'islam, le christianisme). La solidarité familiale et le réconfort de l'entourage sont également des moyens efficaces permettant au sujet africain d'éviter le passage à l'acte. En effet Barbier D. [6] rapporte : « Dans les sociétés industrialisées où dominant la solitude, le surmenage professionnel etc., un homme sur 10 connaîtra une dépression durant la vie entière avec une récurrence dépressive dans plus de la moitié des cas. Elle est même à l'origine des 2/3 de

décès par suicide ». Ainsi la religion et le support social semblent être des facteurs protecteurs.

Le pourcentage des idées et des tentatives de suicide relativement faible dans notre étude peut également s'expliquer par le tabou et la honte qui s'attachent à l'acte et aux idées suicidaires. Devant le médecin, les patients se sentent souvent gênés de verbaliser spontanément les idées suicidaires qui les animent. Néanmoins leur augmentation relative par rapport aux premières études faites au Sénégal [1;4; 22;48] doit attirer l'attention des praticiens. Il faudrait évaluer le rôle joué par un mode de vie qui s'urbanise de plus en plus avec un isolement social des individus de plus en plus marqué.

2.7- L'anxiété

L'anxiété a été présente chez 15% des patients. Les auteurs comme Blazer et Baldwin [11 ; 16 ; 5] ont trouvé que l'anxiété est très fréquemment associée au tableau dépressif sous forme d'anxiété généralisée et de troubles phobiques.

En 1962, Collomb [23] a trouvé que l'anxiété et les manifestations hypocondriaques étaient fréquentes lors de la dépression.

Perlis [62] en étudiant 1074 sujets présentant un épisode dépressif a retrouvé que ces patients présentaient fréquemment de symptômes somatiques et d'anxiété.

La rareté de l'anxiété dans notre étude peut s'expliquer par le fait qu'elle peut passer inaperçue à l'examineur. C'est un élément subjectif pouvant être sous-évalué par le médecin. Frémont [32], précise que l'anxiété peut toutefois être masquée et évoquer une agitation hostile surtout chez la personne âgée.

2.8- L'agitation

Nous avons retrouvé une agitation chez 14% des patients. Selon Goldberg [35] des symptômes maniaques, principalement une distractibilité, une fuite des

idées, une agitation psychomotrice peuvent être présents au cours d'un épisode dépressif sans pour autant réaliser un tableau d'état mixte. En effet dans son étude, Goldberg [35] a inclus 1380 patients déprimés et il a retrouvé que deux tiers (2/3) des patients présentaient des symptômes maniaques dont l'agitation au cours de leur épisode dépressif.

Benazzi [10] a fait une étude similaire chez des patients déprimés et a trouvé des symptômes maniaques dont l'agitation chez 32% des patients.

Il conclut que les symptômes maniaques dont l'agitation constituent un facteur de mauvais pronostic car :

- ils seraient inducteurs d'une évolution vers un trouble bipolaire [35].
- ils induiraient des épisodes à cycles rapides s'ils sont associés à un âge de début des troubles plus précoce
- on a davantage de survenue de tentative de suicide en présence d'une agitation [38].

2.9- Le ralentissement psychomoteur

Les signes de ralentissement psychomoteur ont été présents chez 11,1% des patients de notre série. Parker [60] a trouvé que le ralentissement moteur est souvent visible à l'entretien. Il est considéré par certains auteurs comme le noyau du syndrome dépressif.

L'étude que nous avons menée a montré que le ralentissement psychomoteur est rare chez les dépressifs sénégalais. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que le ralentissement psychomoteur ne fait pas l'objet de plainte, car considéré comme normal par le patient : « lorsqu'on est malade, on se couche ».

2.10- Les hallucinations et les cénesthopathies

Les pourcentages des hallucinations et des cénesthopathies chez nos patients sont respectivement de 14,0% et 12,60%.

Les hallucinations reposent sur une thématique de persécution : soit c'est le maraboutage de la coépouse soit c'est le mauvais œil.

Les auteurs comme Collomb, Ahyi et M'boussou [1; 23; 48] ont trouvé les mêmes thématiques dans leur études mais à des proportions plus élevées. L'évolution des connaissances, une plus grande médicalisation des troubles psychiatriques pourraient expliquer cette modification dans l'explication des signes de dépression.

2.11- Les idées délirantes

Les idées délirantes sont retrouvées chez 15,94% des patients. Ce sont essentiellement des idées de persécution et de dévalorisation avec autoaccusation. En 1981, M'boussou [48] a trouvé que les thèmes de persécution sont présents dans 43,64%. Il en avait fait un symptôme essentiel, en rapport étroit avec la culture négro-africaine.

En 1977, Ahyi [1] a trouvé que les idées délirantes de persécution sont très fréquentes au cours des états dépressifs. Il affirmait qu'après les plaintes somatiques, les délires de persécution constituent la deuxième caractéristique de l'état dépressif chez le Sénégalais. Collomb [23] quant à lui affirmait la rareté de la mélancolie, des conduites suicidaires, des délires d'indignité, d'auto-accusation, de culpabilité chez les déprimés sénégalais.

Aujourd'hui, les idées de persécution ne sont plus au premier plan au cours de l'épisode dépressif. Elles font place aux plaintes somatiques. Les patients déprimés de culture africaine auraient moins tendance à accuser l'autre dans leur souffrance. Ceci semble témoigner que leur conception de la maladie mentale s'est modifiée, les amenant à accepter l'explication médicale de certains tableaux psychiatriques.

2.12- Les autres symptômes

Des symptômes rares comme l'anhédonie (4,8%), et la clinophilie (4,6) sont retrouvés dans notre série d'étude.

Au Sénégal Thiam [69] a trouvé que la perte des intérêts habituels faisait partie des principaux symptômes de la dépression.

La rareté de ces symptômes peut s'expliquer par le fait qu'ils ne sont pas systématiquement recherchés. En effet, une fois que le diagnostic de dépression paraît évident, les psychiatres ne se focalisent plus sur les signes qui complètent le tableau surtout dans le contexte des consultations externes caractérisées par un nombre important de patients en attente.

2.13- Les antécédents psychiatriques

Au cours de l'étude, nous avons trouvé que 24 patients (11,59%) dont 20 femmes ont présenté des antécédents personnels psychiatriques.

Ces résultats montrent que la dépression est une pathologie avec une note récidivante, souvent cyclique (troubles unipolaires ou bipolaires de CIM10)

Quant aux événements de vie, 17 patients (8,2%) dont 11 femmes ont eu un événement de vie.

Ces événements de vie sont dominés par les pathologies organiques et les chocs affectifs pouvant inaugurer le tableau dépressif ou décompenser une dépression bien stabilisée.

En ce qui concerne les antécédents familiaux psychiatriques, 19 patients (9,2%) dont 15 femmes ont eu des antécédents familiaux psychiatriques.

Ces résultats s'expliquent par la forte connotation génétique des troubles de l'humeur. Ces résultats sont en accord avec les affirmations de certains auteurs comme Benazzi et Solomon [9 ; 66] qui disaient: « Les sujets qui présentent un trouble de l'humeur ont fréquemment des antécédents familiaux de trouble de

l'humeur ». Dans les familles de patients bipolaires il y a fréquemment un apparenté au premier degré atteint de trouble bipolaire [66]. C'est pourquoi Perlis et collaborateurs [62] ont montré l'importance de rechercher des antécédents familiaux de trouble bipolaire chez des sujets présentant un premier épisode dépressif.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les états dépressifs sont classés dans le groupe des troubles de l'humeur. Chaque individu a un niveau de base de l'humeur qui varie dans le sens du plaisir ou du déplaisir en fonction des sollicitations de l'environnement ou de ses représentations personnelles. Cependant, il reste relativement maître de ses expériences émotionnelles successives. En revanche, chez le déprimé, l'humeur est non seulement affaissée, déprimée, mais elle n'est plus contrôlable. Elle envahit le vécu du sujet qui ne peut s'en départir, même en changeant d'univers relationnel ou d'activité.

En psychiatrie, la dépression est un état pathologique de souffrance psychique et de culpabilité consciente, accompagné d'un abaissement marqué de l'estime de soi, de troubles psychomoteurs ainsi que de manifestations somatiques.

La dépression compte parmi les cinq pathologies les plus fréquemment rencontrées en consultation de médecine générale [18].

D'après l'O.M.S [6], la prévalence mondiale de la dépression est de 5% avec une incidence de 3% dans la population générale, ce qui correspond à environ 100 millions d'individus. Les états dépressifs constituent un handicap social important et se situent au troisième rang des maladies invalidantes. Ils constituent une préoccupation majeure de santé publique. Selon les prévisions de l'O.M.S, la dépression deviendra en 2020, la 2^{ème} cause d'invalidité dans le monde après les maladies cardio-vasculaires.

En Afrique, la dépression a d'abord été considérée comme inexistante, ensuite rare, et enfin comme présentant des caractéristiques particulières [23;28;14].

Au Sénégal, beaucoup de travaux portant sur la dépression ont été réalisés dans le but d'une meilleure connaissance de cette pathologie.

Avec l'évolution des habitudes de vie liée à une urbanisation progressive dans un contexte de mondialisation, il nous a paru opportun d'étudier les déterminants actuels de la dépression en milieu psychiatrique.

Dans cette perspective, nous avons analysé 207 dossiers de patients dépressifs afin de :

- Déterminer les aspects épidémiologiques de la dépression en milieu psychiatrique au Sénégal ;
- Déterminer les critères sémiologiques de la dépression en milieu psychiatrique au Sénégal ;
- Formuler des recommandations pour faciliter le diagnostic des états dépressifs et améliorer la prise en charge des patients.

Pour atteindre ces objectifs, nous avons mené une étude descriptive transversale à caractère rétrospectif à partir des dossiers de patients ayant consulté au service de consultations externes du Centre Hospitalier National Psychiatrique de Thiaroye du 01 janvier au 31 décembre 2011. Cette étude a porté sur 207 patients chez qui le diagnostic de dépression a été posé. La population d'étude est composée de 151 femmes et de 56 hommes.

Au terme de notre étude, nous avons pu ressortir les aspects suivants :

➤ **Au plan épidémiologique :**

Au courant de l'année 2011, La dépression a occupé le 4^{ème} rang des consultations, soit 8,86 % des patients.

La population d'étude avait un âge moyen de 42 ans avec des extrêmes de 17 ans et de 72 ans. Les tranches d'âges les plus touchées par la dépression se situent entre 25ans et 60ans avec un pic entre 45ans et 55ans.

La prédominance féminine a été nette. Les femmes sont plus affectées, soit 72.95%.

Les déprimés mariés ont été les plus nombreux soit 63,76%, suivis des déprimés célibataires et des déprimées veuves.

La majorité des patients suivait le traitement en ambulatoire soit 94,7%.

➤ **Au plan clinique**

Nous avons trouvé une fréquence très élevée de l'insomnie, des plaintes somatiques, des troubles alimentaires et de la tristesse par rapport aux autres symptômes de la dépression.

Le ralentissement psychomoteur qui est classiquement décrit comme étant le noyau du syndrome dépressif est retrouvé à une proportion faible.

L'insomnie a été le symptôme le plus fréquent, 154 patients l'ont présenté soit 73,9%.

Les plaintes somatiques ont constitué le deuxième symptôme le plus fréquent avec 34,3%. Elles sont représentées par les céphalées, l'asthénie, la constipation, les dysménorrhées, les palpitations, les douleurs abdominales, les précordialgies.

Les idées délirantes sont retrouvées chez 33,81% des patients. Elles se composent des idées de persécution (10,6%), des idées de dévalorisation (5,3%) avec autoaccusation.

La tristesse de l'humeur est retrouvée chez 33,3% des patients.

La fréquence des idées suicidaires est élevée comparativement à celle des tentatives de suicide, 21,7% contre 5,8%. Les moyens utilisés lors des passages à l'acte sont variés: le saut d'un étage, la phlébotomie, les intoxications médicamenteuses.

L'anxiété est présente chez 15% des patients.

14% des patients ont présenté une agitation

Les hallucinations et les cénesthopathies ont été respectivement retrouvées chez 14,00% et chez 12,60% des patients.

Des symptômes comme l'anhédonie (4,8%) et la clinophilie (4,6%) ont été rares chez les patients.

11,59% des patients ont eu des antécédents personnels psychiatriques, 8,2% ont eu un événement de vie et 9,2% ont eu des antécédents familiaux psychiatriques.

Au terme de notre étude, pour une amélioration du dépistage précoce et de la prise en charge des dépressions, nous suggérons :

- une augmentation des effectifs au niveau des structures de santé mentale ;
- une standardisation des recueils de données avec élaboration d'échelles spécifiques de diagnostic de la dépression applicables par tous les médecins ;
- accorder une importance à l'écoute lors des consultations;
- mener des activités de sensibilisation afin que la demande de soins psychiatriques ne soit plus stigmatisée.

REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

1- AHYI R.G.

Les états dépressifs au Sénégal à propos de 246 observations

Thèse de Médecine, Dakar 1977, n° 30 ,141p

2- ALLILAIRE J.F.

Dépressions masquées du masque somatique au masque comportemental des troubles de l'humeur.

Sem.hop. Paris 1994; 70, 19-20,576-586

3- ALONSO J., ANGERMEYER M.C., BERNERT S., BRUFFAERTS R., BRUGHA T.S., BRYSON H., ET AL.

Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (esemed) project

Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum, 2004, n° 420 : p. 21-7.

4- ANDRADE A.S.

La demande d'assistance psychiatrique au Sénégal. Approche statistique sur 1742 consultations d'une année.

Thèse méd., Dakar, 1979, N°56 ,44p

5- BALDWIN RC, CHIU E, KATONA C, GRAHAM N.

Guidelines on depression in older people.

Londres, Martin Dunitz, 2002, 162p

6- BARBIER D.

La dépression.

Collection odile jacob, Santé au Quotidien, 2003,226p

7- BELLIVIER F, GOLMARD JL, RIETSCHER M ET AL.

Age at onset in bipolar I affective disorder : further evidence for three subgroups

Am J Psychiatry. 2003 May;160(5):999-1001.

8- BELLIVIER F., HARDY P.

Maladies maniaco-dépressives.

La revue du praticien, Paris, 1997, tome I, pp : 143-157, 31.

9- BENAZZI F.

Clinical differences between bipolar II depression and unipolar major depressive disorder: lack of an effect of age.

Affect Disord. 2003 Jul;75(2):191-534.

10- BENAZZI F.

Intra-episode hypomanic symptoms during major depression and their correlates.

Psychiatry Clin Neurosci. 2004 Jun;58(3):289-94.

11- BLAZER D.G.

Depression in late life : review et commentary.

Gerontol A Biol Med Sci 2003 ; 58 : 249-65.

12- BONNYAUD-FERNANDEZ F. ; DAGENS V.

L'activité des antidépresseurs sur les plaintes somatiques liées à un état dépressif relève-t-elle d'un impact spécifique ? L'exemple de la tianeptine

Annales de psychiatrie A. 1996, vol. 11, n° 1, pp. 56-62

- 13- BOTTERO.A, CANOUI.P, GRANGER B**
Révision accélérée en psychiatrie de l'adulte,
Maloine, Paris 1992, 437p
- 14- BOURGEOIS M.**
«Sens du désespoir»-in Dépression et/ou anxiété
Compte rendu de la journée psychiatrique d'Aquitaine, 1986.
- 15- BOUGEROL T.**
Syndrome dépressif : orientation diagnostique et principes du traitement.
Rev.prat(Paris) 1999 ; 49, (6) ,643-652
- 16- BURNS A, DENING T, LAWLOR B.**
Clinical guidelines in old age
Psychiatry. Londres: Martin Dunitz, 2002,208p
- 17- CHAN CHEE C., BECK F., SAPINHO D., GUILBERT PH.**
La dépression en France.
Saint-Denis : INPES, coll. Etudes santé, 2009 : 208 p
- 18- CHIKHI O.**
«La dépression chez la femme au Sénégal»
Thèse Méd UCAD, Dakar, 2010, n°78 ,91p, 2-3
- 19- CLÉMENTJ.P.**
Psychiatrie de la personne âgée,
Médecine sciences Flammarion, 2ème édition, Paris, 2009,647p

20- CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES.

Deuxième révision chap.v (f)(CIM-10) troubles mentaux et troubles du comportement, description clinique et directive pour le diagnostic, Masson, Paris, Milan Barcelone Bonn, 1993,98-117.

21- COHEN Y.; JACQUOT C.

Pharmacologie,
Collection- abrégés,
Elsevier-Masson, Paris, 6ème édition 2008,487p.

22- COLLOMB H., COLLIGNON k.

"Les conduites suicidaires en Afrique".
Psychopathol. Afr., 1974, X, I, 55-113

23- COLLOMB H ZWINGELSTEIN J.

«Les états dépressifs en milieu africain».
Inform. Psychiat., 1962, 6, 515-528.

24- COTTRAUX J

Place des psychothérapies contemporaines dans le traitement de la dépression
2e éd. - Rueil-Malmaison : Doin, impr. 2006 (impr. aux Pays-Bas). - 1 vol.
(XI-96 p)

25- DENIKER P, LEMPERIERE T., GYOTAT J.

Précis de psychiatrie clinique de l'adulte.
Masson, psychiatrie, Paris 1990, p 105-129

26- DIB A.

Hormones sexuelles et troubles psychiques,
La Lettre du Gynécologue n° 234 Sept 1998

27- DIDIER L.

Les dépressions : de la prévention à la guérison.
Edi. Albin Michel, Collection «Santé pour tous», 1994, 9-16

28- DIOP M.

La dépression chez le Noir Africain.
Bull.Mém.Fac.Mixte Méd. Pharm. Dakar, 1961, IX ,247-253.

29- EY H.

Etudes psychiatriques .Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience.
Desclée de Brouwer, Paris, 1954,653-760

30- EY H., BERNARD P., BRISSET C.H.

Manuel de psychiatrie.6eme édition revue et corrigée,
Masson, paris 1989,156-173.

31- FAURE A V. ; HERLIN B., FONTAINE M.JOLLIET P.

Pharmacologie.
Paris, Elsevier-Masson, 3^e édition 2007,302p. 42

32- FREMONT P

«Aspects cliniques de la dépression du sujet âgé »
Psychol neuropsychiatr Vieillessement 2004 ; vol. 2 (Suppl. 1) : S19-S27]

33- GERVASONI. , BONDOLFI G.

Qu'en est –il de l'entourage et des proches dans la dépression ?

Méd.hyg.2004 ; 62, (2496) ,1773-1775)

34- GIRAULT N.

Syndrome dépressif et principe de traitement du traitement dans :
I.GASMAN/J-F.ALLILAIRE ,eds Psychiatrie de l'enfant, de l'adolescent
et de l'adulte.

Paris: Masson; 2003.p331-340 99.

35- GOLDBERG JF, PERLIS RH, BOWDEN CL ET AL.

Manic symptoms during depressive episodes in 1380 patients with bipolar disorder:

findings from the STEP-BD. Am J Psychiatry. 2009 Feb;166(2):173-81.

36- HARDY P., GORWOOD P.

Poids des événements de vie dans l'évolution des dépressions.

L'encéphale, 1993, XIX, p 418-419

37- JASPERS K.

Psychopathologie générale, 1913 (1ere édition), 1919, 1923.

Traduction française 3ème ed , 632p, par Alfred kastler,j.mendousse ,
1933, felix alcan, livre

38- JUDD LL, AKISKAL HS, SCHTTLER PJ ET AL.

A prospective investigation of the natural history of the long-term weekly symptomatic status of bipolar II disorder.

Arch Gen Psychiatry 2003a; 60: 261–269

- 39- KARFO K., SANOU A., YAGO A., OUANGO J.G., OUEDRAOGO A.**

«Aspects épidémiologiques et cliniques de la dépression chez la femme au CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou, Burkina Faso».
Perspectives Psy, Vol. 48, n°4, octobre-décembre 2009, p. 342-347

- 40- KESSLER RC, BERGLUND P, DEMLER O ET AL.**

The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity survey Replication
(NCS-R). JAMA. 2003 Jun 18; 289(23):3095-105

- 41- KOUNDOUL A.**

Epidémiologie de la dépression chez la sénégalaise : approche descriptive et analytique,
Mémoire de passage, spécialisées en psychiatrie, Dakar, 2007, 31p

- 42- LALONDE, GRUNBERG ET AL.**

Psychiatrie clinique : approche bio -psycho- sociale.
Gaétan Morin, Québec 1988, 399-403.

- 43- LEMPRIERE Th., FELINE A., ADES J., HARDY P., ROUILLON F.**

Psychiatrie de l'adulte,
Masson, Paris 2006, 545p

- 44- LEVY-SOUSSAN P.**

Psychiatrie
Edition Estem, collection Medline, 2001-2002, 95-115

45- LÔO H. ; LÔO P.

La Dépression,

PUF, coll. « Que sais-je », 2001

46- LOUIZ H., BEN NASRS., SALHI J.E., GHAOUI S., BEN HADJALI B.

Délires et hallucinations dans la dépression, aspect culturel.

Encéphale, 1999,25 (Spec n°3) :22-25

47- MANUEL DIAGNOSTIQUE ET STATISTIQUE DES TROUBLES MENTAUX, DSM-IV

American Psychiatric Association

Masson, Paris, 4^e édition 1996,1056p :373-460

48- M'BOUSSOU M.

Contribution à l'étude des états dépressifs au Sénégal (A propos de 417 observations à la clinique psychiatrique du CHU de Fann Dakar.

Thèse,Méd, Dakar, 1981,n°18,137p

49- MESSINA N. ; BOULENGER J.Ph., LAVALLEE Y.J.

«Théories cognitives des troubles dépressifs» in : Les maladies dépressives,

Paris, Flammarion, 2^e édition, 2003

50- MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DE FINANCE DU SENEGAL

Agence nationale de la statistique et de la démographie, 2011

51- MOULIN, M. ; COQUEREL, A.

Pharmacologie - Guides, manuels Médicaments

Paris, Masson, 2^e édition, 2002, 845p.

52- NDIAYE B

« Aspects épidémiologiques actuels de la maladie mentale »

Mémoire de fin d'études spécialisées en psychiatrie, 1989, n°44, 51p

53- NDOYE A.N.

« Impact de la psychose maniaco-dépressive sur l'environnement familial, social et professionnel des patients : enquête auprès de 22 familles de patients maniaco-dépressifs »

Thèse Méd, Dakar, 2005, n°43, 103p

54- NDOYE A.N.

Présentation d'un cas clinique sur la dépression réactionnelle,

Mémoire de passage, spécialisées en psychiatrie, Dakar, 2004, 30p, 4

55- OLIE J.P.

Dépression et l'avenir du déprimé

Ardix Médicale, Paris, 1995, 141p, 5-14

56- OLIE J.P. ; GALLARDA T., DUAUX E

Le livre de l'interne en psychiatrie.

Flammarion, 2000, 442p, 156-162

- 57- OLIE J-P., POIRIER M.F., LOO H. Olié JP, Poirier MF, Lôo H.**
Les maladies dépressives,
Flammarion Médecine-Sciences, Paris, 1995 ,465p
- 58- OUEDRAOGO A., AL.**
Dépistage des états dépressifs du post-partum à la maternité du centre national Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou, Burkina Faso.
J.Gynecol Obstet Biol Reprod 1998 ; 27 :611-616
- 59- PALAZZOLO J.**
Dépression et anxiété: mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge (Coll. Abrégés),
Paris , Masson, 2007,108p
- 60- PARKER G, HADZI-PAVLOVICH**
Melancholia: a disorder of movement and mood: a phenomenological and neurobiological review.
Livre, Cambridge, university press, 1996, 342p
- 61- PATTEN S.B., WANG J.L., BECK C.A., MAXWELL C.J.**
Measurement issues related to the evaluation and monitoring of major depression prevalence in Canada. Chronic diseases
in anada, 2005, vol. 26, n° 4: p. 100-6.
- 62- PERLIS RH, BROWN E, BAKER RW ET AL.**
Clinical features of bipolar depression versus major depressive disorder in large multicenter trials
.Am J Psychiatry.2006 Feb;163 (2):225-31

63- ROUILLON F.

Guide pratique de psychiatrie,

Paris, éditions MIMI, Masson, 2e éd, 2005 - 157 p

64- ROUILLON F.

Les troubles dépressifs: guide pratique.

Montrouge (Hauts-de- Seine) : John Libbey Eurotext. 1997. -155 p

65- SCOTTO JC., BOUGEROL., CURA B.

Maladie maniaco-dépressive.

La Revue du Praticien, Paris, 1993, 47,7 :883-892

66- SOLOMON DA, LEON AC, MASER JD ET AL.

Distinguishing bipolar major depression from unipolar major depression with the screening assessment of depression polarity

(SAD-P).J Clin Psychiatry.2006 Mar ;67(3) :434-42

67- SPADONE C., GALLARDAT., FISHMANJ. , OLIE J.P.

Dépression et maladies maniaco-dépressives.

La revue du praticien, Paris, 1999,49,713-716

68- SYLLA A., NDIAYE M.,NDOYE A.N,GUEYE M.

« Vécu des symptômes de la psychose maniaco-dépressive par les familles de patientes sénégalaises».

Transfaire et Culture,2009,1 :67-74

- 69- THIAM M.H.,KARFO K., SYLLA A., DASSA S.K.,SY A., BA I.,FAYE P. L. ,GUEYE M.**

« Aspects cliniques et psychopathologiques de la dépression du post-partum : rapport d'une série de onze cas sénégalais »

Perspectives Psy, Vol. 47, n°2, avril-juin 2008, p. 119-125

- 70- TRIBOLET S., MAZDA SHAHIDI.**

Nouveau précis de Sémiologie des troubles psychiques

Guides professionnels de santé mentale,

Editions Heures de France, 2000,463p

- 71- WEISSMAN MM, BLAND RC, CANINO GJ ET AL.**

Cross national epidemiology of major depression and bipolar disorder.

JAMA.1996 Jul 24-31; 276(4):293- 268.

- 72- WHOOLEY MA, KIEFE CI, CHESNEY MA ET AL.**

Depressive symptoms, unemployment, and loss of income

The CARDIA Study. Arch Intern Med. 2002 Dec 9-23; 162(22):2614-20

- 73- ZARIFIAN E., LOO H.**

«Théorie biochimique de la dépression et tests biologiques»

In la maladie dépressive-CIBA, livre 1983 ,410p

- 74- ZIGUELE M.**

« Rôle de la femme africaine dans le développement économique et social : le cas centrafricain », Femmes Vivantes, Article, 2012

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

I- DONNEES DU DOSSIER

N° du dossier :

II- ETAT CIVIL

Nom :

Prénom(s) :

Âge :

Sexe :

Situation matrimoniale :

Adresse :

Date de consultation:

III- ANTECEDENTS

Personnels somatiques et psychiatriques :

Evénements de vie

Familiaux : somatiques et psychiatriques :

IV- DIAGNOSTIC

V-SYMPTOMES:

VI-CONDUITE A TENIR

- Hospitalisation :
- Suivi ambulatoire :

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

**ASPECTS CLINIQUES ET EPIDEMIOLOGIQUES DE LA DEPRESSION AU CENTRE
HOSPITALIER NATIONAL PSYCHIATRIQUE DE THIAROYE**

A PROPOS DE 207 CAS

RESUME

La dépression est un état pathologique de souffrance psychique et de culpabilité consciente, accompagné d'un abaissement marqué de l'estime de soi, de troubles psychomoteurs ainsi que de manifestations somatiques.

Les états dépressifs constituent un handicap social important et se situent au troisième rang des maladies invalidantes. Selon les prévisions de l'O.M.S, la dépression deviendra en 2020, la 2^e cause d'invalidité dans le monde après les maladies cardio-vasculaires.

Une étude descriptive transversale à caractère rétrospectif menée au C.H.N.P de Thiaroye du 01 janvier au 31 décembre 2011 nous a permis de ressortir les aspects suivants :

Au courant de l'année 2011, la dépression a occupé le 4^e rang des consultations. La population d'étude avait un âge moyen de 42 ans avec des extrêmes de 17 ans et de 72 ans. Les tranches d'âges les plus touchées par la dépression se situent entre 25ans et 60ans avec un pic entre 45ans et 55ans. La prédominance féminine a été nette. Les déprimés mariés ont été les plus nombreux, suivis des déprimés célibataires et des déprimées veuves. La majorité des patients suivait le traitement en ambulatoire.

L'étude a trouvé une fréquence très élevée de l'insomnie, suivie des plaintes somatiques, des troubles alimentaires et de la tristesse.

Le ralentissement psychomoteur qui est classiquement décrit comme étant le noyau du syndrome dépressif est retrouvé à une proportion faible. Les plaintes somatiques ont constitué le deuxième symptôme le plus fréquent. La tristesse de l'humeur a également été fréquente.

La fréquence des idées suicidaires est élevée comparativement à celle des tentatives de suicide.

L'anxiété, l'agitation, les hallucinations et les cénesthopathies sont faiblement retrouvées.

L'anhédonie et la clinophilie ont été rares dans notre série d'étude. 11, 59% des patients ont eu des antécédents personnels psychiatriques.

Mots- clés : Dépression - Aspects épidémiologiques - Aspects cliniques

Adresse email: bague2006@yahoo.fr