

# Critères de guérison d'un épisode dépressif majeur

C. DEMILY <sup>(1)</sup>, F. THIBAUT <sup>(2)</sup>

## INTRODUCTION

La dépression demeure un problème majeur de santé publique, notamment en terme de comorbidité associée, classé au quatrième rang des fléaux de l'humanité par l'OMS. Sa prévalence est élevée et pourrait atteindre, selon Kessler *et al.* en 1994 (21), 16-17 % de la population générale. L'incidence de la maladie est également élevée et des travaux récents la situent autour de 3 % par an (28). Cependant, des différences ont été documentées selon les ethnies. Par exemple, dans la population américaine, les sujets immigrants d'origine latine seraient moins à risque de dépression, ce qui ne semble pas être le cas pour les individus de la seconde génération [US Department for Health and Human Services, 2001 (39)]. La dépression est une pathologie qui a trop longtemps été considérée à tort comme « aiguë et réversible », or il s'avère que son potentiel évolutif est proche de celui des affections chroniques (comme le diabète ou l'hypertension artérielle, par exemple) (16). Malgré tout, seul un faible nombre de patients présentent un épisode dépressif caractérisé, identifié et traité comme tel (26).

L'évolution au long cours de la dépression a peu changé depuis 20 ans : 20 % des épisodes dépressifs sont d'évolution chronique et la fréquence des récurrences est majeure (de 15 à 25 % à 1 an, supérieure à 50 % à 2 ans, et de 50 à 85 % sur la vie entière) (19, 32).

La définition classique de la guérison est « l'action de faire disparaître la maladie », mais en ce qui concerne la dépression, la plupart des auteurs préfèrent parler de rémission ou de réponse au traitement.

Une des principales limites de la clinique psychiatrique réside dans l'absence de marqueurs objectifs caractérisant les pathologies. Le problème se pose donc concernant l'épisode dépressif : quand peut-on parler de guérison ?

En pratique, le recours à des marqueurs subjectifs est une alternative : l'avis et l'attitude du patient sont alors déterminants : sentiment de bien-être, reprise de la vie sociale... Toutefois, l'absence de marqueurs clairs et reproductibles pose toujours problème lorsqu'il s'agit de catégoriser les patients en sujets sains ou déprimés.

En 1991 (11), Frank a proposé de conceptualiser les stades d'évolution, selon des critères opérationnels qui sont désormais largement admis, en particulier par l'ANAES. Ces critères, communément utilisés en pratique, consistent en l'évaluation de la sévérité et de la durée des troubles dépressifs selon trois échelles utilisées en routine par les cliniciens : l'inventaire de Beck (3) (21 items), l'échelle d'Hamilton-Dépression (15) (17 items) et la SADS (*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia*). Cependant, la variabilité des scores obtenus en fonction de l'outil d'évaluation utilisé, révèle un manque de critères de validité. Il pourrait ainsi s'agir de la principale limite de l'utilisation des critères de Frank.

## DÉFINITIONS

L'épisode dépressif est la période au cours de laquelle un patient présente de façon constante un ensemble suffisant de symptômes pour remplir les critères de dépression des systèmes diagnostiques catégoriels comme la Research Diagnostic Criteria (RDC) (35), la Classification Internationale des Maladies (CIM) (7) ou le DSM (1), avec un nombre suffisant de symptômes pendant une durée minimale, fixée généralement à 4 semaines.

Le diagnostic d'état dépressif selon ces critères conduit, en pratique clinique, à mettre en place un traitement antidépresseur, et sur le plan de la recherche, permet d'inclure le patient dans un protocole d'étude.

(1) Unité de Psychiatrie, CHU Ch. Nicolle et CH du Rouvray, Inserm U614, UFR de Médecine et de Pharmacie, Rouen.

(2) Unité de Psychiatrie, CHU Ch. Nicolle, 1, rue de Germont, 76031 Rouen.

Retranscription Ch. Spadone.

La rémission partielle est la période, spontanée ou sous l'effet d'un traitement, durant laquelle est observée une amélioration des symptômes dépressifs d'un niveau suffisant pour que ceux-ci ne répondent plus aux critères diagnostiques d'un état dépressif majeur (c'est-à-dire état dépressif caractérisé). Cependant, cette amélioration clinique reste partielle et il peut persister des symptômes résiduels.

Les symptômes résiduels ont souvent un impact morbide majeur en terme de réadaptation sociale des patients. Ils persistent chez 30 % des sujets déprimés traités et sont de mauvais pronostic : ils augmentent le risque de récurrence, qui serait ainsi multiplié par 3 pour les patients dont le score HDRS est supérieur ou égal à 8, et ils majorent le risque suicidaire (18). Parmi les facteurs de risque de persistance de symptômes résiduels, les conduites addictives, les comorbidités somatiques, un faible étayage social et la présence de troubles anxieux occupent une place centrale (5). Une étude a mis en évidence que 76 % des patients présentant des symptômes résiduels rechutaient contre 25 % des sujets asymptomatiques après guérison (29).

La rémission complète est une période relativement brève durant laquelle est observée une amélioration d'un degré suffisant pour que l'individu soit asymptomatique (au maximum 2 symptômes dépressifs selon le DSM IV, et une intensité légère : HAM-D  $\leq$  7, CGI = 1, MADRS  $\leq$  10), mais d'une durée insuffisante pour parler de guérison. La durée minimale durant laquelle une rémission est objectivée est variable selon les classifications : les critères RDC imposent une durée minimale de 2 semaines tout comme ceux de l'échelle Hamilton, ceux de Beck requièrent une durée de 3 semaines. Cependant, le fait que des sujets présentant des symptômes à minima puissent être en phase de rémission reste ambigu. En effet, il pourrait s'avérer utile (notamment dans les protocoles de recherche) de distinguer les sujets en rémission totalement asymptomatiques, des sujets présentant quelques symptômes résiduels (18). Cependant, dans la plupart des études, cette distinction n'est pas proposée. Judd *et al.* (17) insistent sur l'importance des symptômes résiduels, soulignant le risque de comorbidités associées à ceux-ci.

La guérison complète correspond aux mêmes critères d'amélioration symptomatique que la rémission complète, mais sur une durée plus importante (plus de 2 mois pour les RDC, plus de 4 mois pour les critères de l'échelle de Beck, et plus de 6 mois pour ceux de l'échelle d'Hamilton). En pratique s'il y a disparition des symptômes avant 6 mois, on considère qu'il s'agit d'une rémission, après 6 mois, d'une guérison.

La rechute (*relapse*) correspond à la réapparition des symptômes qui remplissent l'ensemble des critères d'un épisode dépressif majeur, au cours de la période de rémission mais *avant* la guérison (délai < 6 mois pour Klerman). Une période asymptomatique de quatre semaines réduirait significativement le risque de rechute.

La récurrence (*recurrence*) correspond à l'apparition d'un nouvel épisode *après* la guérison (c'est-à-dire au moins 6 mois après la rémission complète ; mais certains systèmes critériologiques exigent jusqu'à deux ans de rémission avant de parler de guérison et donc de récurrence). Les notions de rechute et de récurrence impliquent donc à la fois un critère de durée et un critère de sévérité (généralement un score à l'HAM-D supérieur à 17). Cependant les facteurs de risque épidémiologiques à la rechute ou à la récurrence (en terme de sexe, âge et niveau socio-économique) demeurent mal connus et controversés. Le risque de rechute augmenterait avec le nombre d'épisodes : il serait de 50 % après un premier accès et de 70 à 80 % après deux ou trois accès dépressifs (34). Les études menées chez les adolescents indiquent un taux de récurrence également important qui oscillerait entre 46 % (4) et 63 %.

La chronicité est la persistance des critères diagnostiques d'épisode dépressif majeur pendant au moins 2 ans. D'autres types de troubles dépressifs chroniques ont été décrits, comme l'existence de récurrences qui s'ajoutent à la présence de symptômes résiduels entre les épisodes pendant au moins 2 ans ou encore l'association d'un trouble dépressif majeur et d'un trouble dysthymique pendant la même durée. Cette évolution chronique concernerait 12 à 35 % des dépressions. Afin de tenir compte de ces données, Kupfer et Frank en 2001 ont proposé d'inclure les notions de rémission incomplète et de chronicité dans les critères symptomatiques de la dépression (24).

De plus, un handicap fonctionnel pourrait persister chez un patient, malgré un score aux échelles de dépression infra-symptomatique (34). Récemment, Kennedy *et al.* (20) ont étudié une population de 70 sujets présentant un syndrome dépressif sévère et récurrent : 17 % d'entre eux présentaient un syndrome dépressif chronique après 2 années de suivi.

## CRITÈRES DE GUÉRISON

Différents critères d'évaluation peuvent être utilisés : la RDC, l'échelle d'Hamilton-Dépression ou encore l'échelle de Beck. Chacun de ces outils définit un niveau de gravité au-dessus duquel le patient est considéré comme malade et une durée pour parler de rémission complète ou de guérison (*tableau I*). Là encore, le manque de validité inter-outils des scores obtenus pose problème.

Le critère de réponse le plus fréquemment utilisé est un pourcentage de réduction du score d'évaluation de la symptomatologie dépressive à une échelle quantitative avant et après traitement : une réduction d'au moins 50 % signe une rémission complète, une réduction comprise entre 25 % et 50 % signe une rémission partielle (8).

Un autre critère utilisé est la définition d'un seuil maximal du score final à une échelle de dépression (par exem-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9379500>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9379500>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)