

Sous la direction de
Frank Bellivier
Emmanuel Haffen

Collection PSYCHIATRIE dirigée par le Professeur **Jean-Pierre OLIÉ**

ACTUALITÉS SUR LES MALADIES DÉPRESSIVES

 *Lavoisier*
Médecine
SCIENCES

ACTUALITÉS
SUR LES MALADIES
DÉPRESSIVES

Dans la même collection

Psychiatrie de liaison, par C. LEMOGNE, P. COLE, S. CONSOLI et F. LIMOSIN
Troubles psychiques et comportementaux de l'adolescent, par Ph. DUVERGER
Imagerie cérébrale et psychiatrie, par Ph. FOSSATI
Les troubles anxieux, par J.-Ph. BOULENGER ET J.-P. LÉPINE
Les troubles bipolaires, par M.-L. BOURGEOIS, C. GAY, C. HENRY et M. MASSON
Les personnalités pathologiques, par J.-D. GUELFY et P. HARDY
Les thymorégulateurs, par H. VERDOUX
Les antipsychotiques, par P. THOMAS
Les antidépresseurs, par E. CORRUBLE
L'autisme : de l'enfance à l'âge adulte, par C. BARTHÉLÉMY et F. BONNET-BRILHAULT
Psychiatrie de l'enfant, par A. DANION-GRILLIAT et C. BURSZTEJN
Pathologies schizophréniques, par J. DALERY, Th. D'AMATO et M. SAOUD
Les états dépressifs, par M. GOUEMAND
Suicides et tentatives de suicide, par Ph. COURTET
Psychiatrie de la personne âgée, par J.-P. CLÉMENT

Dans la collection « Psychiatrie en pratique »

Les phobies scolaires aujourd'hui, par J.-Ph. RAYNAUD et N. CATHELINE

Dans d'autres collections

Traité européen de psychiatrie et de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, par P. FERRARI et O. BONNOT
Traité de psychiatrie, par M.G. GELDER
Livre de l'interne en psychiatrie, par J.-P. OLIÉ, Th. GALLARDA et E. DUAUX
Cas clinique en psychiatrie, par H. LOÖ et J.-P. OLIÉ
Psychopharmacologie essentielle, par S.M. STAHL
Psychopharmacologie essentielle : le guide du prescripteur, par S.M. STAHL
Traité d'addictologie, par M. REYNAUD
Addiction au cannabis, par M. REYNAUD et A. BENYAMINA
Addiction à la cocaïne, par L. KARILA et M. REYNAUD
Guide pratique de thérapie cognitive et comportementale dans les troubles liés à l'usage de cocaïne ou de drogues stimulantes, par L. KARILA et M. REYNAUD
Thérapies cognitives et comportementales et addictions, par H. RAHOUY et M. REYNAUD
Psychologie, par D. MYERS

Principes de médecine interne Harrison, par D.L. LONGO, A.S. FAUCI, D.L. KASPER, S.L. HAUSER, J.L. JAMESON ET J. LOSCALZO
La petite encyclopédie médicale Hamburger, par M. LEPORRIER
Dictionnaire français-anglais/anglais-français des termes médicaux et biologiques et des médicaments, par G.S. HILL
L'anglais médical : *spoken and written medical english*, par C. COUDÉ et X.-F. COUDÉ

Pour plus d'informations sur nos publications :



newsletters.lavoisier.fr/9782257207333

Collection Psychiatrie dirigée par le Professeur Jean-Pierre Olié
Professeur de Psychiatrie à l'université Paris-Descartes,
Chef de service à l'hôpital Saint-Anne, Paris

Frank BELLIVIER Emmanuel HAFFEN

ACTUALITÉS SUR LES MALADIES DÉPRESSIVES

 *Lavoisier*
Médecine
SCIENCES

editions.lavoisier.fr

Direction éditoriale : Jean-Marc Bocabeille

Édition : Béatrice Brottier

Composition : Nord Compo (Villeuve-d'Ascq)

ISBN : 978-2-257-20733-3

© 2019, Lavoisier, Paris

LISTE DES COLLABORATEURS

.....

- ACHAB Sophia, Médecin adjoint agrégé, Privat docent, service d'Addictologie, hôpitaux universitaires de Genève.
- AOUIZERATE Bruno, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, centre expert régional des Pathologies anxieuses et de la Dépression (CERPAD), centre hospitalier Charles-Perrens, Bordeaux.
- AUBRY Jean-Michel, Professeur, département de Santé mentale et de Psychiatrie, hôpitaux universitaires de Genève.
- AUQUIER Pascal, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, laboratoire de santé publique (EA 3279), CHU, Marseille.
- AZUAR Julien, Praticien contractuel, département de Psychiatrie et de Médecine addictologique, hôpital Fernand-Widal, Paris.
- BATAIL Jean-Marie, Praticien hospitalier, pôle hospitalo-universitaire de Psychiatrie adulte, centre hospitalier Guillaume-Régnier, Rennes.
- BELLIVIER Frank, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, service de Psychiatrie et de Médecine addictologique, hôpital Fernand-Widal, Paris.
- BENNABI Djamila, Maître de conférences des Universités, Praticien hospitalier, service de Psychiatrie de l'adulte, CHRU, Besançon.
- BENSEFA-COLAS Lynda, Praticien hospitalier, consultation de Pathologies professionnelles et environnementales, Hôtel-Dieu, Paris.
- BERTSCHY Gilles, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, service de Psychiatrie II, hôpitaux universitaires de Strasbourg.
- BESSON Marie, Médecin adjoint agrégé, service de Pharmacologie et Toxicologie cliniques, hôpitaux universitaires de Genève.
- BONDOLFI Guido, Professeur, Médecin-chef de service, service de Psychiatrie de liaison et d'Intervention de crise, hôpitaux universitaires de Genève.
- BOTTAI Thierry, Psychiatre hospitalier, pôle de Psychiatrie générale (secteurs 13G23, 13G24 et 13G25), centre hospitalier de Martigues.
- BOULANGER Hortense, Psychiatre, service de Psychiatrie adulte, secteur 3, hôpital Sainte-Anne, Paris.
- BOYER Laurent, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, service d'Information médicale, CHU, Marseille.
- BRIFFAULT Xavier, Sociologue, Chargé de recherche CNRS, CERMES3-CNRS.
- CACI Hervé, Praticien hospitalier, service de Pédiatrie, hôpitaux pédiatrique de Nice CHU-Lenval.
- CAMUS Vincent, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, Clinique psychiatrique universitaire, CHRU, Tours.
- CAVARD Hélène, Praticien hospitalier, service de Psychiatrie des urgences, hôpital Édouard-Herriot, Lyon.
- CHARPEAUD Thomas, Psychiatre, clinique du Grand Pré, Durtol.
- CLAIR Anne-Hélène, Psychologue, unité Inserm U1127, CNRS UMR 72255, Sorbonne Universités (UMPC) ; laboratoire UMRS 1127, Institut du cerveau et de la moelle épinière, Paris.
- CORRUBLE Emmanuelle, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, service hospitalo-universitaire de Psychiatrie, hôpital Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre.
- COURTET Philippe, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, département d'Urgence et Post-urgence psychiatrique, CHU, Montpellier.
- DANTCHEV Nicolas, Praticien hospitalier, service de Psychiatrie, Hôtel-Dieu, Paris.
- DARMON Jacques, Praticien hospitalier attaché, consultation de Pathologies professionnelles et environnementales, Hôtel-Dieu, Paris.

- DELHAYE Didier, Chef de clinique-Assistant, centre expert régional des Pathologies anxieuses et de la Dépression (CERPAD), centre hospitalier Charles-Perrens, Bordeaux.
- DEMMOU Amel, Praticien hospitalier, service de Psychiatrie adulte, secteur 3, hôpital Sainte-Anne ; centre de crise adulte Garancière, Paris.
- DEREUX Alexandra, Praticien hospitalier, service de Psychiatrie et Médecine addictologique, hôpital Fernand-Widal, Paris.
- DERGUY Cyrielle, Psychologue, centre de ressource Autisme, Bordeaux.
- DESMIDT Thomas, Praticien hospitalier, Clinique psychiatrique universitaire, CHRU, Tours.
- DOUMY Olivier, Praticien hospitalier, centre expert régional des Pathologies anxieuses et de la Dépression (CERPAD), centre hospitalier Charles-Perrens, Bordeaux.
- DRAPIER Dominique, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, pôle hospitalo-universitaire de Psychiatrie Adulte, centre hospitalier Guillaume-Régnier, Rennes.
- DUCROCQ François, Praticien hospitalier, service des Urgences psychiatriques, CHRU, Lille.
- EL-HAGE Wissam, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, Clinique psychiatrique universitaire, CHRU, Tours.
- ETAÏN Bruno, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, département de Psychiatrie et de Médecine addictologique, hôpital Lariboisière, Paris.
- FAGET-AGIUS Catherine, Praticien hospitalier, service hospitalo-universitaire de Psychiatrie et d'Addictologie, CHU, Marseille.
- FLORES ALVES DOS SANTOS João, Médecin associé, service de Psychiatrie de liaison et Intervention de crise, hôpitaux universitaires de Genève ; Médecin adjoint, centre d'Urgences psychiatriques et Psychiatrie de liaison, centre Neuchâtelois de Psychiatrie.
- FOND Guillaume, Praticien hospitalier, service d'Information médicale, hôpital La Conception, Marseille.
- FOSSATI Philippe, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, service de Psychiatrie adultes, hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris.
- GABRIEL Damien, Ingénieur de recherche clinique, centre d'Investigation clinique, CHRU, Besançon.
- GAILLARD Raphaël, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, pôle hospitalo-universitaire de Psychiatrie Paris 15, hôpital Sainte-Anne, Paris.
- GAUTHIER Claire, Praticien hospitalier, service hospitalo-universitaire de Santé mentale et de Thérapeutique, hôpital Sainte-Anne, Paris.
- GAUTHIER Élisée, Psychologue, clinique des Maladies mentales et de l'Encéphale, hôpital Sainte-Anne, Paris.
- GEOFFROY Pierre A., Chef de clinique des Universités-Assistant des Hôpitaux, service de Psychiatrie adulte, hôpital Fernand Widai-Lariboisière, Paris.
- GIUSTINIANI Julie, Chef de clinique des Universités-Assistant des Hôpitaux, service de Psychiatrie de l'adulte, CHRU, Besançon.
- GODIN Ophélie, Post-Doctorante, institut Pierre-Louis d'Épidémiologie et de Santé publique, UMR S1136, hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris.
- GORWOOD Philip, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, clinique des Maladies mentales et de l'Encéphale, hôpital Sainte-Anne, Paris.
- GOUDEMAND Michel, Professeur des Universités, Psychiatre, maison médicale des Prés, Villeneuve-d'Ascq.
- GOURION David, Psychiatre, Paris.
- GRANGER Bernard, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, service de Psychiatrie adulte, hôpital Cochin, Paris.
- GUILLAUME Sébastien, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, département d'Urgence et Post-urgence, CHU, Montpellier.
- HAESEBAERT Frédéric, Praticien hospitalier, service universitaire des Pathologies psychiatriques résistantes, centre hospitalier Le Vinatier, Bron.
- HAFFEN Emmanuel, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, service de Psychiatrie de l'adulte, CHRU, Besançon.

- HAMDANI Nora, Praticien hospitalier, pôle de Psychiatrie et d'Addictologie, hôpital Henri-Mondor, Créteil.
- HAUSTGEN Thierry, Praticien hospitalier, secteur 93G10, centre médico-psychologique, Montreuil.
- HONCIUC Roxana-Mihaela, Praticien hospitalier contractuel, centre médicopsychologique B, CHU, Clermont-Ferrand.
- JACQUESY Laurent, ancien Praticien hospitalier, enseignant pour le Cercle d'étude appliquée à la Thérapie interpersonnelle (CREATIP).
- KOCHMAN Frédéric, Pédiopsychiatre, Psychothérapeute, unité infanto-juvénile, clinique Lautréamont, Loos-Lez-Lille.
- KREBS Marie-Odile, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, service hospitalo-universitaire de Santé mentale et de Thérapeutique, hôpital Sainte-Anne, Paris.
- LANÇON Christophe, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, service de Psychiatrie, CHU, Marseille.
- LEBOYER Marion, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, pôle de Psychiatrie, hôpital Henri-Mondor, Créteil.
- LECARDEUR Laurent, Psychologue, équipe mobile de Soins intensifs, centre Esquirol, CHU, Caen.
- LEMOGNE Cédric, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, service de Psychiatrie de l'adulte et du sujet âgé, hôpital européen Georges-Pompidou, Paris.
- LLORCA Pierre-Michel, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, centre médicopsychologique B, CHU, Clermont-Ferrand.
- LLORET-LINARES Célia, Docteur, service de Pharmacologie et Toxicologie cliniques, hôpitaux universitaires de Genève.
- M'BAILARA Katia, Psychologue, laboratoire de Psychologie EA 4139, université de Bordeaux.
- MALLET Luc, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, pôle de Psychiatrie, hôpitaux Henri Mondor-Albert Chenevier, Créteil.
- MARLINGE Émeline, Praticien hospitalier contractuel, centre expert du Trouble bipolaire, hôpital Lariboisière-Fernand Widal, Paris.
- MASSE-SIBILLE Caroline, Praticien hospitalier, service de Psychiatrie de l'adulte, CHRU, Besançon.
- MASSON Marc, Psychiatre, clinique du château de Garches-Nightingale Hospitals Paris.
- MAURAS Thomas, Praticien hospitalier, service de Psychiatrie adulte, secteur 3, hôpital Sainte-Anne, Paris.
- MIRABEL-SARRON Christine, Praticien hospitalier, clinique des Maladies mentales et de l'Encéphale, hôpital Sainte-Anne, Paris.
- MOIRAND Rémi, Praticien hospitalier, pôle de Psychiatrie adulte, centre hospitalier Le Vinatier, Bron.
- MOLIERE Fanny, Praticien hospitalier, département Urgence et Post-urgence psychiatriques, CHU, Montpellier.
- MOROY Anne, Praticien hospitalier attaché, consultation de Pathologies professionnelles et environnementales, Hôtel-Dieu, Paris.
- NAUCZYCIEL Cecilia, Praticien hospitalier, pôle hospitalo-universitaire de Psychiatrie adulte, centre hospitalier Guillaume-Régner, Rennes.
- NEZELOF Sylvie, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, service de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CHRU, Besançon.
- NICOLIER Magali, Ingénieur de recherche, service de Psychiatrie de l'adulte, CHRU, Besançon.
- NIETO Isabel, Praticien hospitalier, service de Psychiatrie adulte, hôpital Fernand-Widal, Paris.
- PAQUIN Nicolas, Psychiatre, Praticien hospitalier, service de Psychiatrie, centre hospitalier Princesse Grace, Principauté de Monaco.
- PELISSOLO Antoine, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, service de Psychiatrie sectorisée, hôpital Henri-Mondor, Créteil.
- POULET Emmanuel, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, service de Psychiatrie des urgences, hôpital Édouard-Herriot, Lyon.
- PROVENCHER Martin, Professeur agrégé, école de Psychologie ; université de Laval (Québec).
- PULL Charles, Professeur des Universités, Psychiatre, centre hospitalier de Luxembourg, Luxembourg.

- RICHARD-LEPOURIEL Hélène, Docteur, Médecin adjoint responsable d'unité, département de Santé mentale et de Psychiatrie, hôpitaux universitaires de Genève.
- RICHIERI Raphaëlle, Praticien hospitalier, service hospitalo-universitaire de Psychiatrie et d'Addictologie, CHU, Marseille.
- ROBERT Gabriel, Maître de conférences des Universités, Praticien hospitalier, service hospitalo-universitaire de Psychiatrie de la personne âgée, centre hospitalier Guillaume-Régnier, Rennes.
- SEGUIN Perrine, Psychologue, département de Psychiatrie et de Médecine addictologique, hôpital Fernand-Widal, Paris.
- SOUBRIER Philippe, Médecin généraliste, Paris.
- SZEKELY David, Psychiatre, service de Psychiatrie, centre hospitalier Princesse Grace, Principauté de Monaco.
- THIEBAUT Sylvain, Chef de clinique, département d'Urgence et Post-urgence psychiatrique, CHU, Montpellier.
- THORENS Gabriel, Médecin adjoint agrégé, service d'Addictologie, hôpitaux universitaires de Genève.
- TOURNIER Marie, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, pôle universitaire de Psychiatrie de l'adulte, UNIVA, centre hospitalier Charles-Perrens, Bordeaux.
- VAIVA Guillaume, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, service de Psychiatrie, Médecine légale et Médecine en milieu pénitentiaire, CHRU, Lille.
- VANDEL Pierre, Professeur des universités, Praticien hospitalier, service de Psychiatrie de l'adulte, CHRU, Besançon.
- VILLAIN Lucile, Psychiatre, département d'Urgence et Post-urgence psychiatrique, CHU, Montpellier.
- VORSPAN Florence, Maître de conférences des Universités, Praticien hospitalier, service de Psychiatrie et Médecine addictologique, hôpital Fernand-Widal, Paris.
- WAREMBOURG Frédérique, Praticien hospitalier, pôle de l'Urgence, CHRU, Lille.
- WOOLEY Stéphanie, Administrateur de Santé mentale Europe ; ancienne Présidente et Administrateur de l'association France-Dépression.
- YEIM Sunthavy, Chef de clinique des Universités-Assistant des Hôpitaux, service de Psychiatrie adulte, hôpital Fernand Widal-Lariboisière, Paris.
- ZULLINO Daniele, Professeur, service d'Addictologie, hôpitaux universitaires de Genève.

SOMMAIRE

ÉVOLUTION DES IDÉES

Chapitre 1. Les états dépressifs : une perspective historique de la mélancolie à l'épisode dépressif caractérisé , par Thierry Haustgen et Marc Masson	3
L'entrée du mot « dépression » dans la médecine mentale.....	3
La mélancolie, de l'Antiquité à l'époque moderne.....	3
Les états dépressifs dans la psychiatrie du XIX ^e au XX ^e siècle	4
La prise de position du DSM-III : l'unicité du concept d'épisode dépressif.....	13
Conclusion : quel avenir pour l'épisode dépressif au XXI ^e siècle ?	13
Chapitre 2. Épidémiologie , par Marie Tournier.....	17
Prévalence.....	17
Incidence	18
Étiologie et facteurs de risque.....	19
Évolution de la dépression	21
Conséquences de la dépression	22
Chapitre 3. Les métamorphoses contemporaines du canard-lapin dépressif. Nouvelles figures de la dépression , par Xavier Briffault	26
Le problème dépressif est-il au moins à moitié résolu ?.....	27
Le problème dépressif a-t-il été négligé ?	27
Manque-t-on d'outils thérapeutiques ?.....	28
Les multiples traitements disponibles sont-ils efficaces ?	28
Les mécanismes de la dépression sont-ils bien compris ?	30
Le problème dépressif ne serait-il pas mal posé ?.....	34
Quelles nouvelles solutions au problème dépressif ?	42
Chapitre 4. Dépression et maladie professionnelle , par Anne Moroy, Jacques Darmon, Lynda Benssefa-Colas et Nicolas Dantchev.....	55
Risques psychosociaux	55
<i>Burn-out</i>	60
Accident du travail et reconnaissance en maladie professionnelle des pathologies d'origine psychique.....	63
Harcèlement moral.....	65

ASPECTS SÉMIOLOGIQUES ET FORMES CLINIQUES

Chapitre 5. Diagnostic des épisodes, diagnostic des troubles , par Wissam El-Hage	73
Diagnostic de l'épisode.....	73
Diagnostic des troubles dépressifs	77
Chapitre 6. Sémiologie psychomotrice , par Djamila Bennabi, Caroline Masse-Sibille, Pierre Vandel et Emmanuel Haffen	81
Analyse sémiologique	81
Outils d'évaluation clinique	82
Place des symptômes moteurs dans la dépression.....	84
Neurobiologie	84
Valeur pronostique	85
Chapitre 7. Sémiologie cognitive , par Philippe Fossati.....	88
Perception sociale et dépression caractérisée	89
Troubles de l'affiliation et de l'attachement dans la dépression	91
Interaction sociale et communication du sujet déprimé.....	93
Chapitre 8. Sémiologie en fonction de la sévérité , par Fanny Molière.....	97
Dépression mélancolique	97
Dépression psychotique.....	100
Chapitre 9. La dépression à travers les âges , par Sylvie Nezelof et Pierre Vandel.....	105
Évaluation	105
Dépression de l'enfant et l'adolescent	106
Dépression du sujet âgé.....	110
Chapitre 10. Dépression unipolaire, dépression bipolaire et états mixtes , par Émeline Marlinge.....	115
Classifications	115
Clinique	116
Biomarqueurs.....	119
Chapitre 11. Dépression caractérisée ou symptômes affectifs précoces ? Des liens entre dépression et maladie d'Alzheimer , par Thomas Desmidt, Gabriel Robert et Vincent Camus.....	123
De la notion de « pseudo-démence » aux nouveaux critères diagnostiques de maladie d'Alzheimer	123
La dépression comme prodrome de la maladie d'Alzheimer	125
La dépression comme facteur de risque de maladie d'Alzheimer.....	126

ÉVALUATION

Chapitre 12. Critères diagnostiques qualitatifs d'un épisode dépressif , par Charles Pull.....	133
Critères symptomatiques d'un épisode dépressif (caractérisé)	133
Critères d'inclusion et d'exclusion non symptomatiques	135

Critères de sévérité d'un épisode dépressif caractérisé	136
Spécifications d'un épisode dépressif caractérisé	137
Chapitre 13. Psychopathologie quantitative et psychométrie de la dépression, par Katia M'bailara et Cyrielle Derguy.....	141
Comprendre la notion d'évaluation	141
Approche catégorielle : évaluer la présence d'un syndrome dépressif	143
Approche dimensionnelle : évaluer la sévérité de la dépression	143
Vers une approche processuelle ou transnosographique	149
Échelle pour des contextes spécifiques : post-partum, <i>burn-out</i> et épilepsie.....	150
Chapitre 14. Épidémiologie et impact médico-économique des troubles dépressifs majeurs en France , par Guillaume Fond, Christophe Lançon, Pascal Auquier et Laurent Boyer.....	154
Situation du problème	154
Méthodologie.....	155
Résultats	155
Discussion	157
COMORBIDITÉS	
Chapitre 15. Dépression et conduites suicidaires , par Lucile Villain et Philippe Courtet.....	163
Quelques définitions	163
Épidémiologie	163
Facteurs de risque liés à la dépression.....	164
Facteurs de vulnérabilité individuelle et de stress	165
Facteurs de protection.....	165
Physiopathologie du suicide	166
Prise en charge.....	166
Chapitre 16. Dépressions et troubles de la personnalité , par Emmanuelle Corruble et Bernard Granger.....	172
Données épidémiologiques	172
Dépressions majeures unipolaires.....	172
Dysthymies	173
Troubles bipolaires	174
Aspects diagnostiques	174
Aspects thérapeutiques et pronostiques	176
Chapitre 17. Dépression et troubles anxieux , par Antoine Pelissolo et Nora Hamdani	179
Symptômes anxieux dans la dépression	179
Troubles anxieux comorbides d'une dépression	182
Discussion	184
Chapitre 18. Dépression et schizophrénie , par Pierre-Michel Llorca.....	187
Aspects cliniques	187
Difficultés d'identification clinique	188

Conscience du trouble (<i>insight</i>) et dépression.....	189
Dépression dans la schizophrénie et risque suicidaire	190
Dépression dans la schizophrénie et comorbidités addictives	190
Sujets à ultra-haut risque.....	190
Épidémiologie	190
Pronostic.....	190
Prise en charge.....	191
Chapitre 19. Dépressions et troubles des conduites alimentaires,	
par Sylvain Thiebaut et Sébatien Guillaume	194
Quelles sont les prévalences croisées entre dépressions et TCA ?.....	194
Quelles pourraient être les raisons de cette association ?.....	195
Quelles sont les conséquences cliniques de cette co-occurrence ?	196
Quelle sont les conséquences thérapeutiques de la co-occurrence dépression et TCA ?	197
Chapitre 20. Dépression et psychotraumatisme, par Frédérique Warembourg,	
François Ducrocq et Guillaume Vaiva.....	200
Dépression et névrose traumatique.....	200
Dépression et état de stress post-traumatique.....	201
Chapitre 21. Troubles dépressifs et TDAH chez l'adulte, par Hervé Caci.....	206
TDAH à l'âge adulte	206
Comorbidité TDAH et dysthymie	207
Comorbidité TDAH et épisode dépressif majeur.....	207
Diagnostiquer un cas comorbide	210
Aspects thérapeutiques	211
Chapitre 22. Dépression et troubles liés à l'usage de substances,	
par Alexandra Dereux et Florence Vorspan	216
Fréquence de l'association dépression-addictions	216
Modèles explicatifs	217
Comorbidité dépression-alcool : implications cliniques et thérapeutiques	219
Benzodiazépines, tabac et substances illicites.....	222
Chapitre 23. Dépression et addictions sans substance, par Sophia Achab, Emmanuel Haffen,	
Gabriel Thorens et Daniele Zullino	230
Jeu d'argent pathologique et dépression.....	230
Addiction aux jeux vidéo et dépression.....	232
Chapitre 24. Vulnérabilité métabolique dans la dépression,	
par Ophélia Godin	236
Syndrome métabolique et dépression	236
Diabète et dépression	237
Hypertension et dépression	238
Obésité abdominale, indice de masse corporelle et dépression.....	239
Dyslipidémie et dépression	239
Hypothèses	240

ÉVOLUTION

Chapitre 25. La rémission : le graal du thérapeute , par Thomas Maura et David Gourion	245
Définitions et concepts actuels	245
La dépression, un trouble récidivant	246
La rémission symptomatique : une première étape nécessaire mais pas suffisante.....	246
Mieux évaluer les symptômes résiduels.....	247
Le point de vue subjectif du patient.....	247
Atteindre la rémission fonctionnelle : le nouveau graal.....	249
Quels sont les liens entre rémission symptomatique et rémission fonctionnelle ?.....	250
Chapitre 26. Symptômes résiduels de la dépression , par Gilles Bertschy et Guido Bondolfi	253
Problèmes de définitions	253
Clinique des symptômes résiduels	254
Symptômes résiduels comme facteur de risque de récurrence.....	256
Traitements biologiques des symptômes résiduels	256
Traitements psychothérapeutiques des symptômes résiduels.....	257
Chapitre 27. Dépression résistante : que pouvons-nous en savoir aujourd'hui ? , par Didier Delhay, Olivier Doumy et Bruno Aouizerate.....	262
Dépression résistante : définition et épidémiologie clinique	262
Dépression résistante : déterminants anatomiques, biologiques et génétiques	265
Chapitre 28. Dépression chronique , par Rémi Moirand et Frédéric Haesebaert	275
Définitions et nosographie.....	275
Épidémiologie et facteurs de risque.....	278
Comorbidités	279
Aspects neurobiologiques	280
Prise en charge thérapeutique.....	280
Chapitre 29. Staging de la dépression , par Isabel Nieto	284
Stades évolutifs de la dépression et de son traitement	285
Modèle du <i>staging</i> clinique.....	287
<i>Staging</i> clinique appliqué à la psychiatrie.....	288
<i>Staging</i> appliqué la dépression	288

BIOMARQUEURS ÉTATS ET BIOMARQUEURS TRAITS

Chapitre 30. Bases neurales de la dépression unipolaire , par Hortense Boulanger, Amel Demmou et Thomas Maura.....	301
Aspects structuraux.....	301
Anomalies neurochimiques	303
Aspects fonctionnels.....	305
Aspect dynamique lors de l'exploration de processus cognitifs spécifiques à l'aide de l'imagerie cérébrale.....	307

Chapitre 31. Étiopathogénie des troubles de l'humeur : facteurs développementaux, environnementaux et génétiques , par Philip Gorwood.....	315
Facteurs développementaux.....	315
Facteurs environnementaux.....	318
Facteurs génétiques.....	319
Interactions gènes-environnement : la piste épigénétique.....	322
La dépression : une maladie inflammatoire comme les autres ?.....	322
Chapitre 32. Immuno-inflammation et dépressions , par Guillaume Fond et Marion Leboyer...	326
Biomarqueurs périphériques de l'inflammation dans la dépression.....	326
Inflammation : causes et conséquences.....	327
Applications thérapeutiques : les stratégies anti-inflammatoires dans la dépression.....	329
Chapitre 33. Axe hypothalamo-hypophysaire, cortisol, stress, exposition aux traumatismes dans les troubles dépressifs , par Bruno Etain	333
Cortisol et dépression	333
Tests dynamiques d'exploration de l'axe HPA	334
Cortisol et expression clinique des troubles dépressifs.....	334
Axe HPA, vulnérabilité aux rechutes et réponse thérapeutique	335
Génétique, épigénétique et expression génique de l'axe HPA.....	336
Traumatismes subis dans l'enfance, cortisol et troubles dépressifs	336
Chapitre 34. Neurobiologie de la dépression , par Claire Gauthier, Raphaël Gaillard et Marie-Odile Krebs.....	340
Hypothèse monoaminergique	340
Hypothèse neuro-inflammatoire.....	344
Atteinte de la neurogenèse	346
Implication de la voie glutamatergique.....	347
Anomalies génétiques et dépression	348
Chapitre 35. Biomarqueurs cognitifs de la dépression , par Élisée Gauthier et Laurent Lecardeur....	354
Quels troubles cognitifs sont présents lors de la dépression ?	356
Vitesse de traitement de l'information	357
Quand apparaissent les troubles cognitifs ?	358
L'intensité et le type de symptômes sont-ils liés aux troubles cognitifs ?.....	358
Les déficits persistent-ils en phase de rémission ?.....	359
Comment prendre en charge les troubles cognitifs dans la dépression ?.....	359
Chapitre 36. Biomarqueurs électrophysiologiques de la dépression , par Damien Gabriel et Julie Giustiniani	363
Biomarqueurs EEG diagnostiques de la maladie dépressive.....	364
Utilisation de l'EEG pour prédire l'efficacité de la réponse à un traitement.....	366

TRAITEMENT ET PRISE EN CHARGE

Chapitre 37. Chimiothérapies antidépressives , par Thomas Charpeaud et Pierre-Michel Llorca.	373
Molécules à action antidépressive.....	373
Pharmacologie des antidépresseurs	375
Indications des molécules antidépressives	379
Tolérance et contre-indications des médicaments antidépresseurs	382
Prescription des médicaments antidépresseurs	385
Chapitre 38. Stabilisateurs de l'humeur , par Hélène Richard-Lepouriel et Jean-Michel Aubry...	390
Comment définir un stabilisateur de l'humeur ?.....	390
Place des stabilisateurs de l'humeur dans le traitement de la maladie dépressive	390
Recommandations internationales	397
Chapitre 39. Variabilité de la réponse aux antidépresseurs , par Célia Lloret-Linares et Marie Besson.....	403
Variabilité pharmacocinétique	404
Variabilité pharmacodynamique.....	409
Perspectives	411
Chapitre 40. Électroconvulsivothérapie dans les troubles dépressifs , par Hélène Cavard et Emmanuel Poulet	413
Électroconvulsivothérapie et dépression.....	415
Chapitre 41. Intérêt de la stimulation magnétique transcrânienne dans la dépression , par Cecilia Nauczyciel, Jean-Marie Batail et Dominique Drapier.....	420
Stimulation magnétique transcrânienne.....	420
Efficacité de la stimulation magnétique transcrânienne dans la dépression.....	422
Perspective d'évolution	423
Chapitre 42. Stimulation du nerf vague et dépression , par Nicolas Paquin et David Szekely	428
Histoire	428
Principe de la technique et geste chirurgical	429
Mécanismes d'action de la stimulation du nerf vague dans la dépression	429
Données cliniques au travers des RCT et des méta-analyses	430
Limites et perspectives	431
Chapitre 43. Stimulation transcrânienne par courant continu dans le traitement de la dépression , par Djamila Bennabi, Caroline Masse-Sibille, Pierre Vandel et Emmanuel Haffen	433
Principes d'utilisation de la stimulation électrique transcrânienne dans la dépression	433
Études évaluant les effets de la tDCS dans le traitement de l'épisode dépressif majeur	434
Variabilité de la réponse à la tDCS	438

Chapitre 44. Stimulation cérébrale profonde dans le traitement de la dépression sévère et résistante,	par João Flores Alves Dos Santos, Anne-Hélène Clair et Luc Mallet ...	443
Approche thérapeutique graduelle de la dépression : des pratiques consensuelles à la recherche empirique		443
Études cliniques en ouvert de stimulation cérébrale profonde dans la dépression.....		445
Études cliniques randomisées de stimulation cérébrale profonde dans la dépression		452
L'avenir de la stimulation cérébrale profonde dans le traitement de la dépression		455
Chapitre 45. Chronothérapie dans les troubles dépressifs,	par Pierre A. Geoffroy et Sunthavy Yeim	460
Luminothérapie		460
Mélatonine		463
Privation de sommeil.....		464
Psychothérapies centrées sur les rythmes circadiens et le sommeil		466
Combinaisons de stratégies		470
Chapitre 46. Psychothérapie interpersonnelle,	par Thierry Bottai, Laurent Jacquesy et Frédéric Kochman.....	478
Historique et preuves d'efficacité		478
Bases théoriques		479
Principes et techniques		480
Les techniques utilisées sont diverses et variées		481
Méthodologie de la psychothérapie		482
Chapitre 47. Psychothérapies cognitives des états dépressifs,	par Christine Mirabel-Sarron et Martin D. Provencher	488
Historique des TCC de la dépression		489
Caractéristiques générales d'une prise en charge TCC.....		491
Indications de la TCC dans la dépression		491
Études d'évaluation		491
Recherches actuelles.....		493
Chapitre 48. Interventions fondées sur la méditation de pleine conscience et dépression,	par Guido Bondolfi et Gilles Bertschy	496
Pleine conscience : définition et applications cliniques.....		496
Bases théoriques de la TCPC		497
Description de la TCPC		498
TCPC et la médecine fondée sur les preuves.....		499
Chapitre 49. Dépression et entourage,	par Frank Bellivier et Perrine Seguin.....	503
Impacts psychologiques sur les proches		503
Interventions éducatives, psycho-éducatives et psychothérapeutiques incluant les proches.....		504
Thérapies familiales systémiques et de la communication.....		504
Chapitre 50. La dépression en médecine générale,	par Philippe Soubrier et Julien Azuar	507
Quelques chiffres		507
Repérage et diagnostic : particularités de la médecine générale		507
Particularités du traitement		508
Quand passer la main ?		509

Chapitre 51. Dépression et pathologies somatiques , par Cédric Lemogne	511
Épidémiologie	511
Aspects diagnostiques	512
Aspects psychosomatiques	520
Aspects thérapeutiques	522
Chapitre 52. Décision médicale partagée et dépression ,	
par Mihaela Honciuc, Thomas Charpeaud et Pierre-Michel Llorca	526
Dépression et observance au traitement	526
Décision médicale partagée	527
Chapitre 53. Éducation thérapeutique et troubles dépressifs , par Christophe Lançon,	
Catherine Faget et Raphaëlle Richieri	530
Qu'est-ce qu'un programme de psycho-éducation dans la dépression ?	530
Quelle efficacité des programmes de psycho-éducation dans la dépression ?	531
Place de la psycho-éducation de la dépression en soins primaires	532
Chapitre 54. Le mouvement des associations de patients au regard de la dépression ,	
par Stéphanie Wooley et Michel Goudemand	534
Un peu d'histoire	534
Objets des associations d'usagers	535
Associations d'usagers et troubles de l'humeur	536
Chapitre 55. Algorithmes décisionnels pour le traitement d'un épisode dépressif caractérisé unipolaire , par Emmanuel Haffen, Olivier Doumy, Magali Nicolier et Djamilia Bennabi	542
Algorithmes décisionnels du traitement de la dépression unipolaire	543
Algorithmes décisionnels en pratique : que disent les études randomisées ?	549
Stratégies antidépressives : qu'apportent les données de la littérature à la lecture des algorithmes et recommandations ?	550
Synthèse des algorithmes thérapeutiques : quel constat en pratique clinique ?	554
Postface , par Frank Bellivier	559
Liste des principales abréviations	561
Index	565

ÉVOLUTION DES IDÉES

.....

LES ÉTATS DÉPRESSIFS : UNE PERSPECTIVE HISTORIQUE DE LA MÉLANCOLIE À L'ÉPISODE DÉPRESSIF CARACTÉRISÉ

.....

Thierry Haustgen et Marc Masson

L'ENTRÉE DU MOT « DÉPRESSION » DANS LA MÉDECINE MENTALE

Le terme de dépression est emprunté au latin *depressio* (enfoncement) par le moyen français du XIV^e siècle [45]. Selon Émile Littré, on le retrouve au XVI^e siècle, sous la plume d'Ambroise Paré, dans une acception anatomique et chirurgicale : « il reste parfois quelque dépression en la partie, avec dépravation de la jambe » [49].

Dans la première moitié du XIX^e siècle, avec le développement de la méthode anatomoclinique, au sein de l'école de médecine de Paris, le mot dépression est utilisé pour qualifier un ralentissement des fonctions cardiovasculaires dans une perspective physiopathologique. Il est alors employé de manière analogique sous la forme de « dépression mentale » dans la seconde moitié du XIX^e siècle. Peu à peu, l'adjectif est éliminé, et seul subsiste le substantif « dépression » sous les plumes des aliénistes. En 1885, Emmanuel Régis définit la dépression comme un état inverse de l'excitation qui consiste en une réduction de l'activité générale allant de troubles mineurs de la concentration à une paralysie totale [67]. Le terme « dépression » est donc étroitement lié à une modification de la conception des pathologies de l'humeur et aux premières descriptions, autour de 1854, de ce qu'on appellera à la fin du XX^e siècle les troubles bipolaires.

Emil Kraepelin légitime le concept d'« états dépressifs » qui recouvre, pour lui, la mélancolie simple, la stupeur, la mélancolie sévère, la mélancolie fantastique

et la mélancolie délirante [44]. Avec G. Berrios [12], nous partageons l'idée que notre concept actuel d'épisode dépressif ne remonte qu'au XIX^e siècle. Toutefois, il est issu de la transformation du terme, beaucoup plus ancien et polysémique, de « mélancolie » dont il n'a jamais été possible de s'affranchir malgré de multiples tentatives.

LA MÉLANCOLIE, DE L'ANTIQUITÉ À L'ÉPOQUE MODERNE

Dans la tradition occidentale, le document médical le plus ancien connu à ce jour remonte au XV^e siècle av. J.-C., il s'agit du papyrus égyptien d'Ebers [4], qui contient plusieurs sections. Écrit à la manière d'un traité antique, il est composé de séries de courtes sentences (cliniques ou thérapeutiques). Dans la section consacrée au cœur, des symptômes pourraient être inclus dans la série dépressive, comme les troubles cognitifs.

Selon Berrios [12], faire remonter la description de la « mélancolie », au sens psychiatrique, à Hippocrate lui-même relève de l'anachronisme. Mais, il est vrai que son étymologie grecque signifie « bile noire » et renvoie directement à la théorie des humeurs telle que le célèbre médecin de Cos l'a développée avec son école dans son corpus, traduit en français par É. Littré [39].

D'un point de vue épistémologique, des auteurs [31] ont rapproché la dépression mélancolique de l'acédie, un état de détresse spirituel, décrit dans la

tradition monastique chrétienne. Étymologiquement, ce terme renvoie à une absence de soins de l'âme, qui conduit à la négligence, au dégoût de la vie et à la torpeur spirituelle. Au IV^e siècle de notre ère, le moine Évagre le Pontique établit une liste de huit penchants qui peuvent entraîner les pensées vers les passions et détourner de l'ascèse monastique. Parmi ceux-ci, il cite la mélancolie ou acédie. Au VI^e siècle, le pape Grégoire le Grand associe l'acédie à la paresse spirituelle et l'inscrit officiellement dans la liste des sept péchés capitaux. Cette position est également partagée au XII^e siècle par le théologien Thomas d'Aquin dont l'influence sur la pensée médiévale fut considérable.

À l'époque moderne, des ouvrages sont consacrés à la mélancolie. André Du Laurens [22], médecin d'Henri IV de 1606 à 1609, publie en 1594 son *Discours des maladies mélancoliques*. Son successeur, Philotheus Elianus Montalto [32, 56, 60], publie en 1614 et en latin, alors qu'il est médecin de la régente Marie de Médicis et du jeune Louis XIII, son traité des maladies de la tête (*Archipathologia*) dont le chapitre principal est consacré à la mélancolie. Cela lui vaut d'être cité dans la magistrale *Anatomie de la mélancolie* que Richard Burton publie en 1621. Ecclésiastique anglais et universitaire à Oxford, Burton est un esprit éclectique, mathématicien et astrologue. Dans *L'Anatomie de la mélancolie*, il réalise une synthèse de l'utilisation de ce concept en littérature et en philosophie depuis l'Antiquité. Il dégage deux principales formes cliniques : la mélancolie religieuse et la mélancolie amoureuse.

Au milieu du XVIII^e siècle, Anne-Charles Lorry, un temps médecin de Louis XV, publie son traité consacré à la mélancolie et aux maladies mélancoliques (*De melancholia et morbis melancholicis*) [51]. Il y stipule que, lorsque la mélancolie est associée à la manie, elle constitue une maladie héréditaire. Avec le siècle des Lumières, l'acception médicale de la mélancolie commence à s'autonomiser des autres champs du savoir (littérature, philosophie, théologie...) ; cependant, tout comme la manie dont elle ne se distingue à l'époque que par le nombre des idées délirantes, elle est beaucoup plus extensive que notre conception actuelle. Ainsi, sous la plume des médecins du XVIII^e siècle, tout comme sous celle de Philippe Pinel, elle intègre des tableaux cliniques qui aujourd'hui appartiendraient aux troubles psychotiques. À l'inverse, des épisodes dépressifs, au sens actuel, auraient été qualifiés au XVIII^e et au début du XIX^e siècle de « vapeurs, hypocondrie, ou encore de spleen » [12].

LES ÉTATS DÉPRESSIFS DANS LA PSYCHIATRIE DU XIX^e AU XX^e SIÈCLE

Le passage d'un trouble de l'intellect à une pathologie affective et émotionnelle

Jusqu'aux années 1820, le terme de mélancolie garde cette acception beaucoup plus large qu'aujourd'hui, celle d'un délire partiel, d'un trouble purement intellectuel, centré sur quelques thèmes (ou objets) bien circonscrits et limités, par opposition à la manie, délire général. La perturbation de l'humeur n'est pas alors une composante essentielle de sa définition. Depuis les auteurs grecs jusqu'à Pinel, on a ainsi décrit des « mélancolies » gaies, euphoriques, orgueilleuses.

Le fondateur de la médecine mentale française écrit en 1800, à propos du délire mélancolique : « C'est quelquefois une bouffissure d'orgueil et l'idée chimérique de posséder des richesses immenses ou un pouvoir sans bornes. C'est d'autres fois l'abattement le plus pusillanime, une consternation profonde ou même le désespoir » [64].

Avec Étienne Esquirol (1772-1840), l'accent est mis sur la composante affective de la mélancolie, dont il juge l'appellation trop polysémique. Il lui substitue le terme de « lypémanie » en 1819. Il crée ce mot à partir de deux racines grecques, signifiant étymologiquement « folie triste ». Celui-ci n'a pas été consacré par l'usage, même si on le retrouve dans des certificats médicaux jusqu'aux années 1870. Esquirol en fait l'équivalent de la *tristimania* de l'Américain Benjamin Rush (1746-1813). L'affection reste un délire partiel, mais reposant sur une passion triste (sujet de la thèse de cet élève de Pinel en 1805), par opposition à la monomanie, fondée quant à elle sur une passion expansive ou euphorique.

Elle peut alterner avec les autres « espèces » de l'aliénation mentale, manie (délire général) ou démence (abolition du jugement). Esquirol met l'accent sur les perturbations de la psychomotricité qui composent le tableau clinique. Elles peuvent revêtir l'aspect soit de l'excitation anxieuse, soit de l'inhibition avec indifférence émotionnelle : « Ce n'est plus une douleur qui s'agit, qui se plaint, qui crie, qui pleure. C'est une douleur qui se tait, qui n'a pas de larmes, qui est impassible » [24].

Dans un passage de l'article « Suicide », qu'il rédige pour le dictionnaire de médecine de Panckoucke

en 1821 (repris dans son traité de 1838), Esquirol passe en revue la symptomatologie du ralentissement dépressif, en faisant de la douleur morale un symptôme secondaire de ce dernier : « Il est des individus qui, à la suite de causes physiques ou morales variables, tombent dans l'affaissement physique, dans le découragement moral [...] Ils se plaignent d'une sorte d'engourdissement de la tête qui les empêche de penser et d'une torpeur, d'une lassitude générale, qui les empêche d'agir. Ils ne font point de mouvements ; [...]. Affligés de cet état, ils ont des idées noires. Enfin, désespérés de leur nullité ou prétendue nullité qu'ils croient ne jamais pouvoir surmonter, ils désirent la mort, la réclament et quelquefois se la donnent » [24].

Enfin, Esquirol semble avoir employé pour la première fois l'épithète de « dépressif » en psychiatrie, lorsqu'en 1838, dans les premières pages du traité qui réunit ses principaux articles, il définit la lypémanie comme un « délire [...] avec prédominance d'une passion triste et dépressive » [24].

Ce passage d'un trouble de l'intellect à une pathologie des affects et des émotions constitue un véritable changement de paradigme au milieu du XIX^e siècle. Il est également retrouvé outre-Rhin sous l'influence du romantisme allemand, sous la plume de Johann Christian August Heinroth (1773-1843) qui affirme que l'on a attribué de manière erronée l'origine des pensées mélancoliques à l'intellect alors qu'elles se fondent « dans les passions dépressives » [38].

La naissance du concept de « douleur morale » : le vécu émotionnel

La classification quadripartite de l'aliénation autour de la notion de délire, général ou partiel, expansif ou dépressif, commence à être battue en brèche par l'aliéniste belge Joseph Guislain (1797-1860) [45, 59]. Celui-ci décrit très bien, dès 1833, le trouble de l'humeur caractérisant la mélancolie : « Primitivement, l'aliénation mentale est un état de malaise, d'anxiété, de souffrance : une douleur, mais une douleur morale, intellectuelle ou cérébrale, comme on voudra l'entendre. Dire que l'aliénation mentale est un trouble du jugement, de la raison, serait une proposition erronée : ce serait prendre un symptôme secondaire pour le phénomène fondamental. Beaucoup d'aliénés ne déraisonnent point » [35].

Il forge pour désigner cette douleur morale le néologisme de « phréralgie », qui ne connaîtra pas

plus de succès que la lypémanie d'Esquirol. En 1852, Guislain définit plus précisément l'aliénation comme une « douleur du sens qui est le point de départ des affections, des émotions [qui] peut constituer à elle seule la maladie entière ; alors elle représente la mélancolie affective, la mélancolie sans délire » [36]. Ainsi se trouvait mise en exergue une perturbation de l'humeur qui, comme plus tard les symptômes primaires ou fondamentaux d'Eugen Bleuler, formait le socle d'une aliénation dont le délire n'était qu'un symptôme secondaire. Ce concept de douleur morale est repris pendant près d'un siècle par les auteurs de la nosographie qui le considère comme un symptôme cardinal, ou encore comme le socle de la mélancolie [59].

La description de la stupeur mélancolique : le retentissement moteur

En 1843, Jules Baillarger (1809-1890), médecin de la Salpêtrière et élève d'Esquirol, décrit, dans le premier numéro des *Annales médico-psychologiques*, la revue qu'il vient de fonder, une variété de la lypémanie de son maître. Il propose de la nommer mélancolie passive ou mélancolie avec stupeur (stuporeuse). Elle engloberait la plupart des cas de l'espèce morbide qu'Étienne Georget (1795-1828) avait appelée « stupidité » vingt ans plus tôt.

C'est une troisième forme de la mélancolie, dans laquelle le ralentissement prend le pas sur la perturbation de l'humeur et sur les idées délirantes. Baillarger distingue ainsi, dès cette époque, trois types de mélancoliques, qui correspondent respectivement aux futures formes anxieuse, délirante et stuporeuse : « 1° Ceux qui sont mobiles, irritables et qui vont raconter à tout venant leurs maux, leurs craintes, leur désespoir, etc. 2° Ceux qui, par suite d'idées fixes parfaitement déterminées, gardent un silence obstiné et chez lesquels tout indique l'activité intérieure de la pensée et la contention douloureuse de l'intelligence. 3° Les mélancoliques immobiles, inertes, mais par apathie, par suite d'embarras intellectuel et d'oppression des forces » [5].

Cette annexion de la stupeur (ou stupidité) par les troubles de l'humeur donne naissance à une longue querelle avec un autre aliéniste de Bicêtre, Louis Delasiauve (1804-1893), qui oppose pour sa part en 1851 le « sentiment dépressif » du lypémanique à la « confusion intellectuelle » du stupide [19].

La dépression au sein des folies à double forme, circulaire, raisonnante : les racines de la dichotomie bipolaire/unipolaire

Poursuivant après Guislain le démembrement de la définition des types morbides autour de la notion de délire, Jean-Pierre Falret (1794-1870) inaugure, cette même année 1851, l'histoire des troubles bipolaires en observant une « forme circulaire des maladies mentales » caractérisée par « le roulement de l'exaltation maniaque, simple suractivité des facultés, avec la suspension de l'intelligence [...] Il n'y a généralement, ni véritablement aliénation partielle, ni aliénation générale : c'est en quelque sorte le fond de chacune de ces deux formes, sans leur relief » [27]. Supplantant la thématique délirante, l'abaissement du niveau d'activité des facultés mentales tend à devenir pour Falret un symptôme de fond de la mélancolie.

Qui de Baillarger ou de Falret a employé pour la première fois en psychiatrie le substantif de dépression ? Dans un article de 1853 sur la classification, Baillarger écrit : « J'emploie le mot de mélancolie pour renfermer tous les cas de dépression des facultés intellectuelles et morales » [6]. Le terme figure l'année suivante dans le titre de sa communication sur la folie à double forme [7]. Mais Falret a décrit, dans la première de ses leçons cliniques faites à la Salpêtrière en 1850 sur la « direction à imprimer à l'observation des aliénés », un « état général d'exaltation et de dépression dans les maladies mentales ».

Celui-ci réunit déjà la plupart des symptômes de la dépression, dans ses dimensions intellectuelle, psychomotrice et affective : « Un malade se présente à vous avec une lenteur extrême dans la succession des idées, une grande anxiété, une absence complète d'énergie dans la volonté ; il n'a qu'un nombre d'idées très restreint [...]. Indifférent ou inattentif à tout ce qui l'entoure, privé de tout sentiment d'affection pour les personnes anciennement aimées, incapable de prendre la plus simple décision, et n'ayant même pas la force de porter atteinte à une vie qui lui est à charge, tout, dans la nature et dans son entourage, lui semble pâle et décoloré. » Toutefois, cette leçon n'est publiée que quelques années plus tard, en 1854 ! [29]. Jean-Pierre Falret a-t-il remanié son texte dans l'intervalle ? L'important est qu'à l'époque, pour Baillarger comme pour Falret, le mot dépression sert à désigner un état, un syndrome ou la période pathologique d'un plus vaste ensemble évolutif, et non une maladie à proprement parler.

Le 31 janvier 1854, Baillarger lit devant l'Académie de médecine un mémoire sur ce qu'il appelle la « folie à double forme » [7]. Une période de dépression est suivie, sans intervalle libre, d'une période d'excitation. Les deux périodes composent un accès de la maladie. La durée de chaque accès est extrêmement variable, pouvant aller de deux jours à une année. Les accès sont soit isolés dans la vie du sujet, soit intermittents. Dans quelques cas, ils se succèdent sans interruption.

Le 7 février 1854, quelques jours après Baillarger, Falret complète ses observations de 1851 et présente devant l'Académie un mémoire sur ce qu'il dénomme, quant à lui, « folie circulaire » [28]. Chaque accès ou cercle de la maladie présente non plus deux, mais trois périodes. À un état maniaque fait suite un état de dépression, auquel succède un intervalle lucide. Les accès ne sont jamais isolés, comme ils pouvaient l'être pour Baillarger. Ils se répètent pendant une période prolongée, souvent durant toute l'existence. L'évolution est donc le principal critère. L'affection prédomine chez la femme et serait d'origine héréditaire.

La symptomatologie de chacune des périodes est détaillée par Falret (Tableau 1-I). La description de la période dépressive marque une mutation capitale de la conception française de la mélancolie. Après le délire partiel et les passions tristes d'Esquirol, après la douleur morale de Guislain, ce sont les altérations de la psychomotricité qui prédominent. Pour Falret, « il n'y a pas lésion restreinte de l'intelligence et prédominance de certains délires bien déterminés, comme dans les mélancolies ordinaires, mais dépression physique et morale portée quelquefois jusqu'à la suspension complète des facultés intellectuelles et affectives [...] ». Le cours des idées est très ralenti [...]. Les sentiments sont très affaiblis : le malade ne manifeste ni sympathie, ni antipathie ; il se laisse aller sans réaction à l'impulsion qu'on lui donne. Il a perdu toute spontanéité d'action. Les mouvements sont lents, nuls ou presque nuls » [28].

C'est à cette description que l'on peut faire remonter, sinon dans la terminologie, du moins dans la conception, la distinction entre les futures dépressions endogènes, récidivantes, marquées essentiellement par le ralentissement, et les dépressions psychogènes, sans cyclicité, marquées surtout par la douleur morale.

Au-delà de la querelle sur l'antériorité de la description du futur trouble bipolaire, la célèbre controverse Falret-Baillarger revêt un intérêt majeur pour le statut nosographique des états dépressifs. Baillarger a isolé une forme syndromique qui ne remet pas en question l'existence de la mélancolie comme entité morbide

TABEAU 1-I. – De Falret au DSM-5.

<i>État de dépression : symptomatologie (J.-P. Faret, 1854)</i>	<i>Épisode dépressif (DSM-5) [2]</i>
Affaissement de jour en jour plus prononcé, sentiments très affaiblis	(1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée
Le malade ne manifeste ni sympathie, ni antipathie. Il se laisse aller sans réaction à l'impulsion qu'on lui donne	(2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir
L'appétit est diminué, le patient mange lentement, la digestion également est lente	(3) Diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours
Le sommeil n'est ni régulier, ni prolongé	(4) Insomnie ou hypersomnie
Le malade a perdu toute spontanéité d'action. Les mouvements sont lents, nuls ou presque nuls. Tous les organes de la locomotion sont dans un état de torpeur	(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours
Les traits tirés annoncent l'affaissement. Tous les sens semblent endormis	(6) Fatigue ou perte d'énergie
Leur humilité va quelquefois jusqu'à refuser les soins dont ils sont l'objet, croyant ne pas les mériter [...] Idées d'humilité, de ruine et de culpabilité	(7) Sentiments de dévalorisation ou de culpabilité
Les cours des idées est très ralenti. Il est rare que cet état arrive jusqu'à la suspension complète de l'intelligence	(8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer
Quelquefois ils agissent comme une personne qui éprouverait de la honte	(B) Souffrance cliniquement significative

autonome. À l'inverse, Falret a décrit une forme évolutive qui englobe la mélancolie.

Tout en rendant hommage à la finesse clinique de Falret, la plupart des aliénistes français du XIX^e siècle préférèrent toutefois employer le terme de « folie à double forme », qui présente l'avantage de conserver son autonomie à la mélancolie. Dans la description de ce qu'il appelle en 1856 « folie à double phase », Eugène Billod (1818-1886) met l'accent sur la période dépressive, anticipant sur la description des troubles bipolaires de type II : « Dans cette forme d'affection, la lypémanie est la forme principale et la phase de manie n'est que le produit de la réaction de la phase mélancolique » [13].

En combinant de diverses manières l'idéation et la sensibilité, Billod ne décrit pas moins de dix-sept formes de lypémanie, qui garde pour lui sa place dans la nosographie. Plus explicite, Louis-Victor Marcé (1828-1864) écrit dans son traité de 1862 : « Il ne faut pas croire qu'il y ait toujours une corrélation parfaite entre l'intensité de l'agitation et l'intensité de la dépression. À un accès mélancolique où la stupeur était profonde, j'ai vu correspondre une période d'excitation caractérisée uniquement par de la suractivité intellectuelle » [53]. De même, Antoine Ritti (1844-1921) reprend-il, dans le titre du premier

ouvrage consacré à l'affection, la dénomination de Baillarger [58, 68].

Seul Jules Falret (1824-1902) utilise en 1878 le terme de folie circulaire forgé par son père Jean-Pierre. En 1866, alors qu'il exerce sous la direction de celui-ci à la maison de santé de Vanves, il démembre devant la Société médico-psychologique le vaste groupe des folies raisonnantes parmi lesquelles figure l'hypocondrie morale. Falret fils souligne, dans sa description, la prédominance de l'analgésie affective, de l'indifférence émotionnelle et du manque de réactivité sur la tristesse manifeste : « Tout leur paraît décoloré et sans attrait [...] Ils regrettent leur intelligence évanouie, leurs sentiments éteints, leur énergie disparue [...] Devenus insensibles et indifférents à tout, ils prétendent qu'ils n'ont plus d'affection pour leurs parents et leurs amis, ni même pour leurs enfants. La mort de leurs proches ou des personnes anciennement aimées les laissent sans émotion ; ils ne peuvent plus pleurer, disent-ils [...] La volonté est aussi impuissante chez eux que la sensibilité est émoussée [...] Ils n'ont la force de se décider à rien. Ils sont en un mot sans initiative et sans énergie et restent le plus souvent dans l'immobilité » [30].

Ainsi, dès le milieu du XIX^e siècle, principalement à travers la description du futur trouble bipolaire, la symptomatologie de la mélancolie s'est nettement

déplacée des idées délirantes, de la tristesse et des perturbations de l'humeur vers l'inhibition et le ralentissement psychomoteurs, désignés par le terme générique de dépression. Même l'entité baptisée hypocondrie morale correspond davantage à l'algésie affective qu'à la douleur morale. Durant la décennie 1870, le terme de dépression commence à apparaître dans les certificats médicaux, en général accolé à l'épithète mélancolique. La mélancolie, en particulier dans ses formes délirantes, va de nouveau susciter l'intérêt d'aliénistes français élèves des Falret à la Salpêtrière ou à Vanves vers la fin du XIX^e siècle, avant la synthèse kraepelinienne.

Un retour de la mélancolie à la fin du XIX^e siècle ?

Jules Cotard (1840-1889) inaugure en 1880, dans les *Annales médico-psychologiques*, une série d'articles sur la forme célèbre de mélancolie anxieuse qui porte son nom depuis la proposition de Régis en 1893 [59]. Ses contributions se poursuivent jusqu'en 1888, un an avant sa mort ; à cette époque, la description du délire d'énormité bat son plein.

« Pendant les siècles derniers, plusieurs genres de folie étaient confondus sous le nom de possession démoniaque ; la plupart des cas qui nous ont été conservés appartiennent à l'hystéromanie épidémique ou au délire des persécutions. Doit-on établir une autre variété de folie religieuse se développant dans ce que j'appellerais volontiers la mélancolie anxieuse grave ? », s'interroge Cotard [17]. Aux « idées hypocondriaques de non-existence ou de destruction de divers organes, du corps tout entier, de l'âme, de Dieu » se joignent des idées de damnation, de possession ou d'immortalité, une propension au suicide et une véritable algésie physique (insensibilité à la piqure).

Le terme de délire des négations (ou de négation) apparaît sous la plume de Cotard en 1882. La même année, Magnan décrit la mélancolie dégénérative et Charcot introduit en France la neurasthénie de Georges Beard. Le délire de Cotard ne se limite pas aux seules idées de négation. Aux thèmes délirants déjà signalés en 1880, s'associent ceux d'auto-accusation et d'anéantissement. Le délire porte soit sur la personnalité, soit sur le monde extérieur : « Dans le premier cas [...] les malades n'ont plus d'estomac, plus de cerveau, plus de tête, ils ne mangent plus, ne digèrent plus [...] Quelques-uns s'imaginent qu'ils ne mourront jamais [...]. Lorsque le délire porte sur le monde

extérieur, les malades s'imaginent qu'ils n'ont plus de famille, plus de pays, que Paris est détruit, que le monde n'existe plus » [18].

Par la tonalité de l'humeur, comme par sa thématique, le délire de négation de Cotard s'oppose, point par point, au délire de persécution que Charles Lasègue (1816-1883) avait décrit trente ans plus tôt. Précisément, ce dernier observe en 1881 une forme de mélancolie avec inhibition prédominante, qu'il appelle mélancolie perplexe. On retrouve dans son tableau clinique la plupart des futurs critères de dépression endogène de l'échelle britannique de Newcastle (1965) et des *research diagnostic criteria* américains (1975) [73]. À une incubation anxieuse succède la période d'état, caractérisée par des « alternatives d'engourdissement et d'excitation », un « refus non seulement de toute distraction active, mais de toute communication », un « affaissement intellectuel », une « indifférence croissante », une « indécision [portant] sur les moindres détails de la vie » [46]. Les variations caractéristiques du rythme nyctéméral, le réveil précoce et l'accentuation matinale des symptômes sont signalés. Les symptômes neurovégétatifs – insomnie, asthénie diurne, baisse de l'appétit, amaigrissement – sont passés en revue. Le malade ne réagit pas au traitement moral. L'évolution est spontanément favorable, mais l'accès dure 6 à 8 mois.

La mélancolie perplexe de Lasègue n'est pas provoquée par un traumatisme moral. La même année 1881, Benjamin Ball (1833-1893) isole en revanche une forme de dépression réactionnelle, la torpeur cérébrale, qu'il distingue de la mélancolie par l'absence d'idée délirante et l'importance du ralentissement. Son tableau n'est pas sans évoquer celui de la future dépression d'épuisement : « Il est des malades qui, soit après une émotion violente, soit après une perturbation profonde de la santé, soit après une fatigue intellectuelle portée au-delà des justes limites, tombent dans un état de prostration mentale qui semble abolir momentanément leurs facultés [...]. La tristesse, d'ailleurs modérée, que présentent ces malades est motivée et justifiée par le sentiment de leur impuissance » [8].

Jules Séglas (1856-1939), dans ses leçons cliniques de la Salpêtrière, établit durablement, au début des années 1890, les caractéristiques du délire mélancolique [70]. Poursuivant la critique des monomanies formulée en 1854 par Jean-Pierre Falret, il remarque d'abord que l'on ne peut classer correctement les délires à partir de leurs thèmes. L'humilité et l'auto-accusation ne sont que des « caractères de second ordre ». La sémiologie du délire mélancolique doit s'appuyer sur son origine, son organisation, son évolu-

tion, sa tonalité émotionnelle, sa structuration dans le temps et dans l'espace.

Il s'oppose point par point au délire paranoïaque, comme le délire de négation s'oppose au délire de persécution. Ainsi apparaît-il secondairement à la symptomatologie dépressive, dont il constitue une tentative d'explication (à l'inverse du délire paranoïaque, primitif, prolongeant la personnalité). Il est pénible, monotone et fixe, marqué par la passivité et la résignation. « Partant du malade pour atteindre ceux qui l'entourent », il présente un caractère divergent ou centrifuge. Enfin, c'est surtout un délire d'attente, tourné vers l'avenir, marqué par la crainte du futur, plutôt qu'un délire rétrospectif, comme l'est le délire paranoïaque. Il n'intéresse jamais le moment présent. Henri Ey reprend cette dernière caractéristique en 1954 dans son analyse de la phénoménologie du vécu dépressif, oscillant entre un avenir menaçant et un passé culpabilisant, mais incapable d'investir le présent, c'est-à-dire le moment de l'action, et d'anticiper efficacement [25].

Pour Ségas, les hallucinations sont possibles dans la mélancolie délirante, elles revêtent alors volontiers le caractère du syndrome d'influence. Cette possibilité de voir s'associer troubles de l'humeur et hallucinations, longtemps occultée face à l'extension des schizophrénies, sera redécouverte par la psychiatrie américaine de la fin du XX^e siècle, à travers les épisodes dépressifs sévères avec caractéristiques psychotiques.

Sa réévaluation du délire mélancolique conduit Ségas en 1897 à reconsidérer la maladie de Cotard, qui se métamorphose sous sa plume en syndrome [71]. Les idées délirantes de négation ne sont en effet, pour lui, qu'une thématique ou un symptôme. Lorsqu'elles sont systématisées, on peut les rencontrer chez les persécutés et dans la folie hypocondriaque. Non systématisées, elles se voient dans la manie, la confusion mentale, l'alcoolisme, les psychoses tardives de la sénilité, la paralysie générale, le délire fébrile, voire dans l'hystérie. Le syndrome de Cotard proprement dit « se présente le plus souvent après un ou plusieurs accès de mélancolie, surtout anxieuse. Il marque en général un état de chronicité. La maladie, d'intermittente qu'elle était auparavant, tend dès lors à devenir continue » [71].

Mais toutes les mélancolies ne sont pas délirantes. La mélancolie sans délire (reprenant une formulation de Guislain), dite aussi avec conscience, comporte pour Ségas trois ordres de symptômes : a) la douleur morale, « traduisant toute la gamme des passions tristes, depuis l'abattement, l'ennui, jusqu'à l'angoisse, la terreur ou la stupeur » ; b) le ralentissement

psychomoteur et intellectuel, constituant la dépression proprement dite ; c) les signes physiques, constituant un « état cénesthésique pénible ». Le versant moteur du ralentissement, l'« aboulie motrice », est fait d'apathie, d'irrésolution, de lenteur des mouvements, de la démarche et de la parole, de négligence de la toilette comme des occupations habituelles. Son versant psychique, l'« arrêt psychique », comporte, quant à lui, les difficultés d'attention et de raisonnement, la lenteur des perceptions et de la compréhension, les difficultés à évoquer et conserver les souvenirs.

Les signes somatiques sont l'anxiété précordiale, les palpitations, les algies physiques, céphalées et courbatures, l'insomnie ou la somnolence, la fatigue, la perte d'appétit, l'amaigrissement, la constipation et, chez la femme, la dysménorrhée. Cette mise en exergue des signes physiques permet de rapprocher les états dépressifs de la neurasthénie, considérée la même année 1894 par François Boissier comme une « mélancolie atténuée » [14]. À peu près en même temps que l'hystérie, la « névrose américaine » passe ainsi des neurologistes aux aliénistes.

Suivant dans la hiérarchie des symptômes Falret plutôt que Guislain, Ségas considère que la douleur morale est secondaire au ralentissement et aux troubles cénesthésiques chez les mélancoliques avec conscience. Dans la partie sémiologique qu'il rédige en 1903 pour le traité de Gilbert Ballet, il consacre un chapitre à la dépression et à l'excitation, qu'il considère comme des « états cénesthésiques morbides » [72].

Le débat sur la dépendance réciproque des symptômes dépressifs n'est pas tranché au tournant des XIX^e et XX^e siècles. Alors que Georges Dumas, suivant Ségas, considère en 1894 que « le ralentissement peut nous faire comprendre dans une certaine mesure l'invasion lente du moi par l'état affectif » [23], Roubinovitch et Toulouse estiment, en 1897, que la douleur morale et le ralentissement se développent simultanément et interfèrent [69]. Anglade et Ballet notent de même dans le traité de 1903, quelques années après Ségas : « La mélancolie est une affection mentale caractérisée par de la dépression avec sentiment d'impuissance morale et de tristesse [...] Le phénomène primitif et constant est un trouble émotionnel ou affectif. Il s'agit d'un sentiment plus ou moins nettement conscient d'abattement, d'impuissance et conséquemment de tristesse et d'angoisse. Ce trouble de l'affectivité a pour corollaires la paresse de l'intelligence, l'inertie partielle ou complète de la volonté, la lenteur des mouvements » [3].

Mais tous les auteurs s'accordent vers 1900 pour admettre que les idées délirantes sont un symptôme inconstant, caractérisant une variété particulière de