

# Éditorial

## Editorial

Le terme dépression n'est entré dans le langage médical qu'au XVIII<sup>e</sup> siècle : il n'en demeure pas moins que les symptômes dépressifs ont été décrits bien avant notre ère, Hippocrate rattachant la dépression (mélancolie disait-il) aux effets de la bile noire sur le cerveau et décrivant le caractère cyclique des épisodes dépressifs (« souvent ils guérissent spontanément »). L'acédie au Moyen Âge (triste torpeur de l'esprit), la neurasthénie au XIX<sup>e</sup> siècle ont tenté de cerner la dimension médicale de ce fait alors que d'autres approches plus littéraires décrivaient les contours du spleen, du mal-être déjà désigné comme mal du siècle par Musset.

La découverte des antidépresseurs en 1957 a induit un meilleur repérage des maladies dépressives par les médecins (on ne repère bien que ce que l'on sait traiter) et les dépressions seraient devenues un « phénomène de société » selon les sociologues confondant volontiers mal-être, fatigue, hyperémotivité, déprime... et ce que nous psychiatres identifions comme maladies dépressives en raison d'un regroupement de symptômes (cognitifs, émotionnels, comportementaux, somatiques...) défiant les lois du hasard et de modalités évolutives prévisibles : la majorité des épisodes dépressifs s'amendent en quelques mois, comme l'avait noté Hippocrate.

Notre difficulté à discerner des catégories différentes d'épisodes dépressifs a abouti à une forme de renoncement : ces épisodes sont désormais regroupés sous l'entité épisode dépressif majeur alors que la pratique nous confronte à des tableaux cliniques qui se distinguent selon leur niveau d'urgence (risque suicidaire, caractéristiques mélancoliques délirantes ou non), leur sémiologie (prédominance des symptômes somatiques ou moteurs ou émotionnels ou cognitifs...), leurs modalités évolutives, (épisode aigu ou subaigu voire chronicité). Sans parler des déterminants de l'épisode dépressif plus ou moins biologiques, psychologiques ou environnementaux : notre spécialité en est réduite à affirmer le caractère bio psychosocial de la maladie...

Tant de difficultés de définition des limites et des déterminants ne sont pas contournées par la tentative de définir des critères de l'épisode dépressif caractérisé (majeur en langue anglaise). Ces critères n'ont de pertinence qu'à la condition d'être utilisés avec une intelligence clinique du cas : porter le diagnostic de dépression est en réalité préalable à l'application de ces critères qui ont comme avantage (non négligeable !) d'apporter une certaine homogénéisation dans l'évaluation des traitements mis en œuvre.

Qu'est donc ce phénomène dépressif que l'humanité connaît depuis toujours, que nous rencontrons dans nos cabinets médicaux avec une telle fréquence (la prévalence vie entière étant de l'ordre de 15 %) ? Il y a un demi-siècle certains proposaient : la dépression est ce qui guérit sous antidépresseur. On disait même que les troubles anxieux guérissant sous antidépresseur étaient des équivalents dépressifs !

Dans tous les cas il s'agit bien de désordres émotionnels. Mais la dépression est un phénomène douloureux spécifique : la douleur s'exprime au niveau psychique et au niveau somatique. Nombreuses sont les pathologies somatiques transformant les cénesthésies ordinaires en phénomènes algiques. La dépression serait-elle transformation de la perception de notre humanité en douleur ?

Les progrès des technologies et de la psychiatrie ouvrent de nouvelles perspectives de compréhension du trouble dépressif qui s'avère concomitant de désordres neuronaux

et neuro endocriniens. L'architecture du sommeil, les rythmes biologiques sont le plus souvent perturbés. Malgré cela pour l'heure le diagnostic de maladie dépressive reste clinique, non validé, non infirmé par quelque examen para clinique : ceci est une limite qui ne doit ouvrir ni à une trop facile méconnaissance du diagnostic (au motif de tel ou tel facteur psychologique ou environnemental) ni à une confusion trop rapide entre mal- être et douleur dépressive.

Les malades qui le nécessitent doivent trouver les réponses thérapeutiques adéquates. Notre profession ne peut se limiter à un accompagnement bienveillant en attente d'une sédation spontanée de la douleur : on ne saurait admettre une telle tolérance des soignants à la douleur psychique au moment où les mêmes soignants découvrent la pertinence de lutter mieux contre la douleur physique !

Nos outils thérapeutiques sont loin d'être parfaits. Depuis le saut de 1957 permettant de découvrir que des molécules chimiques sont capables de redresser l'humeur dépressive (à condition qu'elle soit suffisamment intense et point trop intense) les molécules mises à disposition par la recherche privée n'ont offert que des avantages limités en matière d'efficacité. Notre niveau d'exigence allant croissant on a de mieux en mieux perçu le caractère incomplet de bien des rémissions.

Le progrès ne peut surgir qu'à la condition d'aller à sa rencontre : nous avons besoin de nouvelles molécules pour soigner mieux nos patients, pour cibler mieux les divers symptômes des maladies dépressives. Trop de patients sont encore privés d'une rémission totale, contraints de se satisfaire d'une amélioration relative dont le médecin se satisfait encore trop souvent. Il est montré que le caractère partiel de la rémission est un facteur défavorable pour le pronostic y compris sur le risque suicidaire. Il importe que nous soyons davantage ambitieux dans nos objectifs, davantage vigilants sur les symptômes résiduels de l'épisode dépressif.

À ce jour, la recherche de nouvelles stratégies s'est limitée aux situations de résistance thérapeutique : il est bienvenu que s'ouvre la question du traitement des rémissions partielles thème central de ce numéro de *l'Encéphale*.

Depuis les années 1950 la difficulté à découvrir des médicaments pro cognitifs a été constante. Tout signal en faveur d'un effet facilitateur du fonctionnement cognitif doit retenir l'attention : non seulement chez les déprimés âgés mais chez tout déprimé. Le profil de la viortoxetine est un autre aspect potentiellement novateur si l'usage au-delà des essais thérapeutiques confirme un tel avantage. À nous, prescripteurs, de savoir utiliser ce médicament pour qu'il soit un outil d'aide au meilleur repérage sémiologique y compris sur le plan des cognitions, au soulagement qu'appellent douleur et souffrance des malades en état dépressif y compris partiellement soulagé.

*Professeur Jean-Pierre Olié  
Membre de l'Académie Nationale de Médecine*