

# Dépression :

## du diagnostic à la prise en charge

H. BOUCIF, A. RAHOUI, N. FEKHAR,  
Faculté de Médecine de Tlemcen,  
CHU Djilali Damerdji, Tlemcen.



### Résumé

La dépression est un trouble mental courant, dont le risque majeur est le passage à l'acte suicidaire ; souvent le diagnostic est retardé, alors que le traitement permet dans 70% des cas, d'améliorer considérablement la symptomatologie, de réduire le risque suicidaire et le passage à la chronicité. Les troubles dépressifs sont des troubles de l'humeur caractérisés par l'apparition d'une tristesse pathologique, quasi-constante durant au moins deux semaines, contrairement aux émotions qui sont suscitées par un événement et ont une durée brève <sup>(1)</sup>. Il n'existe pas à l'heure actuelle un examen complémentaire qui permette le diagnostic ; seule l'observation clinique permet de le confirmer. Les antidépresseurs sont la base du traitement, les psychothérapies sont indispensables pour accompagner et rassurer le patient.

#### >>> Mots-clés :

Dépression, suicide, trouble bipolaire, antidépresseurs, psychothérapies.

### Introduction

S'il est normal de se sentir malheureux dans les périodes difficiles de la vie, essentiellement en cas de deuil, on ne peut parler de trouble ou syndrome dépressif qu'en présence de plusieurs symptômes ; ce qui caractérise ces états, c'est l'humeur dépressive, les pensées négatives, l'absence de plaisir, la diminution de l'énergie et la lenteur ou le ralentissement psychomoteur.

Ces états malades sont décrits depuis plus de 4.000 ans et ces écrits témoignent de l'identification précoce dans l'histoire humaine de tels épisodes pathologiques ; dès l'antiquité grecque, la melancholia désigne une maladie dans le système étiopathogénique des humeurs

### Abstract

Depression is the most common mental disorder where the suicidal risk constitutes the major risk, whose diagnosis is often delayed, whereas the treatment allows in 70% of the cases, to considerably improve the symptomatology, to reduce the suicidal risk and the transition to chronicity. Depressive disorders are mood disorders characterized by the appearance of a pathological sadness, almost constant for at least two weeks. Unlike the emotions that are aroused by an event and have a short duration. There is currently no additional examination that allows diagnosis, only clinical observation can confirm it. Antidepressants are the basis of treatment; psychotherapies are essential to accompany and reassure the patient.

#### >>> Key-words :

Depression, suicide, bipolar disorders, antidepressants, psychotherapies

(un excès de bile noire qui explique également l'épilepsie), théorie abandonnée et ayant laissé place à des théories psychologiques et biologiques qui proposent des mécanismes explicatifs et des thérapeutiques en accord avec ces théories.

### Epidémiologie :

Selon l'OMS, la dépression touche 300 millions de personnes dans le monde, 1 personne sur 5 a souffert ou souffrira de dépression au cours de sa vie (INSERM), 5 à 20 % des patients se suicident. L'incidence est de 1 % chez les hommes et de 5 % chez les femmes <sup>(2)</sup>.

## Caractéristiques cliniques :

Le syndrome dépressif est caractérisé par un trépied sémiologique, qui comporte :

- Une tristesse morbide (pathologique),
- Un ralentissement psychomoteur,
- Troubles des fonctions instinctives.

### A. Épisode dépressif modéré :

Les caractéristiques principales d'un épisode dépressif modéré sont : l'humeur dépressive, l'absence de plaisir, les pensées négatives et une énergie moindre, conduisant toutes à une diminution du fonctionnement social et professionnel.

**1. Présentation :** elle est caractéristique : la tenue et la coiffure peuvent être négligées. Les traits du visage sont caractérisés par des commissures labiales tournées vers le bas et des plis verticaux au milieu du front. Le taux de clignement des paupières peut être réduit. Les épaules sont affaissées et la tête inclinée vers le bas de telle sorte que le regard est plongeant, les gestes sont réduits.

**2. Humeur :** l'humeur est triste, souvent ressentie comme différente d'une tristesse ordinaire. Certains patients parlent de « nuage noir » envahissant toutes leurs activités mentales. L'humeur est souvent au pire le matin au réveil et tend à s'améliorer un peu dans la journée, (variation diurne de l'humeur).

**3. Cognitions dépressives :** les pensées négatives (cognitions dépressives) que l'on peut classer en trois groupes :

**a. Sentiment de ne rien valoir :** le patient pense qu'il échoue dans ce qu'il fait et que les autres le prennent pour un raté ; il n'a plus confiance en lui et ne conçoit pas qu'un succès puisse lui être attribué

**b. Pessimisme :** concernant les perspectives futures, le patient s'attend au pire, il prévoit l'échec de son travail, la ruine financière, le malheur pour sa famille.

**c. Les sentiments de culpabilité :** prennent souvent la forme de reproches adressés à soi-même au sujet de problèmes mineurs.

### 4. Le changement de comportement :

**a. Anhédonie :** l'absence d'intérêt et de plaisir. Le patient ne montre aucun enthousiasme dans les activités et les passe-temps qu'il appréciait en temps normal. Le patient se sent léthargique et ne mène pas au bout ce qu'il entreprend.

**b. Ralentissement psychomoteur :** est fréquent, le patient marche et agit lentement. Le ralentissement de la pensée est retrouvé au travers du discours du patient : un long

décal est nécessaire avant de répondre aux questions, parfois on retrouve des pauses dans son discours. L'agitation peut parfois remplacer le ralentissement psychomoteur quand le patient présente une anxiété importante <sup>(4)</sup>.

### 5. Troubles instinctuels :

**a. Troubles du sommeil :** (quasi-constant) ; Insomnie d'endormissement, réveils multiples, et surtout insomnie du petit matin avec réveil précoce très évocateur, s'accompagne d'une aggravation matinale des troubles et d'une impossibilité d'anticiper la journée à venir et possibilité de passage à l'acte suicidaire.

**b. Anorexie :** est constante, elle est aggravée par l'asthénie et la perte du désir de vivre. Dans les dépressions sévères, il peut s'agir d'un refus irréductible de toute alimentation, sa signification peut être liée à un désir de mourir et constituer un équivalent suicidaire, il peut être intégré à un « syndrome de Cotard » : le patient est convaincu de ne plus posséder d'organe, pas d'estomac, il est damné et condamné à souffrir pour l'éternité,

**c. Les troubles sexuels :** la perte de tout désir sexuel contribue à renforcer le sentiment de dévalorisation et de culpabilité.

### 6. Les troubles associés :

**a. Anxiété :** sentiment pénible d'attente d'un danger imminent et imprécis. Peut se traduire par une agitation qui masque le ralentissement. Le risque de raptus anxieux augmente le risque suicidaire, chez le dépressif. L'anxiété peut s'accompagner de préoccupation hypochondriaque qui masque parfois les affects dépressifs : algies diverses, céphalées, cordialgies, colites, c'est pour ça que beaucoup de patients font le tour des médecins pour des explorations, avant que le diagnostic de dépression ne soit posé.

**b. Les troubles neurovégétatifs :** sécheresse de la bouche, ralentissement du péristaltisme intestinal, hypotension.

**c. Troubles du caractère :** Irritabilité, hostilité, impulsivité, intolérance vis à vis de l'entourage, surtout chez l'adolescent.

### 7. Les idées suicidaires :

Le risque majeur d'un trouble dépressif non traité est le passage à l'acte suicidaire, il est impératif de rechercher chez ces patients des idées de mort. Il peut s'agir de simples images intrusives, puis de ruminations souhaitant la mort d'abord de façon passive (ne pas se réveiller, avoir un accident), puis commence à élaborer un plan suicidaire. Il est indispensable d'évaluer ce risque chez tout patient avec une symptomatologie dépressive.

Parler du suicide à une personne déprimée ne provoque pas d'idées ni de gestes suicidaires <sup>(5)</sup>.

### B. Trouble dépressif sévère :

Au fur et à mesure que les troubles deviennent plus sévères, tous les symptômes décrits ci-dessus revêtent une plus grande intensité. Il existe alors une perte fonctionnelle totale dans les sphères sociale et professionnelle. Parfois peuvent apparaître chez ces patients des symptômes psychotiques type délire et hallucinations, le trouble est alors appelé « dépression psychotique ».

### C. Trouble dépressif léger :

Il se caractérise par une humeur dépressive, absence d'énergie, perturbation du sommeil moins importante, avec absence du réveil matinal précoce caractéristique de la dépression moyenne et sévère. La réduction de l'appétit, la perte du poids et la baisse de la libido ne sont pas toujours présentes. Bien que l'humeur puisse varier au cours de la journée, elle est habituellement pire le soir que le matin. On ne retrouve jamais de signes psychotiques.

## Critères diagnostiques selon le DSM5 versus CIM10

DSM-V	CIM-10 (code F.32)	
Durée minimale	2 semaines	2 semaines
Symptômes / Critères essentiels/majeurs	1. Humeur dépressive 2. Perte d'intérêt ou de plaisir Présence d'au moins 1 des symptômes toute la journée, presque tous les jours.	1. Humeur dépressive 2. Perte d'intérêt ou de plaisir 3. Fatigue ou perte d'énergie  Présence d'au moins 2 des symptômes toute la journée, presque tous les jours.
Autres symptômes / Critères	Présence d'au moins 4 symptômes (sur un total de 7) : 1. Perte ou gain de poids significatif 2. Insomnie ou hypersomnie 3. Agitation ou ralentissement psychomoteur 4. Fatigue ou perte d'énergie 5. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) 6. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer 7. Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider	Présence d'au moins 2 critères mineurs (sur un total de 7) : 1. Inappétence, perte de poids 2. Troubles du sommeil 3. Baisse de l'estime de soi et de la confiance en soi 4. Attitude morose, pessimiste face à l'avenir 5. Sentiment de culpabilité/dévalorisation 6. Baisse de la concentration / attention 7. Idées suicidaires
Degré de sévérité (La corrélation des degrés de sévérité entre DSM-V et CIM-10 est approximative)	- Léger = ≥ 1 essentiel et 4 autres - Moyen = ≥ 6 symptômes dont au moins 1 essentiel - Sévère = ≥ 7 symptômes dont au moins 1 essentiel	- F32.0 : Léger = ≥ 2 majeurs et 2 mineurs - F32.1 : Moyen = ≥ 2 majeurs et 3-4 mineurs - F32.2 : Sévère = 3 majeurs et 4-5 mineurs + idées suicidaires - F32.3 : Sévère avec symptômes psychotiques

Le DSM-5 est le Manuel diagnostique et statistique des maladies mentales, 5ème Version et la CIM-10 Classification internationale des maladies, 10<sup>ème</sup> Version.

## Diagnostics différentiels :

### Trouble dépressif dû à une affection médicale :

- Troubles cardiovasculaires : infarctus, accident vasculaire cérébral,
- Troubles endocriniens : maladie d'Addison, maladie de Cushing, hyper/hypothyroïdie, syndrome prémenstruel, symptômes liés à la ménopause, prolactinome, hyperparathyroïdie, hypopituitarisme, diabète sucré,
- Troubles métaboliques : hypoglycémie, hypercalcémie, hypovitaminoses B12, acide folique, porphyrie,
- Troubles inflammatoires : lupus érythémateux, affections rhumatismales,
- Infections : syphilis, maladie de Lyme, encéphalopathie VIH, hépatite,
- Troubles du sommeil : syndrome d'apnées du sommeil, syndrome des jambes sans repos, tumeurs,
- Tumeurs : cerveau, pancréas, rein,

Hypovitaminoses : B12, acide folique.

### Trouble dépressif dû à un autre trouble psychiatrique :

- Troubles associés au stress : état de stress post-traumatique, deuil, trouble de l'adaptation,
- Troubles anxieux : trouble obsessionnel compulsif, trouble de panique, agoraphobie, anxiété généralisée, phobie sociale, phobies spécifiques,
- Troubles de l'alimentation,
- Trouble schizo-affectif : schizophrénie (symptômes négatifs),
- Troubles de la personnalité,
- Trouble somatoforme.

### Trouble dépressif induit par une substance ou un médicament :

Alcool, benzodiazépines, opioïdes, cannabis/marijuana, cocaïne, amphétamines, analgésiques, barbiturique ; antihypertenseurs (béta-bloquants, réspirine, méthyl dopa, anticalciques); stéroïdes ; antihistaminiques H2 (ranitidine, cimétidine) ; sédatifs ; relaxants musculaires ; anticancéreux (vincristine, procarbazine, L-asparaginase, interféron, amphotéricine B, vinblastine) ; médicaments interagissant avec les hormones sexuelles (œstrogènes, progestérone, testostérone, agonistes du GnRH) ; anti-psychotiques; antipaludéens (méfloquine), isotrétinoïne (traitement de l'acné).

## Evolution :

La dépression peut évoluer de manières très différentes. C'est un trouble spontanément réversible et curable dans 50% à 90% des cas selon les méthodes de soins employées. Son évolution naturelle est en moyenne de 6 à

8 mois. Les moyens thérapeutiques biologiques et/ou psychologiques ont fait la preuve de leur efficacité pour écourter ce temps. Mais, le risque de récurrence est très élevé, (environ 50% dans les deux ans suivant un premier épisode) ; 20% des cas deviennent chroniques, et dans 15 à 20% des cas, seule une rémission partielle est obtenue.

L'évolution naturelle de la maladie dépressive tend à la répétition des épisodes.

## Classification :

Il n'y a pas d'accord global sur la meilleure méthode pour classer les troubles dépressifs. Plusieurs approches ont été tentées, fondées sur l'étiologie présumée, la symptomatologie ou l'évolution.

**A. Selon l'étiologie présumée :** plusieurs auteurs préfèrent distinguer la dépression endogène de la dépression réactionnelle ; la première est provoquée par des facteurs internes au sujet, indépendants des facteurs externes ; la deuxième apparaît en réponse à des facteurs de stress externes.

**B. Classification selon l'évolution :** il existe des troubles unipolaires et des troubles bipolaires.

**1. Les troubles unipolaires ou troubles dépressifs récurrents :** sont caractérisés par la récurrence d'épisodes dépressifs sans jamais avoir présenté un épisode maniaque ou hypomaniaque.

**2. Les troubles bipolaires :** c'est l'alternance d'épisodes dépressifs et d'épisodes maniaques (trouble bipolaire de type I) ; ou hypomaniaques (trouble bipolaire de type II). Devant chaque patient qui présente une symptomatologie dépressive, il est impératif de rechercher dans ses antécédents des épisodes maniaques ou hypomaniaques (symptomatologie caractérisée essentiellement par une exaltation thymique à tonalité euphorique avec logorrhée, des idées de grandeur et de surestime de soi).

**3. Troubles dépressifs persistants ou dysthymie :** caractérisés par une humeur dépressive présente quasiment toute la journée, plus d'une journée sur deux pendant au moins deux ans. Au cours de la période de deux ans, la personne n'a jamais eu de période de plus de deux mois consécutifs sans symptômes dépressifs.

**4. Dépression saisonnière :** certains patients développent, de façon répétée, un trouble dépressif à la même période de l'année, l'automne et l'hiver et la guérison au printemps ou en été.

L'utilisation de la photothérapie est indiquée chez ces patients.

## Etiopathogénie :

Il n'existe aucune théorie qui, à elle seule, puisse rendre

compte de l'étiopathogénie de la dépression, elle est probablement d'origine multifactorielle (psychologique, biologique, génétique).

**5. Approches neurobiologiques :** selon l'hypothèse monoaminergique, le trouble dépressif serait lié à une anomalie touchant à la fois les récepteurs et les concentrations des amines, qui est à l'origine d'un déficit fonctionnel en neurotransmetteurs (sérotonine, noradrénaline, dopamine). Cette hypothèse est renforcée par l'effet thérapeutique des antidépresseurs qui agissent sur ces récepteurs.

**6. Anomalies endocriniennes :** plusieurs anomalies ont été mises en évidence dans la dépression, dont celles du taux de cortisol, des hormones de croissance et des hormones thyroïdiennes, qui indiquent l'existence d'une dysrégulation endocrinienne, notamment une dysfonction de l'axe hypothalamo-pituitaire-adrénargique et/ou une dysrégulation de la fonction thyroïdienne <sup>(6)</sup>.

**7. Facteurs génétiques :** il n'existe pas un gène de la dépression. Par contre, le terrain génétique a une influence dans le déterminisme de ces maladies : les parents au 1er degré d'un déprimé (parents, frères et sœurs, enfants) ; sont plus souvent atteints que la population générale. Chez les jumeaux monozygotes ou vrais jumeaux : lorsque l'un est atteint, la probabilité que l'autre le soit également est de 50% ; chez les jumeaux dizygotes ou faux jumeaux cette probabilité diminue à 30%.

**8. Imagerie cérébrale :** le scanner et l'IRM ont révélé un certain nombre d'anomalies chez les patients atteints de dépression majeure <sup>(7)</sup> :

- Des ventricules latéraux plus larges
- Une perte de volume des lobes frontaux et temporaux
- Une diminution du volume de l'hippocampe
- Une diminution du volume des structures des ganglions de la base
- Une diminution du volume de la substance grise du cortex préfrontal genouillé
- Hyper-intensité de la substance blanche et de la substance grise

**9. Théorie cognitive :** les patients déprimés présentent des pensées négatives. Pour Beck (1967), ces cognitions dépressives consistent en des pensées automatiques qui révèlent une vision négative de soi, du monde et du futur, ces pensées sont soutenues par des croyances irrationnelles de type « je ne réussis pas parfaitement dans tout ce que j'entreprends donc je suis une nullité ».

**10. Théorie psychanalytique :** Freud en 1917 dans son article « Deuil et mélancolie » attire l'attention sur la ressemblance entre les phénomènes de deuil et les symptômes de dépression, suggérant que les causes puissent être similaires. Ceci ne s'applique pas à tous les troubles dépressifs.

**11. Le stress :** Les « stressseurs » psychosociaux et environnementaux sont des facteurs tantôt prédisposant tantôt précipitant. Il existe une relation entre niveau élevé de facteurs de stress et déclenchement d'une dépression. Par contre, les épisodes récidivent souvent sans facteurs déclenchant.

### Traitement :

Toute dépression doit être prise en charge le plus précocement possible, afin d'éviter le passage à l'acte suicidaire et la chronicité ; une psychothérapie est recommandée en cas de dépression légère, tandis qu'un traitement médicamenteux est nécessaire en cas de dépression d'intensité modérée à sévère.

L'hospitalisation s'impose s'il s'agit d'une dépression sévère, si le risque suicidaire est élevé (il faut toujours évaluer le risque suicidaire) ; si le retentissement somatique est important et s'il n'existe pas d'entourage familial. Le plus souvent le traitement peut être débuté en ambulatoire.

**1. Antidépresseurs :** il est recommandé de choisir l'antidépresseur le mieux toléré, le moins toxique en cas de surdosage, et le plus simple à prescrire, à dose efficace. En raison de leur meilleure tolérance, il est recommandé de les prescrire en première intention pour un épisode dépressif d'intensité modérée à sévère : un ISRS (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine), un IRSN (inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline), les antidépresseurs imipraminiques (tricycliques) sont recommandés en deuxième intention, en raison de leur risque de toxicité cardio-vasculaire.

Les IMAO (inhibiteurs de monoamine oxydase) ne sont recommandés qu'en dernier recours après échec des autres alternatives thérapeutiques, en prescription spécialisée, du fait de leurs nombreux effets indésirables et interactions médicamenteuses.

• **ISRS :** (fluoxétine, escitalopram, paroxétine, sertraline, citalopram) ; ces antidépresseurs ont une efficacité comparable à celle des tricycliques avec moins d'effets secondaires. Les ISRS exercent leur action thérapeutique en inhibant de façon sélective la recapture de la sérotonine (neurotransmetteur impliqué dans le trouble dépressif). Ils n'ont guère de contre-indication mais plutôt quelques précautions d'emploi.

• **IRSN :** ce groupe comporte actuellement trois produits, la venlafaxine, le milnacipran, duloxétine. Ces produits inhibent la recapture de la noradrénaline et de la sérotonine, ils n'ont guère de contre-indications,

• **Les antidépresseurs tricycliques :** (amitriptyline, clomipramine, trimipramine). Prescrits en deuxième intention à cause de leurs effets secondaires, leur toxicité

cardio-vasculaire. Ils augmentent la concentration de neurotransmetteurs dans la fente synaptique en inhibant la recapture présynaptique des monoamines. Leur efficacité est nettement plus efficace que le placebo <sup>(8)</sup>.

• **Autres antidépresseurs** : ce groupe contient quatre produits dont la structure et les mécanismes d'actions sont variés (la miansérine, mirtazapine, agomélatine, vortioxétine). Ces antidépresseurs n'ont guère de contre-indications, ils sont peu toxiques en cas d'ingestion aiguë et sont beaucoup mieux tolérés que les tricycliques.

Pour tous les antidépresseurs :

- Il faut utiliser, à chaque fois, la posologie efficace.
- Avoir à l'esprit qu'un délai de 15 jours à 21 jours sera nécessaire pour que l'amélioration soit sensible.
- Le traitement doit être poursuivi de 6 à 9 mois en cas de premier épisode ; 4 à 5 ans si le patient refait un autre épisode ; après le troisième épisode le traitement doit être poursuivi à vie <sup>(9)</sup>.
- Si le patient arrête très tôt le traitement, le risque de rechute au cours de la première année est de 60%.

2. **Les thymorégulateurs** : la lamotrigine est la plus recommandée dans la prévention des rechutes et récidives en cas de dépression unipolaire.

3. **Les benzodiazépines** : ne doivent pas être systématiques, elles sont indiquées au début du traitement antidépresseur à visée anxiolytique et sédative. Dès que possible il faut réduire les doses, voire arrêter le traitement pour éviter les phénomènes d'abus et de dépendance.

4. **Les antipsychotiques** : les antipsychotiques de première génération (lévomépromazine, chlorpromazine), peuvent être indiqués en cas d'anxiété importante ou risque suicidaire. Les antipsychotiques atypiques (amisulpride, aripiprazole, olanzapine, quétiapine et rispéridone) seuls ou combinés à des antidépresseurs peuvent être indiqués dans certains cas de dépression.

5. **ECT (électro-convulsivo-thérapie)** : c'est une technique qui consiste à provoquer, après induction d'une courte anesthésie générale et sous curarisant, une crise d'épilepsie au moyen d'un stimulus électrique. Efficace dans 80% des cas, elle sera réservée :

- Aux états dépressifs majeurs avec fortes composantes anxieuses ou délirantes.
- Aux états dépressifs stuporeux avec refus alimentaire.
- Aux dépressions avec risque suicidaire.
- Elle sera également utile lorsque la chimiothérapie est inefficace ou contre indiquée.

6. **Psychothérapies** : tous les patients, quel que soit le traitement qu'ils reçoivent, ont besoin d'une psychothérapie qui leur apporte une information, les rassure et les encourage.

• **Psychothérapie de soutien** : c'est une technique qui permet au patient de se concentrer sur l'identification et la

résolution des problèmes de vie actuels et imaginer une procédure réaliste et progressive pour les affronter.

• **Thérapie cognitivo-comportementale** : le but principal de la thérapie cognitive est d'aider les patients à modifier leur façon de penser à propos de leur situation de vie et des symptômes dépressifs, la thérapie comportementale permet de réengager les patients dans leurs activités quotidiennes et de promouvoir une reprise du fonctionnement.

• **Thérapie psychodynamique** : elle a pour but de résoudre les conflits personnels sous-jacents et les difficultés de vie associées.

• **Photothérapie** : plus de 50% des patients atteints de dépression saisonnière répondent à la photothérapie, la technique consiste à une exposition lumineuse d'une à deux heures par jour. Afin d'éviter les rechutes, les séances doivent être maintenues jusqu'à la période de rémission, c'est-à-dire le début du printemps.

## Conclusion :

La dépression est un trouble mental fréquent, qui se manifeste cliniquement par une tristesse pathologique, qui est présente toute la journée et tous les jours pendant plus de deux semaines, le diagnostic est clinique. Il est indispensable de rechercher un trouble bipolaire devant tout patient qui se présente avec une symptomatologie dépressive. La complication la plus redoutable est le passage à l'acte suicidaire. L'efficacité des antidépresseurs est nettement supérieure par rapport au placebo, la psychothérapie est indispensable. Souvent le traitement doit être poursuivi pendant une longue durée, pour éviter les récidives et les rechutes.

## Date de soumission :

23 Avril 2019.

## Liens d'intérêts :

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

## Références

1. J-D, Rouillon F. Manuel de Psychiatrie (Troisième Édition). Paris: Elsevier Masson; 2017.
2. Kacha F. Psychiatrie et psychologie médicale. Deuxième édition. Publicom; 2002. 382 p.
3. Ronald C. Kessler, PhD; Patricia Berglund, MBA; Olga Demler, MS; et al. Depressive Disorder Results From the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). JAMA 2003;289:3105-3109.
4. Gelder MG, Cowen P, Mayou R. Traité de psychiatrie. Paris: Médecine-Sciences Flammarion; 2005.
5. Dazzi T, Gribble R, Wessely S, Fear NT. Does asking about suicide and related behaviours induce suicidal ideation? What is the evidence? Psychol Med. déc 2014;44(16):3361-3.
6. Gasman I, Allilaire J-F. Psychiatrie de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte. Issy-les-Moulineaux: Elsevier, Masson; 2009.
7. Steffens DC, Krishnan KR. Structural neuroimaging and mood disorders: recent findings, implications for classification, and future directions. Biol Psychiatry. 15 mai 1998;43(10):705-12.
8. Morris JB, Beck AT. The efficacy of antidepressant drugs. A review of research (1958-1972). Arch Gen Psychiatry. mai 1974;30(5):667-74.
9. Kupfer DJ, Frank E, Perel JM, Cornes C, Mallinger AG, Thase ME, et al. Five-year outcome for maintenance therapies in recurrent depression. Arch Gen Psychiatry. oct 1992;49(10):769-73.
10. Austin MP, Souza FG, Goodwin GM. Lithium augmentation in antidepressant-resistant patients. A quantitative analysis. Br J Psychiatry J Ment Sci. oct 1991;159:510-4.

# Un allié pour se **reconstruire**



75 mg

37,5 mg



10 mg

20 mg