

# Dépression: description, classification et épidémiologie

ARIEL STRAVYNSKI<sup>1</sup>

*Université de Montréal et Hôpital Louis-H. Lafontaine*

et

GILLES GAUDETTE<sup>2</sup>

*Louis-H. Lafontaine et Clinique psychosomatique Cherrier*

L'article examine l'émergence du concept de la dépression à travers les âges et son sens moderne. Les conceptions psychologiques et bio-médicales sont discutées de façon critique. Les tentatives de distinction entre différentes formes de dépression sont présentées.

Le terme dépression est une abstraction formulée à partir d'un certain nombre d'observations sur divers comportements et verbalisations d'un individu. La dépression ne peut être observée directement. Dans ce sens, elle ressemble à la relation maritale, par exemple. Dans les deux cas, dépression et relation maritale, il s'agit de concepts qui réunissent certains comportements. En principe, le concept de la dépression peut être défini de différentes façons et cela dépend de la perspective adoptée. Dans une perspective psychologique, le terme dépression sous-entend surtout un état d'esprit accablant et la souffrance qui y est associée, alors que dans une perspective biologique, l'accent est mis surtout sur les manifestations somatiques comme les perturbations du sommeil, les fluctuations importantes de l'appétit ou du poids de la personne, etc.

---

1. Départements de psychologie et de psychiatrie, Université de Montréal et Centre de recherche, Hôpital Louis-H. Lafontaine.

2. Centre de recherche et module de thérapie comportementale, Hôpital Louis-H. Lafontaine et Clinique Psychosomatique Cherrier.  
Toute correspondance doit être adressée à Ariel Stravynski, Ph.D., Centre de recherche, Hôpital Louis-H. Lafontaine, 7401 Hochelaga, Montréal (Québec), Canada H1N 3M5

## HISTORIQUE DU CONCEPT

La première formulation élaborée de la dépression en tant que maladie apparaît dans les écrits d'Hippocrate, environ quatre siècles avant notre ère; elle est alors désignée sous le terme de «mélancolie» (Jackson, 1985). Au 15<sup>e</sup> siècle, la mélancolie était conçue par les autorités médicales comme une forme chronique de folie au cours de laquelle les patients étaient apeurés, tristes, misanthropes et désespérés de la vie. Cet état était souvent accompagné par une idée délirante «bien encapsulée», i.e. limitée à des sentiments de culpabilité. Avec le début du 17<sup>e</sup> siècle, la forme hypocondriaque de la mélancolie fut graduellement séparée de l'état de dyshorie. Graduellement, le terme dépression rentra dans l'usage. L'élaboration systématique de la dépression, en termes psychologiques, commence avec Freud et ses collaborateurs, mais l'idée que la dépression correspond à un sens d'échec et de perte irréparable dans la vie d'un individu est vieille comme l'humanité (Storr, 1983).

La distinction entre une vision biologique et psychologique de la dépression réfère normalement aux modèles explicatifs de ce phénomène clinique. Les modèles psychologiques préconisent tous que la dépression découle de la façon dont un individu affronte certains événements qui surviennent dans sa vie. Dans la vision biologique contemporaine, la dépression est vue comme la résultante de certains processus dysfonctionnels au niveau de la neurotransmission. Il est intéressant de noter que malgré leurs différences importantes, les deux visions se ressemblent sur un point: toutes deux conçoivent la dépression comme une entité malade. Cette supposition, qui est évidente pour la vision biologique, est masquée pour les modèles psychologiques: cognitif, d'apprentissage ou psychodynamique. La conception d'entité malade, bien qu'utile en pratique, pose aussi de nombreux problèmes. Dire que deux personnes sont déprimées nous informe très peu sur ce qui trouble chacune. Tout d'abord, il y a de grandes différences entre les individus déprimés. Deuxièmement, il y a un recoupement entre les symptômes de l'entité dépressive et d'autres entités telles que les troubles anxieux et l'alcoolisme (Breier, Charney & Heninger, 1984). Finalement, les frontières entre les différentes sous-catégories de dépressions sont très minces et sont redéfinies en fonction des différents schémas de classification et en partie réinventées à chaque nouvelle version de ces schémas de classification.

Dans cette série d'articles, nous concevons la dépression comme un ensemble de processus psychologiques et physiologiques complexes et idiosyncratiques. Comme la notion de dépression en tant qu'entité est très répandue même parmi les non-médecins, nous allons la considérer dans la revue de littérature, mais en même temps, nous allons exposer ses faiblesses.

## LA NATURE DE LA DEPRESSION

D'un point de vue psychopathologique, la dépression réfère à un trouble de l'humeur. Des observations cliniques nous suggèrent que l'humeur peut être

perturbée soit dans le sens d'un excès négatif, d'un excès positif ou de leur combinaison. Les excès d'humeur ne sont pas nécessairement toujours pathologiques. Se sentir malheureux dans des circonstances difficiles est une expérience normale et commune. Se sentir débordant de joie et exubérant est aussi une expérience universelle (v.g. «tomber en amour»). Dans notre travail clinique, nous voyons souvent des patients qui présentent certains problèmes (agoraphobie, troubles obsessionnels) auxquels est associée une composante dépressive importante. Donc, le terme dépression est utilisé dans trois sens possibles. Le premier, une *humeur* ou expérience dépressive normale qui est surtout limitée dans le temps (v.g. suite à une rupture amoureuse). Deuxièmement, dépression en tant que *syndrome* dépressif qui accompagne une autre psychopathologie. Troisièmement, dépression en tant qu'entité pathologique, i.e. trouble ou syndrome dépressif. Nous nous attarderons à ce dernier sens.

### La dépression

Un individu déprimé présente à l'observateur un phénomène excessivement complexe à multiples facettes dont l'humeur n'est qu'un aspect. Au plan affectif, la personne dépressive dégage un profond sentiment de tristesse et de découragement. Ceci se retrouve dans le contenu de ses propos, mais aussi dans le ton, la posture, et la démarche. En plus, un sentiment persistant de détresse et d'appréhension (parfois vague) est souvent observé. Un certain pourcentage des patients dépressifs ne présentent pas cet affect triste et parfois ils ont même l'air souriant. Chez eux, le problème dépressif est exprimé d'une autre manière dans leur vécu, v.g. reproches, culpabilité, douleurs somatiques.

Au plan de la pensée, il y a déformation ou biais très fort vers le négatif et vers le pessimisme. La personne se voit d'une façon extrêmement critique. Elle se fait beaucoup de reproches, voit le monde et son avenir dans ce monde d'une façon extrêmement noire. Les constatations se font de façon répétitive et la pensée a une qualité de rumination obsessionnelle. Au niveau de ses activités, la personne déprimée est relativement léthargique et manque d'énergie. La plupart des choses qui étaient une source de plaisir et les activités qui, auparavant, étaient gratifiantes (v.g. voir des amis, rapports sexuels) ne le sont plus. De plus, les patients ont souvent des préoccupations suicidaires reliées au passé. La personne déprimée sent qu'elle a agi d'une façon inacceptable et impardonnable et pour laquelle elle se blâme et se trouve sans autre issu dans le présent. Bien qu'on observe un taux important d'idées suicidaires chez les déprimés, cela ne signifie pas que chaque individu est activement suicidaire (Boyer et Guthrie, 1985). Sur le plan interpersonnel, les relations sont habituellement troublées et insatisfaisantes. Au niveau physique, la personne peut présenter des perturbations du sommeil (v.g. se réveiller très tôt sans se sentir reposée), des troubles de l'appétit (augmentation ou perte d'appétit) et des fluctuations importantes de poids (augmentation ou perte de poids).

Dans certains cas, plutôt rares, des caractéristiques psychotiques bien encapsulées (i.e. idées délirantes et hallucinations) peuvent être observées.

*La manie*

Parfois la dépression précède ou suit un épisode maniaque. Le terme manie réfère à un excès positif de l'humeur. Au niveau affectif, l'individu en manie manifeste une joie intense qui est parfois infectieuse. Cependant, certains patients sont irritables plutôt qu'euphoriques. Parfois, la façon dont le patient est vêtu ainsi que son apparence reflète un sens de gaieté et d'insouciance. Sur le plan de la pensée, de nombreux patients se croient extrêmement importants et sont d'un optimisme inébranlable. En action, cette attitude peut se manifester par: des engagements financiers irréalistes (v.g. acheter une maison sans en avoir les moyens; se lancer dans des liaisons amoureuses multiples; ou avoir des relations sexuelles spontanées, sans prendre de moyens contraceptifs). Ils se sentent plein d'énergie au point où leur discours est extrêmement rapide; ils dorment très peu. Souvent leur appétit et leur désir sexuel augmentent. Parfois, les idées grandioses et les plans qui y sont rattachés ont une qualité psychotique: le patient semble être incapable d'un regard critique sur ses propres idées. Un exemple du manque d'insight du patient durant la période de manie est le fait qu'il trouve rarement quelque chose d'anormal dans son comportement et qu'il nie qu'il aurait besoin d'aide. Pour cette raison, il est préférable de contacter une personne proche du patient lorsque l'on soupçonne un épisode maniaque. Il est rare d'observer des périodes de manie seulement; habituellement celles-ci sont précédées ou suivies d'épisodes dépressifs. Les épisodes dépressifs, quant à eux, peuvent survenir tout seuls.

*Classification*

Avant d'aborder les différentes classifications de la dépression, il importe de se rappeler que tous ces schémas reposent sur une vision selon laquelle la dépression et les troubles de l'humeur en général sont des maladies, c'est-à-dire fondamentalement des entités bio-médicales. Celles-ci sont donc définies par certains symptômes qui se regroupent dans un tableau clinique (syndrome) qui se manifeste avec une sévérité particulière, se déroule d'une façon typique et possède une certaine étiologie hypothétique. Tous les critères utilisés pour la classification ainsi que les étiquettes et le langage qui en découlent reflètent cette vision implicite. En principe, d'autres schémas de classification utilisant plutôt des dimensions psychologiques (v.g. les types d'interactions interpersonnelles propres à certains troubles), peuvent être développés. Mais jusqu'à présent, ce genre de système est très complexe (McLemore & Benjamin, 1979) et peu pratique pour le clinicien.

*Distinction entre types de dépression*

Une des distinctions entre les types de dépression encore ancrée dans le folklore clinique est basée sur l'étiologie hypothétique. La classification faisait une distinction entre ce qu'on appelait une dépression réactionnelle et une dépres-

sion endogène. Selon cette vision, on peut distinguer les dépressions qui surviennent en réponse à des stressors externes (réactionnelles ou névrotiques) de celles où il n'y a pas présumément de stimulus externe dans la dépression, et donc sont causées par des mécanismes biologiques (endogènes) «intérieurs». La dépression endogène présente supposément un pattern caractéristique des symptômes physiques: perte d'appétit, perte de poids, constipation, libido réduite et réveil tôt matinal. Cette classification était très populaire dans le passé mais des études récentes semblent démentir certains de ses postulats essentiels. Tout d'abord, il n'y a aucune différence entre les événements importants dans la vie («life-events») qui précèdent l'épisode dépressif exogène ou endogène. De plus, les symptômes somatiques sont partiellement présents dans les deux catégories (Kiloh et al., 1972).

Le manque d'appui à cette distinction est reflété dans le fait que les deux schémas de classification psychiatrique, v.g. le DSM-III<sup>1</sup> et le CIM-92, les plus acceptés ne contiennent plus de catégories de dépression réactionnelle et endogène.

Une autre classification, cette fois basée sur le déroulement naturel du trouble, est aujourd'hui largement acceptée en psychiatrie. Elle est à la base de la distinction entre troubles unipolaires et bipolaires. En contraste avec Kraepelin qui classifiait tous les troubles de l'humeur sous la rubrique de psychose maniaco-dépressive, Leonhard (1962, cité dans Gelder et al., 1983) proposait une division en trois groupes: dépression unipolaire, manie unipolaire et trouble bipolaire qui incluait des épisodes de dépression et de manie. Aujourd'hui la pratique standard en psychiatrie est de ne pas utiliser le terme de manie unipolaire parce que l'expérience montre que la grande majorité des patients qui ont un épisode de manie vont éventuellement aussi avoir un épisode dépressif. Evidemment, un pourcentage des personnes diagnostiquées comme dépression unipolaire peuvent être reclassifiées comme trouble bipolaire après qu'elles aient vécu un épisode de manie. Il est important de souligner qu'en période dépressive les patients classifiés unipolaires ou bipolaires ne sont pas distinguables, ni en termes de leurs symptômes ni en terme de réponse à des traitements médicamenteux anti-dépresseurs (Gelder et al. 1983).

*La dépression selon le DSM-III (1980)*

Dans le DSM-III, seuls les troubles de l'humeur sont classifiés sous la rubrique des troubles affectifs. Ceci est erroné car les troubles anxieux sont eux aussi des troubles affectifs. Le DSM-III (révisé) utilise l'appellation des troubles de l'humeur et à part quelques changements mineurs dans les critères, l'essence des catégories diagnostiques reste la même.

Les troubles dépressifs sont classifiés comme suit dans le DSM-III: tous les troubles qui présentent un épisode de manie précédé ou suivi d'un épisode de dépression sont diagnostiqués comme trouble bipolaire. Un épisode de dépres-

1. Diagnostic and statistical manual. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980.  
2. Classification Internationale des Maladies. Genève: Organisation Mondiale de la Santé, 1978.

sion est diagnostiquée comme dépression majeure s'il répond aux critères du DSM-III. Dépression majeure dans le DSM-III ne signifie pas dépression d'une intensité et de sévérité extraordinaire qui est en contraste avec une dépression «mineure», i.e. légère. Dépression majeure comprend aussi des dépressions d'intensité modérée ou faible. La dépression d'intensité relativement modeste, mais qui est étalée sur une période relativement longue (deux ans) et dans ce sens considérée comme chronique, est diagnostiquée comme un trouble dysthymique. Son équivalent bipolaire est diagnostiqué comme trouble cyclothymique.

Rappelons que le diagnostic posé doit être un diagnostic différentiel; il doit écarter la possibilité d'autres troubles avec une composante dépressive comme certains troubles anxieux (phobiques ou obsessionnels), schizophrénie ou à base organique surtout chez des patients relativement âgés.

Le trouble d'adaptation avec humeur dépressive présente aussi un tableau clinique dépressif, mais n'est pas classifié parmi les troubles affectifs dans le DSM-III. Ce trouble se manifeste par une réaction dépressive à un événement en particulier (v.g. perte d'emploi) et se caractérise par le fait qu'une fois que l'événement déclencheur s'est amélioré (v.g. un autre emploi trouvé), l'humeur dépressive disparaît.

En pratique, la décision quant au diagnostic approprié pour un cas concret peut-être difficile à faire car les catégories ne sont distinctes qu'en théorie, les frontières entre chaque catégorie ne sont pas claires et souvent se recoupent. Il est probable que la classification va évoluer et changer dans le futur.

Le DSM-III permet, s'il y a lieu, de poser un diagnostic sur l'axe II, soit les troubles de personnalité. Il y a une association importante entre des épisodes dépressifs et certains troubles de personnalité: dépendant, hystéromique, narcissique et borderline (Millon & Kotik, 1983). La dépression sera fortement influencée par les différentes vulnérabilités prédominantes dans chaque trouble de personnalité. Une dépression dramatisée et flamboyante face à la menace d'être abandonnée chez le trouble de personnalité hystéromique va apparaître en termes de docilité impuissante et exigences de réassurance chez le trouble de personnalité dépendante. Dans le même contexte, le trouble de personnalité narcissique présentera sa dépression comme un vécu hors du commun et insistera sur un traitement exceptionnel. Le trouble de personnalité état-limite (borderline) fera preuve d'impulsivité, d'instabilité et manifestera de la rage, une peur de la solitude et parfois des conduites auto-destructives.

#### *Le rôle du diagnostic dans la pratique*

Poser un diagnostic (i.e. classifier un problème comme appartenant à une catégorie diagnostique) peut être utile pour mieux comprendre les difficultés d'un patient en particulier. Cette pratique présente aussi des problèmes. Premièrement, la classification, à partir des critères qu'elle utilise, sous-entend une grande ressemblance entre les différents tableaux cliniques qui correspondent à ces critères (v.g. tous les cas de dépression majeure). La réalité clinique est différente. La diversité des tableaux cliniques est très grande et la distinction entre diffé-

rents troubles de la même catégorie (v.g. dépression majeure), trouble dysthymique etc, n'est pas facile et l'accord inter-juge n'est pas très fiable. Par conséquent, il est erroné de conclure que deux patients ont le même problème parce qu'ils présentent le même diagnostic. Dans une perspective de psychothérapie, poser un diagnostic n'est qu'un geste préliminaire qui doit être suivi d'une identification des problèmes individuels de chaque patient et de la formulation de cibles thérapeutiques formulées pour solutionner ces problèmes. Deuxièmement, cette façon de classifier exagère la notion qu'il s'agit d'un trouble unitaire (fondamentalement le même) et universel (constant à travers les époques et les cultures). L'évidence à cet effet est exagérée par les auteurs des études transculturelles qui partent d'un modèle bio-médical et cherchent les éléments communs de la «maladie» (Kleinman, 1987). Des études anthropologiques (Kleinman & Good, 1985) démentent la conclusion que toutes les dépressions à travers les cultures sont identiques. Par exemple, le sentiment écrasant de culpabilité vécu et exprimé par les déprimés occidentaux n'est pas retrouvé dans des cultures orientales, (Kleinman & Good, 1985).

#### *Epidémiologie des troubles de l'humeur*

Les données épidémiologiques dépendent évidemment d'une définition des troubles de l'humeur adoptée par les différentes équipes de recherche. Celles qui seront décrites ici s'appuient sur le DSM-III (donc sont guidées par un modèle bio-médical) et les études ont été exécutées aux États-Unis. La prévalence est définie comme la proportion de personnes qui répondent aux critères dans une population représentative à un moment donné. L'incidence est définie comme le nombre de nouveaux cas qui se déclarent pendant une période donnée. Les symptômes dépressifs en général sont extrêmement communs dans la population: 13% à 20% les rapportent. Ils sont plus fréquents chez les femmes, les groupes socio-économiques plus faibles, chez les personnes divorcées ou séparées (Boyd & Weissman, 1982). La prévalence de la dépression unipolaire est à peu près 3% pour les hommes et entre 5% à 9% pour les femmes. L'incidence par année est entre 80 à 200 pour 100 000 hommes et entre 250 et 7800 pour 100 000 femmes (Boyd & Weissman, 1982). La différence peut être expliquée par une plus grande facilité qu'ont les femmes à admettre des symptômes dépressifs mais il est aussi possible que les hommes dépressifs abusent de l'alcool et sont plutôt diagnostiqués comme alcooliques que comme déprimés. Chez les hommes et les femmes, la prévalence augmente avec l'âge et chez les femmes surtout elle est à son sommet entre l'âge de 35 à 45 ans.

On estime que la prévalence pour les troubles bipolaires est moins que 1%. L'incidence annuelle est entre 9 à 15 sur 100 000 pour les hommes et entre 7 à 30 sur 100 000 pour les femmes. Le ratio homme-femme varie entre 13:1 et 2:1 (Krauthammer & Klerman, 1979).

Bien que la prévalence, pour les troubles dysthymiques comme tels, n'a pas encore été rapportée, le taux de prévalence des dépressions chroniques (durée des symptômes de plus de 2 ans) est estimé entre 10 à 12% (Scott, 1988).

## Abstract

This paper overviews the gradual evolution of the concept of depression as well as its modern sense. Psychological and bio-medical conceptions of depression are critically discussed.

## REFERENCES

- Boyd, J.H., Weissman, M.M. (1982). Epidemiology. In E.S. Paykel (Ed.). *Handbook of affective disorders*. Churchill Livingstone, Edinburgh.
- Boyer, J.L., Guthrie, L. (1985). Assessment and treatment of the suicidal patient. In E.E. Beckham, W.R. Leber (Eds). *Handbook of depression*. The Dorsey Press, Homewood, Illinois.
- Breiter, A., Charney, D.S. Heninger, G.R. (1984). Major depression in patients with agoraphobia and panic disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*, 41, 1129-1135.
- Gelder, M., Gath, D., Mayor, R. (1983). *Oxford textbook of Psychiatry*. Oxford University Press.
- Jackson, S. (1985). Acedia the sin and its relationship to sorrow and melancholia. In A. Kleinman & D. Good (Eds). *Culture and Depression*. University of California Press, Berkeley.
- Kiloh, L.G., Andrews, G., Nielson, M., Bianchi, G.N. (1972). The relationship between the syndromes called endogenous and neurotic depression. *Br. J. Psychiatry*, 121, 183-196.
- Kleinman, A. (1987). Anthropology and psychiatry. *Br. J. Psychiatry*, 151, 447-454.
- Kleinman, A., Good, B. (1985). *Culture and depression*. University of California Press, Berkeley.
- Krauthammer, C., Klerman, G. (1979). The epidemiology of mania. In B. Shopsin (Ed.). *Manic illness (pp. 11-28)*. Raven Press, New York.
- Leonhard, K., Jorff, I., Schulz, H. (1962). Die temperamente und den familien der monopolaren und bipolaren phasischen Psychosen. *Psychiatrie und Neurologie*, 143, 416-434.
- McLemore, C., Benjamin, L. (1979). Whatever happened to interpersonal diagnosis: a psychosocial alternative to DSM-III. *Am. J. Psychol.*, 34, 17-34.
- Millon, T., Kotik, D. (1985). The relationship of depression to disorders of personality. In E.E. Beckham, W.R. Leber (Eds). *Handbook of depression*. The Dorsey Press, Homewood, Illinois.
- Scott, J. (1988). Chronic depression. *Br. J. Psychiatry*, 15, 287-297.
- Storr, A. (1983). A psychotherapy looks at depression. *Br. J. Psychiatry*, 143, 431-435.