

UNIVERSITE PARIS XII - VAL-DE-MARNE
FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL

ANNEE 2001

N°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE
DOCTEUR EN MEDECINE
(avec Qualification en Médecine Générale)

Présentée et soutenue publiquement le

Par **RENAUD-PICOT Sandrine**

Née le 9 Avril 1971

A Champigny-sur-Marne

TITRE :

EVOLUTION DE LA SYMPTOMATOLOGIE DEPRESSIVE APRES SEVRAGE D'ALCOOL

DIRECTEUR DE THESE :
Docteur Henri-Jean AUBIN

LE CONSERVATEUR DE LA
BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE

Signature du
Directeur de Thèse

Cachet de la bibliothèque
Universitaire

PLAN

| | |
|--|---------|
| I – INTRODUCTION | 4 - 6 |
| II – ALCOOLISME ET DEPRESSION : REVUE DE LA LITTERATURE | 8 - 29 |
| III – METHODE | 31 - 32 |
| IV – RESULTATS | 34 - 38 |
| V – DISCUSSION | 40 - 41 |
| VI – CONCLUSION | 43 - 44 |
| VII – BIBLIOGRAPHIE | 46 - 52 |
| VIII – ANNEXES | 54 - 58 |

INTRODUCTION

INTRODUCTION

On peut distinguer deux types d'épisodes dépressifs majeurs chez les alcooliques (58) : les dépressions indépendantes de l'alcool et les dépressions induites par l'alcool. En effet, chacun des symptômes de l'épisode dépressif majeur peut être induit par la consommation excessive et chronique d'alcool :

- *L'humeur dépressive* est fréquente chez les alcooliques qui n'ont pas recours au déni et qui sont confrontés à une réalité difficile à vivre. Cependant, contrairement aux déprimés, cette réalité n'est pas filtrée par les cognitions négatives de la dépression.
- *L'anhédonie* est caractéristique de l'alcoolique qui ne s'intéresse plus à rien d'autre qu'à des activités liées à la boisson.
- *La perte ou le gain de poids* est un symptôme de l'épisode dépressif majeur. De nombreux alcooliques ont une mauvaise hygiène alimentaire et perdent du poids. D'autres, au contraire, profitent particulièrement bien de l'excès de calories apportées par les boissons alcooliques et prennent du poids.
- *L'insomnie ou l'hypersomnie* : 90 % des buveurs souffrent, comme les dépressifs, d'un réveil matinal précoce. Le buveur excessif s'endort brutalement dans un sommeil très profond pendant trois ou quatre heures ; il y a ensuite une inversion de la qualité du sommeil avec un allègement considérable du sommeil, entrecoupé d'éveils fréquents, voire d'un éveil définitif très tôt dans la nuit. L'alcoolique se plaint le plus souvent d'un sommeil agité, de cauchemars et de sueurs. D'autres alcooliques, au contraire, bénéficient pleinement de l'effet sédatif de l'alcool et ont une hypersomnie avec allongement de la durée du sommeil.
- *Le ralentissement* est également fréquent chez l'alcoolique. Il peut être lié à une usure à la fois cognitive et somatique. Parfois, au contraire, c'est l'*agitation* qui est au premier plan, en particulier dans les ivresses excito-motrices et dans les syndromes de sevrage.
- *La fatigue et la perte d'énergie* sont des symptômes fréquents chez les alcooliques.
- *La dévalorisation et la culpabilité* peuvent apparaître dans les moments où le déni, mécanisme de défense, n'est plus au premier plan. Les alcooliques sont

alors face à une réalité pénible : déchéance cognitive et physique, dégradation de leurs relations sociales. La différence avec les déprimés est que la dévalorisation et la culpabilité sont, chez l'alcoolique, congruentes à la réalité.

- *Les troubles cognitifs* sont très fréquents chez les alcooliques : troubles de la mémoire, de l'attention, de la concentration et du raisonnement.
- Enfin, concernant le suicide, on trouve très fréquemment des passages à l'acte de type impulsif dans un contexte de grande alcoolisation, avec suicide réussi ou non. Par contre, on retrouve moins de projet suicidaire construit, qui sont plus souvent le fait d'authentiques épisodes dépressifs.

Ainsi, on comprend bien qu'il soit parfois difficile de faire la part d'un authentique processus dépressif et de l'alcool chez un alcoolique présentant ces symptômes.

Il existe, à première vue, une forte comorbidité entre l'alcoolisme et la dépression (33, 24). Cependant, à y regarder de plus près (58), la prévalence des dépressions indépendantes de l'alcool (l'épisode dépressif a débuté avant le début de l'alcoolodépendance ou au cours d'une période prolongée d'abstinence) est très proche de la prévalence de l'épisode dépressif majeur dans la population générale (environ 15 % aux Etats-Unis). En revanche, la prévalence des dépressions induites par l'alcool était plus importante, supérieure à 26 %.

L'immense majorité des essais cliniques concernant l'efficacité des anti-dépresseurs dans la dépression avait l'alcoolisme comme critère de non inclusion. Les rares études concernant l'efficacité des anti-dépresseurs chez les alcooliques ont montré, soit une absence d'effet, ou un effet modéré (17,46,38,42,55,47). D'autre part, la pratique de l'alcoologie nous a montré une amélioration spectaculaire de la symptomatologie dépressive après le sevrage chez beaucoup de patients. Malheureusement, nous n'avons pas retrouvé cette donnée dans la littérature.

Ainsi, nous avons voulu montrer, dans ce travail, que la grande majorité des épisodes dépressifs induits par l'alcool guérissait spontanément après sevrage

d'alcool, ce qui expliquerait certainement la difficulté de montrer une efficacité des anti-dépresseurs chez ces patients.

ALCOOLISME ET DEPRESSION

REVUE DE LA LITTERATURE

L'association entre alcoolisme et dépression est une donnée clinique d'observation courante : 98 % des alcooliques (44) présentent à un moment de leur existence des symptômes dépressifs. La survenue d'une dépression majeure peut majorer la sévérité et les conséquences de la conduite alcoolique. Les alcooliques déprimés sont, ainsi, particulièrement exposés au risque suicidaire et sont plus souvent hospitalisés.

De nombreux travaux épidémiologiques, génétiques, pharmacologiques et cliniques ont porté sur l'association entre alcoolisme et dépression et sur la nature de leur interrelation. Il apparaît ainsi que :

- l'intoxication et le sevrage alcooliques induisent avec une grande fréquence des symptômes dépressifs ou des syndromes dépressifs qui disparaissent à l'arrêt de l'intoxication ;
- certaines formes d'alcoolodépendance dites secondaires, beaucoup plus rares, peuvent correspondre à l'« auto-traitement » par l'alcool d'un trouble de l'humeur le patient recherchant dans l'ingestion répétée d'alcool un soulagement de ses affects dépressifs ;
- leur survenue simultanée ou successive, enfin, peut relever de la « coïncidence ».

La séquence d'apparition de la dépression et de l'alcoolodépendance conduit à distinguer les alcoolismes primaires compliquée d'une dépression secondaire des alcoolismes secondaires, apparus dans les suites d'un trouble de l'humeur. Même si beaucoup de patients font état d'alcoolisations « provoquées par le cafard, l'ennui, la tristesse, le découragement », les travaux réalisés dans ce domaine ne confirment pas que la dépression soit un facteur de risque majeur de survenue d'une alcoolodépendance. Nombre de patients tendent cependant, dans une attitude tenant quelque peu du déni à considérer comme une cause de l'alcoolisme un trouble de l'humeur qui est en réalité la conséquence de leur conduite de dépendance. La notion d'alcoolisme secondaire à la dépression et d'« auto-traitement » de la dépression par l'alcool connaît par ailleurs une fortune certaine

dans l'imaginaire social de la maladie alcoolique et dans la manière dont, entre autres, certaines œuvres de fiction rendent compte de l'alcoolodépendance.

EPIDEMIOLOGIE

Questions méthodologiques

Les chiffres de prévalence de la dépression chez les alcooliques sont variables d'une étude à l'autre. Ces variations tiennent à l'hétérogénéité des populations étudiées (consommateurs excessifs, sujets alcoolodépendants, patients sevrés ou non au moment de l'évaluation, ancienneté et importance variables de l'abus d'alcool) et à la diversité des méthodes d'évaluation de la dépression (échelles, questionnaires...). D'autres biais méthodologiques contribuent à rendre compte de la variabilité des données épidémiologiques.

Origine des patients

Les patients pris en charge en psychiatrie présentent plus de comorbidité psychiatrique que ceux suivis en alcoologie (44). La prévalence de l'alcoolisme et des autres addictions est, par ailleurs, plus élevée chez les malades déjà pris en charge et notamment chez ceux qui sont hospitalisés, qu'en population générale. La survenue d'une dépression chez un sujet alcoolodépendant représente une forte incitation, perçue par le patient lui-même ou son entourage, à solliciter une prise en charge ambulatoire ou hospitalière. Les alcooliques déprimés sont de ce fait sur-représentés parmi les patients consultants ou hospitalisés (44). Ce phénomène est une donnée générale des études épidémiologiques : les sujets présentant au moins deux maladies consultent plus souvent que ceux qui n'en présentent qu'une (Biais de Berkson, 1946).

Date d'évaluation

Les taux de prévalence de la dépression varient en fonction du moment où se situe l'évaluation par rapport au sevrage. Davidson et coll. (19), après d'autres, ont évalué la prévalence de la dépression à l'aide d'un entretien semi-structuré, le

Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS) chez 82 sujets alcoolodépendants. La prévalence de la dépression était de 67 % au début du sevrage et de 13 % après 7 à 10 jours de sevrage. Plus de la moitié des dépressions avaient rétrocedé sous l'effet du sevrage.

Les études rétrospectives, par ailleurs, surestiment la prévalence des troubles dépressifs associés. Les alcooliques, interrogés sur leur état antérieur, considèrent fréquemment comme d'ordre dépressif nombre de symptômes qui sont directement provoqués par la dépendance ou le sevrage. Seules les études prospectives, d'une réalisation plus difficile, permettent une évaluation précise de la séquence d'apparition des troubles dépressifs et de l'alcoolisme.

Prévalences des symptômes et des maladies

En population générale, la prévalence des symptômes psychiatriques est deux à trois fois supérieure à celle des maladies psychiatriques. Chez les alcooliques, le rapport entre la fréquence des symptômes et celle des maladies est encore plus élevé : la prévalence des symptômes psychiatriques est ainsi sept à huit fois supérieure à celle des maladies psychiatriques. L'abus ou la dépendance alcooliques induisent donc plus de symptômes psychiatriques que de troubles psychiatriques « complets » et persistants. Les symptômes dépressifs isolés (tristesse, découragement) s'observent chez près de 90 % des alcooliques, alors que seuls un tiers des sujets présentent un état dépressif durant plus de deux semaines et 5 % un épisode dépressif majeur (57).

ETUDES EN POPULATION GENERALE

L'étude de Weissman et coll. (66) avait pour objet d'évaluer la fréquence de la dépression sur un échantillon de la population générale des Etats-Unis. Sur 938 sujets des deux sexes, 2.6 % ont été considérés comme alcooliques. 44 % d'entre eux ont présenté une dépression majeure, 15 % une dépression mineure et 6 % un trouble bipolaire de l'humeur, ces diagnostics ne s'excluant pas l'un l'autre. 32 % des sujets ont présenté un seul type de trouble de l'humeur au cours de la vie, 12 % deux types et 9% à trois ou quatre types de trouble de l'humeur. Weissman et coll.

démontrent la fréquence et l'hétérogénéité des troubles de l'humeur chez l'alcoolique. Les mêmes auteurs ont évalué à 15 % la fréquence de la coexistence ponctuelle, au moment de l'étude, de l'alcoolisme et de la dépression.

L'étude Epidemiological Catchment Area a porté sur 18 571 sujets en population générale. Elle a retrouvé, chez les patients présentant un abus ou une dépendance alcooliques, un taux de prévalence sur la vie entière pour la dépression de 13.4 %. Le risque relatif de dépression sur la vie entière était de 0.9 en cas d'abus d'alcool et de 1.6 en cas de dépendance. Chez les sujets présentant un trouble de l'humeur, le risque relatif d'alcoolisme était de 1.9. 21.8 % des sujets ayant des antécédents de troubles de l'humeur avaient présenté un abus ou une dépendance alcoolique. Le risque d'alcoolisme était particulièrement élevé en cas de trouble bipolaire de l'humeur (86.6 % d'alcoolisme et risque relatif de 3.7. La National Comorbidity Survey (NCS), qui a porté sur 8098 sujets en population générale (31), a retrouvé un risque de dépression, sur six mois, multiplié par 2.6 chez les alcooliques.

La dernière étude en population générale publiée est la National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey (NLAES) (42 862 sujets en population générale) (24). Les chercheurs ont utilisé des entretiens semi-structurés pour établir les diagnostics selon les critères du DSM IV. La prévalence de la dépression était de 3.3 % sur l'année précédant l'évaluation et de 9.86 % sur la vie entière (8.64 % chez les hommes et 10.99 % chez les femmes). La prévalence de l'abus ou de la dépendance alcooliques était, sur l'année, de 20.5 % chez les hommes et de 9.1 % chez les femmes. Chez les patients présentant un abus ou une dépendance alcooliques, la prévalence de la dépression était de 36.3 % sur l'année et de 40 % sur la vie entière.

La différence entre l'abus et la dépendance alcooliques en terme de risque de dépression était sensible. Le taux de dépression sur la vie entière était de 32.5 % en cas de dépendance et seulement de 7.5 % en cas d'abus d'alcool. Chez l'homme, l'augmentation du risque de dépression associée à l'abus d'alcool (exprimée sous forme d'odd ratio) était de 2.12 et le risque associé à la dépendance de 4.58. Chez

la femme l'augmentation du risque de dépression était de 3.28 en cas d'abus d'alcool et de 3.78 en cas de dépendance.

ETUDES CHEZ DES PATIENTS CONSULTANTS OU HOSPITALISES

Hesselbrock et coll. (31) ont retrouvé, chez 321 alcooliques hospitalisés, une prévalence, sur la vie entière, de 38 % de la dépression chez les hommes et de 52 % chez les femmes. Hasin et coll. (1988) ont observé une prévalence de la dépression de 68 % chez les alcooliques hospitalisés et Dackis et coll. (18) un taux de 30.2 % de dépression dans une population équivalente. Brady et coll. (9), plus récemment, ont retrouvé un abus d'alcool chez 30 % des patients hospitalisés pour trouble bipolaire de l'humeur. L'alcoolisme était particulièrement fréquent chez les sujets présentant des états mixtes et/ou maniaques (9).

CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES ET PSYCHIATRIQUES

Selon Ross et coll. (1988) les alcooliques mariés sont moins fréquemment déprimés que les divorcés ou les veufs. Le niveau d'éducation apparaît inversement proportionnel au nombre de diagnostics psychiatriques associés à l'alcoolisme. La plupart des travaux récents, cependant, démontrent que les alcooliques déprimés ont des caractéristiques sociodémographiques comparables à celles de l'ensemble des autres alcooliques (63). Davidson (19) n'a pas mis en évidence de différence majeure entre les alcooliques déprimés et les alcooliques non déprimés, en termes de variables sociodémographiques, d'histoire de l'alcoolisme et de consommation d'alcool.

Roy et coll. (54) ont, par ailleurs, retrouvé un tiers d'antécédents de dépression majeure chez les 339 alcooliques de leur étude. Les alcooliques déprimés présentaient plus souvent que les alcooliques non déprimés un trouble panique ou phobique, une anxiété généralisée. Roy et coll. (54) ont, comme Ross et coll. (1988), noté que les alcooliques qui étaient dépendants d'autres substances telles que les barbituriques, les opiacés ou le cannabis étaient plus souvent déprimés.

EFFET DE LA DEPRESSION SUR L'EVOLUTION DE L'ALCOOLISME

Les données de la littérature dans le domaine sont particulièrement contrastées. La plupart des travaux s'accordent sur le fait que les patients présentant une association alcoolisme-dépression évoluent davantage comme des alcooliques que comme des déprimés. La dépression majore cependant les conséquences sociales de l'alcoolodépendance et augmente la fréquence des hospitalisations. Selon Rounsaville et coll. (53) qui ont réalisé une étude prospective auprès de 321 alcooliques, l'association, chez l'homme, d'une dépression péjore le pronostic de l'alcoolisme (augmentation de la fréquence des alcoolisations, de la sévérité des atteintes physiques, psychiques et sociales). L'association alcoolisme dépression a, chez la femme, un meilleur pronostic que l'alcoolisme sans trouble psychiatrique associé.

Les alcooliques déprimés (54), divorcent plus souvent et présentent un alcoolisme à début plus précoce. Les alcoolismes compliqués de dépression s'accompagnent plus fréquemment d'altérations cognitives à type de « black-outs » intellectuels (71) et de syndromes de sevrage sévères. Ces données sont contredites par les résultats de travaux plus récents comme ceux de Miller (44) qui a tenté de déterminer l'influence de la dépression sur l'évolution de l'alcoolisme chez 6 355 patients alcoolodépendants ambulatoires ou hospitalisés. La prévalence de la dépression, sur la vie entière, était de 56.3 %. La présence d'une dépression n'est pas apparue comme un facteur déterminant de l'évolution. Le pourcentage de sujets restés abstinents 6 et 12 mois après le sevrage était de 54.9 % chez les patients ayant présenté une dépression et de 54.4 % chez ceux qui n'avaient pas présenté de dépression. Le fait d'assister aux réunions des Alcooliques Anonymes était un facteur plus déterminant de l'évolution que la présence ou l'absence de dépression. Les alcooliques déprimés ont donc, selon cette étude, une évolution plus proche de celle des alcooliques non déprimés que de celle des patients présentant un trouble de l'humeur.

CARACTERE PRIMAIRE OU SECONDAIRE DE L'ALCOOLISME

La plupart des auteurs s'accordent sur le fait que la dépression chez l'alcoolique est le plus souvent un phénomène secondaire. Pour Schuckit (57), la dépression est induite par l'alcoolisme dans près de 90 % des cas et la plupart de ces épisodes dépressifs cèdent sous l'effet du sevrage. Les données de Davidson (19) vont dans le même sens et montrent une diminution de la prévalence de la dépression (de 67 à 13 %) chez l'alcoolique après le sevrage.

L'étude ECA a noté, par ailleurs, que les dépressions primaires compliquées d'alcoolisme étaient plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes : l'alcoolisme précède la dépression chez 78 % des hommes et la dépression précède l'alcoolisme chez 66 % des femmes (30).

Une étude menée auprès de 80 adultes jeunes à risque de dépression a recherché de manière prospective le risque d'alcoolisme secondaire chez les patients déprimés. Il est apparu que la dépression n'augmentait pas la prévalence de l'alcoolisme. Au moment où ils étaient déprimés, la plupart des sujets avaient même tendance à réduire leur consommation d'alcool (28).

La plupart des études confirment donc, notamment chez l'homme, le caractère plus souvent secondaire de la dépression chez l'alcoolique. La dépression chez les patients alcooliques peut (57) être considérée comme une entité clinique différente des troubles de l'humeur isolés. Son déterminisme pourrait moins relever d'une perturbation thymique primitive que des effets sur l'humeur de l'alcoolodépendance. Cette conception a conduit la classification du DSM IV à individualiser la dépression chez l'alcoolique en tant que « trouble de l'humeur induit par une substance » (tableau ci-dessous).

Critères du DSM IV du trouble de l'humeur induit par une substance :

| |
|---|
| <p>A. Une perturbation thymique au premier plan et prolongée domine le tableau clinique et est caractérisée par l'un des deux (ou les deux) critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - humeur dépressive ou diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités ; - humeur expansive ou irritable. |
| <p>B. Les antécédents, l'examen clinique ou les examens biologiques montrent clairement que soit (1) soit (2) :</p> <p>(1) Les symptômes du critère A sont apparus pendant ou dans le mois ayant suivi une intoxication ou un sevrage.</p> <p>(2) La prise d'un médicament est un facteur causal.</p> |
| <p>C. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble de l'humeur non induit par une substance. Les éléments suivants sont à prendre en compte pour montrer que les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un trouble de l'humeur non induit par une substance ; les symptômes ont persisté pendant une période de temps conséquente (p. ex. environ un mois) après la fin d'un sevrage aigu ou d'une intoxication grave ou ils sont disproportionnés par rapport à ce qui peut être attendu étant donné le type ou la quantité de substance prise ou la durée de la consommation ou d'autres signes évoquent l'existence indépendante d'un trouble de l'humeur non induit par une substance (p. ex. antécédents d'épisodes dépressifs majeurs récurrents).</p> |
| <p>D. Le trouble n'apparaît pas uniquement lors d'une phase de delirium.</p> |
| <p>E. Les symptômes provoquent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.</p> |

PARTICULARITE DE L'ASSOCIATION ALCOOLISME TROUBLE BIPOLAIRE DE L'HUMEUR

Chez les patients présentant un trouble bipolaire de l'humeur et un alcoolisme, le trouble thymique apparaît habituellement plus tôt et les états mixtes sont plus fréquents. La prise d'alcool est souvent provoquée par les accès maniaques et les états mixtes. L'irritabilité et la désinhibition que comportent les accès maniaques et les états mixtes favorisent les alcoolisations (9).

Feinman et Dunner (22) ont comparé les caractéristiques cliniques des troubles bipolaires en fonction de la présence ou de l'absence d'un alcoolisme associé. Ils ont étudié de manière rétrospective les dossiers de 188 sujets bipolaires. Tous les patients avaient présenté au moins un épisode dépressif durant plus de deux semaines et un épisode maniaque. 55 % des hommes et 35 % des femmes avaient des antécédents d'alcoolisme ou de toxicomanie. Dans 27 % des cas, l'alcoolodépendance était apparue après le trouble de l'humeur (Alcoolisme Secondaire) et dans 19 % des cas l'alcoolisme avait précédé le trouble bipolaire (Alcoolisme Primaire). Le pourcentage de femmes était de 57 % dans le groupe de trouble bipolaire sans alcoolisme, de 46 % parmi les alcoolismes secondaires et de 32 % parmi les alcoolismes primaires. Les formes à cycles rapides étaient plus fréquentes chez les patients sans alcoolisme associé. L'âge de début de la maladie était plus précoce en cas d'alcoolisme primaire. Feinman et Dunner (22) ont, comme Brady (9), noté que l'alcoolisme était plus souvent induit par les accès maniaques que par les dépressions. Deux tiers des patients maniaco-dépressifs en phase maniaque avaient tendance à augmenter leur consommation d'alcool alors que seulement 20 à 30 % des déprimés augmentaient leur ingestion d'alcool.

Winokur et coll. (69) ont suivi pendant 5 ans 231 patients présentant un trouble bipolaire de l'humeur (70 cas associés à un alcoolisme et 161 cas sans alcoolisme). Ils ont également étudié la famille des sujets bipolaires et un groupe de sujets contrôles. Ils ont noté que l'alcoolisme était plus fréquent dans le groupe des sujets bipolaires que chez les sujets contrôles. Les antécédents psychiatriques des sujets bipolaires alcooliques ou non alcooliques étaient comparables : la fréquence des antécédents d'alcoolisme et de troubles de l'humeur n'était pas différente dans les deux groupes. Les patients bipolaires alcooliques ont donc des antécédents familiaux plus proches de ceux des autres sujets bipolaires que de ceux des alcooliques.

L'association alcoolisme-trouble bipolaire ne semble donc pas correspondre à un trouble spécifique, transmis de manière familiale et ou génétique. Winokur et coll. (69) suggèrent, par ailleurs, que l'alcoolisme pourrait, chez certains patients, constituer un facteur de stress révélant la bipolarité. Les sujets présentant un trouble bipolaire compliqué d'alcoolisme se distinguent des autres bipolaires par une personnalité « instable » de type sociopathique. Leur trouble de la personnalité favoriserait la survenue d'épisodes d'alcoolisation pathologique qui eux mêmes peuvent déclencher des accès maniaques ou plus rarement dépressifs. Les formes de troubles bipolaires associées à l'alcoolisme seraient, dans ces conditions, moins fortement génétiquement déterminées que les autres troubles bipolaires. Elles résulteraient de la conjonction d'un facteur de susceptibilité biologique dont la nature n'est pas connue avec précision, d'un trouble de la personnalité et des effets de l'ingestion d'alcool en tant que facteur déclenchant d'un accès maniaque.

FACTEURS GENETIQUES ET INTERACTION ALCOOLISME-DEPRESSION

Les troubles de l'humeur et l'alcoolisme sont deux maladies génétiquement influencées : le risque d'alcoolodépendance est multiplié par sept chez les descendants d'alcooliques (45) et le risque de dépression est majoré chez les descendants de sujets déprimés. Il apparaît cependant que ces deux troubles obéissent à des modes de transmission différents. Cloninger et coll. (16), au terme d'une revue de l'ensemble des études publiées sur les jumeaux adoptés, ont en effet conclu à l'indépendance génétique de l'alcoolisme et de la dépression. L'alcoolisme et la dépression sont transmis familialement de manière distincte et indépendante. Schuckit (57) a noté que les fils d'alcooliques, qui sont plus exposés que les témoins à l'alcoolodépendance, ne présentent pas plus souvent de dépression. Une étude prospective de 18 ans d'une population de patients déprimés n'a, par ailleurs, pas montré chez ces sujets une augmentation du risque d'alcoolodépendance.

Les données de Maier et coll. (39), provenant de l'analyse génétique de 146 sujets présentant un trouble bipolaire ou un alcoolisme confirment l'indépendance de la transmission des deux troubles. Maier et coll. ont ainsi montré :

- une agrégation familiale pour le trouble bipolaire (risque relatif de 5.2 dans la famille des patients bipolaires) ;
- une agrégation familiale pour l'alcoolisme (risque relatif de 3.7) ,
- une augmentation modérée et non significative du risque d'alcoolisme sans trouble bipolaire chez les parents de sujets présentant un trouble bipolaire sans alcoolisme (risque relatif de 1.5 non significatif) ;
- une absence d'augmentation de la prévalence du trouble bipolaire dans la famille des sujets présentant un alcoolisme isolé, sans trouble de l'humeur (risque relatif de 0.6).

Modes de transmission des formes cliniques associant dépression et alcoolisme.

Le sous groupe des alcooliques déprimés peut correspondre à une entité clinique et biologique particulière (alcoolisme ou dépression « comorbides ») dont les déterminants génétiques et/ou familiaux peuvent être spécifiques (39). La comorbidité alcoolisme-dépression ne relèverait pas seulement de l'association de deux troubles mais représenterait un trouble distinct. Maier et coll. (39) ont ainsi retrouvé une agrégation de l'association alcoolisme-trouble bipolaire dans l'entourage familial des sujets présentant un alcoolisme et un trouble bipolaire (risque relatif de 12.6). Cette agrégation était plus importante que dans la population générale et que dans l'entourage familial des sujets présentant un alcoolisme isolé ou un trouble bipolaire isolé.

La dépression associée à l'alcoolisme pourrait donc être génétiquement transmise de manière indépendante. Sa transmission peut correspondre aux situations suivantes :

- une susceptibilité familialement transmise vis-à-vis des deux troubles ;
- une susceptibilité familiale à l'alcoolisme et un trouble de l'humeur non familial ;
- une susceptibilité familiale aux troubles de l'humeur et un alcoolisme non familial.

Les travaux de Winokur et coll. (68) aboutissent à des conclusions différentes. Winokur en effet, n'a pas mis en évidence de transmission familiale de l'association alcoolisme-dépression. Cet auteur a même retrouvé des taux plus élevés d'alcoolisme dans la famille des sujets présentant un trouble bipolaire isolé que dans la famille des sujets présentant une association alcoolisme-dépression.

FACTEURS NEUROCHIMIQUES ET PHARMACOLOGIQUES

Freud notait dès 1927 que l'intoxication alcoolique avait une fonction contra-dépressive, l'ivresse représentant une « suppression, toxiquement réalisée des dépenses de refoulement. » « En tant que moyen de défense (23) contre la douleur, l'humour prend place dans la grande série des méthodes que la vie psychique de l'homme a édifiées en vue de se soustraire à la contrainte de la douleur, série qui s'ouvre par la névrose et la folie et embrasse également l'ivresse ». Les travaux pharmacologiques ultérieurs ont confirmé les effets euphorisants et désinhibiteurs de l'ingestion d'alcool.

Facteurs pharmacologiques

Chez le sujet normal, l'effet euphorisant de l'alcool s'observe au cours de la phase d'absorption. La phase d'élimination de l'alcool s'accompagne de fatigue et de somnolence. Chez les alcooliques, l'ingestion d'alcool peut être dépressogène, d'autant plus que les quantités consommées sont massives. Un travail de Mayfield et Allen (43) avait comparé les effets de l'ingestion d'alcool sur l'humeur chez les sujets contrôles, des alcooliques non déprimés et des alcooliques déprimés. Les effets euphorisants de l'alcoolisation étaient plus marqués chez les témoins, moins nets chez les alcooliques non déprimés et encore moins marqués chez les alcooliques déprimés.

L'effet psychotrope euphorisant, même chez les sujets contrôles, est variable et incertain. Une administration modérée d'alcool (trois à cinq verres) peut induire des états de tristesse et d'irritabilité chez les sujets contrôles. La survenue, chez des sujets non alcooliques, d'idées de suicide et d'affects dépressifs après deux semaines d'intoxication expérimentale par l'alcool a même été rapportée (44). L'effet dépressogène de l'ingestion d'alcool est plus fréquent chez les femmes (56).

Il est ainsi apparu, chez les femmes de la population générale, non alcooliques et non déprimées, une corrélation négative entre la présence d'affects dépressifs, de dépressions infracliniques et la consommation d'alcool. Les effets de l'alcool sont, par ailleurs conditionnés par les caractéristiques psychologiques des sujets et leur attente vis-à-vis de l'alcool.

Chez les alcooliques, dans l'ensemble, les effets psychotropes de l'ingestion d'alcool sur l'humeur sont plutôt négatifs. L'abus d'alcool induit surtout des états dysphoriques avec insomnie, tristesse, anxiété et parfois des dépressions sévères. Ces états dysphoriques peuvent s'accompagner de conduites suicidaires, d'hostilité et de culpabilité.

L'intoxication massive et prolongée d'alcool, malgré l'anticipation d'effets positifs par le patient, est donc dépressogène. La poursuite de l'intoxication résulte alors d'un cercle vicieux psychocomportemental complexe marqué par le contraste permanent entre les effets obtenus et les attentes, et la recherche éventuelle par certains alcooliques d'états dysphoriques pénibles susceptibles de soulager leur culpabilité et leurs désirs d'autodestruction. Ces effets dysphoriques de l'alcool pourraient être parfois plus inconsciemment recherchés que les effets euphorisants.

Bien que l'hypothèse d'une automédication par l'alcool chez certains patients déprimés ne puisse être totalement écartée, les effets pharmacologiques complexes et paradoxaux de l'alcool laissent planer le doute sur l'étiopathogénie purement pharmacologique des alcoolismes secondaires aux états dépressifs (2). La notion d' »automédication » par l'alcool se heurte au fait qu'une consommation prolongée et massive d'alcool aggrave le trouble de l'humeur qu'il était censé améliorer.

Facteurs neurochimiques

Les effets neurochimiques de l'alcool sont :

- variables et le plus souvent opposés en fonction de la quantité d'éthanol ingérée ;
- variables entre les alcooliques et les témoins ;

- aspécifiques, portant sur l'ensemble des neuromédiateurs (glutamate, dopamine, sérotonine, noradrénaline, GABA), les récepteurs au glutamate ainsi que les seconds messagers intracellulaires (AMP cyclique...).

L'action de l'alcool sur la noradrénaline est principalement stimulante. Une ingestion aiguë ou chronique augmente le turnover de la noradrénaline cérébrale et diminue la sensibilité des récepteurs bêta-adrénergiques. Des effets inverses s'observent à l'occasion du sevrage alcoolique. L'administration prolongée d'alcool diminue, par ailleurs, le turnover de la dopamine. Chez les alcooliques déprimés, Roy et coll. (54) ont montré une diminution des taux d'acide homovanilique, métabolite de la dopamine.

L'alcool modifie la neurotransmission sérotoninergique. Les taux de 5-HIAA dans le liquide céphalo-rachidien, chez les alcooliques abstinents depuis cinq jours et les sujets abusant de l'alcool, sont significativement abaissés. Une corrélation positive a été mise en évidence entre la durée de l'abstinence et les taux de 5-HIAA dans le LCR. Le taux des métabolites de la sérotonine augmente quand le sevrage se prolonge. Les modifications des taux cérébraux de sérotonine sous l'effet de l'alcool pourraient (62) expliquer la fréquence des troubles dépressifs chez les alcooliques.

L'éthanol augmente les effets comportementaux, physiologiques et pharmacologiques du GABA. Au moment du sevrage alcoolique, la stimulation des récepteurs au GABA par l'éthanol cesse brusquement et l'axe hypothalamohypophyso-surrénalien est activé. Les dépressions survenant au moment du sevrage alcoolique pourraient être dues à cette activation surrénale pathologique.

PRINCIPAUX TABLEAUX CLINIQUES

Principes de l'approche clinique chez l'alcoolique déprimé.

Les épisodes dépressifs majeurs chez l'alcoolique ont habituellement une symptomatologie typique. Les dépressions chez l'alcoolique peuvent aussi réaliser des états dysphoriques plus difficilement repérables dont les principaux symptômes (troubles du caractère, troubles du comportement, baisse de l'élan vital, désintérêt, insomnie, amaigrissement) sont intriqués à ceux de l'alcoolisme. La faible estime de soi et la dépendance affective sont des éléments psychologiques dominants (65) chez l'alcoolique déprimé. Les symptômes somatiques de dépression, le ralentissement psychomoteur et les troubles cognitifs sont fréquents. Backon (7), qui a étudié les dépressions associées à l'alcoolisme chez 45 soldats israéliens, a souligné la fréquence des réveils précoces, des réveils nocturnes, de la constipation et de l'irritabilité. Les alcooliques déprimés présenteraient, par ailleurs, plus fréquemment un délire alcoolique de type interprétatif et à thème persécutif (14). Selon Cornelius et coll. (17), les déprimés alcooliques diffèrent des déprimés non alcooliques par leur impulsivité, leurs troubles de la personnalité et leur inadaptation sociale. Les états de désinhibition et d'irritabilité induits par les alcoolisations devront, par ailleurs, être distingués des accès maniaques ou des états mixtes.

La distinction entre les dépressions secondaires à l'alcoolisme et les alcoolismes secondaires à un trouble de l'humeur est souvent difficile. Les patients tendent habituellement à mettre en avant les symptômes dépressifs pour « justifier » leur conduite de dépendance et ses conséquences sociales et somatiques. Il est donc nécessaire d'évaluer de manière rétrospective les différents troubles psychiatriques du patient et leur intrication avec l'alcoolisme. Schuckit (57) suggère pour cela de dater, en s'aidant éventuellement d'un graphe, le début de l'alcoolodépendance (date de survenue des premières difficultés induites par l'alcool), la durée et les dates des périodes de sobriété de plus de trois mois et celles des épisodes dépressifs majeurs.

La distinction entre alcoolisme primaire et secondaire est importante en termes de pronostic et d'orientations thérapeutiques : le trouble apparaissant le premier conditionne les modalités évolutives de la maladie (63). Brown et coll. (12) ont comparé l'évolution spontanée, sans traitement pendant quatre semaines, de 54

sujets. 15 présentaient un alcoolisme primaire, 12 un alcoolisme primaire et une dépression secondaire, 13 une dépression primaire et 12 une dépression primaire avec un alcoolisme secondaire. En cas d'alcoolisme primaire, associé ou non à une dépression, les symptômes dépressifs se sont sensiblement amendés en quatre semaines, sans antidépresseurs. La réduction des scores de l'échelle d'Hamilton de dépression était comprise entre 49 et 63%. Chez les sujets présentant une dépression primaire, associée ou non à un alcoolisme, la réduction était beaucoup plus modérée, entre 14 et 16%. L'humeur s'améliorait de manière plus précoce chez les alcooliques présentant une dépression secondaire que chez les sujets présentant une dépression primaire. L'anxiété et l'agitation régressaient plus vite chez les alcooliques déprimés. Les autres signes de dépression (troubles de concentration et autres troubles cognitifs, troubles végétatifs) évoluaient de manière comparable dans tous les groupes.

Dépressions secondaires à l'alcoolodépendance

Les troubles de l'humeur secondaires sont particulièrement fréquents chez les hommes alcooliques présentant des syndromes de sevrage à type de delirium tremens comportant d'importants symptômes hallucinatoires (25). Les alcooliques âgés, ceux qui présentent le plus de complications somatiques et de troubles cognitifs sont eux aussi davantage exposés aux dépressions secondaires (27).

La dépression de sevrage est une forme de dépression secondaire survenant dans les suites immédiates ou retardées du sevrage d'alcool.

Les réactions dépressives précoces, observées au cours des trois premières semaines du sevrage, sont marquées par la fatigue, l'aboulie, une humeur morose et labile, une irritabilité et une anxiété. De courte durée, elles sont plus liées à l'intoxication elle-même qu'au sevrage. Elles guérissent en règle spontanément avec la poursuite du sevrage. Brown et Schuckit (11) ont confirmé le caractère transitoire de ces réactions dépressives précoces. Les symptômes dépressifs diminuent rapidement, le plus souvent pendant la deuxième semaine de sevrage. Les troubles de l'humeur disparaissent les premiers, suivis des symptômes somatiques et végétatifs de dépression. Un suivi prolongé a montré que les

symptômes dépressifs de sevrage ne réapparaissent que chez les patients se réalcoolisant. Certains auteurs (20) ont même considéré ces réactions dépressives comme constitutives, avec l'anxiété et l'irritabilité, du syndrome de sevrage.

Les dépressions tardives de sevrage apparaissent au cours des mois ou des années suivant le sevrage. Selon certains auteurs, elles sont un facteur de risque de rechute alcoolique. Pour d'autres, elles correspondent à une reprise de l'alcoolisation, plus ou moins dissimulée par le patient. Elles peuvent être liées aux effets « dépressogène » du sevrage, aux aléas psychologiques et existentiels caractérisant les suites du sevrage (difficulté d'adaptation à l'abstinence, réémergence de conflits annulés par l'alcoolisation, difficulté dans la reprise des rôles familiaux et sociaux). Les symptômes les plus souvent présents sont, par ordre décroissant, la baisse d'énergie, la culpabilité, les troubles de la concentration intellectuelle, la perte d'intérêt.

Heh et coll. (26) ont recherché des facteurs de risque de dépression de sevrage chez 78 alcooliques hospitalisés. Ils ont conclu que la sévérité de la dépression avant le sevrage conditionne la fréquence et la sévérité des dépressions dans les suites du sevrage. Les patients présentant des symptômes neurologiques importants et ceux qui sont peu irritables et peu agités seraient plus exposés au risque de dépression secondaire.

Alcoolismes secondaires à la dépression

La survenue d'une dépression induit plus fréquemment une réduction qu'une augmentation de la consommation d'alcool. Chez la femme, les dépressions primaires précédant l'intoxication sont cependant plus fréquentes. Cette différence selon le sexe reste mal expliquée. L'alcoolisme, chez la femme, commencerait plus tard que chez l'homme. La dépression aurait de ce fait plus de temps pour apparaître avant l'alcoolisme.

La principale caractéristique des dépressions primaires est leur « résistance » aux effets du sevrage. Le diagnostic de dépression primaire sera donc évoqué :

- devant un trouble de l'humeur persistant plus d'un mois chez un alcoolique effectivement sevré ;

- devant un trouble de l'humeur apparu avant toute conduite de dépendance ou lors d'une période d'abstinence.

Les alcoolismes secondaires à une dépression réactionnelle sont marquées, chez la femme, par la fréquence des situations d'abandon, de deuil, d'isolement affectif et social. Les alcoolisations sont solitaires, culpabilisées, plutôt vespérales et aboutissant à l'ivresse (64). Les patientes présentent fréquemment des périodes d'agitation et d'instabilité, une hyperémotivité et une tendance à l'auto-culpabilité.

Particularités cliniques de l'association alcoolisme-dépression chez la femme.

Souvent observé chez les femmes emprisonnées, l'alcoolisme secondaire est volontiers associée à une personnalité sociopathique et à des tentatives de suicide (38). Turnbull et Gomberg (64) suggèrent que les facteurs étiologiques sont moins d'ordre génétique qu'environnemental. Ils soulignent l'importance de la perturbation de l'environnement familial précoce du fait de l'absence ou de la perte d'un parent, d'un alcoolisme parental, d'une maladie psychiatrique chez l'un des deux parents ou de conflits entre les parents. La présence dans l'enfance d'un adulte investi affectivement et considéré comme protecteur est, à l'inverse, un facteur de bon pronostic et diminue la fréquence des états dépressifs et alcooliques de l'âge adulte. Cette présence a exercé un effet « tampon », amortissant et médiatisant les stress existentiels.

Turnbull et Gromberg (64) ont étudié les rapports entre la symptomatologie dépressive et la gravité de l'alcoolisme chez 301 femmes traitées pour un alcoolisme primaire ou secondaire. Il est apparu que les femmes les plus déprimées présentaient les alcoolismes les plus sévères et que les alcoolisations ne survenaient que pendant les périodes de dépression, associées à un intense sentiment de culpabilité. Les patientes alcooliques qui avaient perdu l'un de leurs parents avant l'âge de douze ans ou dont les parents avaient divorcé précocement étaient plus sévèrement déprimées.

Le fait de boire régulièrement et plus particulièrement en fin de semaine était plus corrélé à la perte d'estime de soi que les alcoolisations impulsives. La faible estime de soi était, par ailleurs, corrélée positivement à l'existence dans l'enfance de

conflits avec les parents et avec la perception négative de l'enfance. Les patientes qui avaient, à l'inverse, vécu avec leur père une relation proche et confiante avaient une estime d'elles-mêmes moins perturbée.

Turnbull et Gomberg (1990) ont, plus récemment, individualisé, auprès de 301 patientes alcooliques et déprimés, quatre facteurs cliniques principaux. Le premier facteur appelé humeur dépressive regroupe l'ennui, l'auto-dévalorisation, l'humeur triste, la fatigue, le désespoir, les idées d'échec, les troubles du sommeil, l'isolement et les pleurs. Le deuxième facteur correspond à la faible estime de soi. Il regroupe les sentiments de dépendance, d'indécision, d'infériorité et d'auto-dévalorisation. Le troisième facteur renvoie à la perception négative de l'enfance avec la sensation d'avoir été punie de manière injuste, d'avoir été mal aimée et non désirée et de n'avoir pas bénéficié d'assez d'attention. Le quatrième facteur regroupe les symptômes somatiques (anorexie, céphalées, douleurs gastriques, dyspnée, palpitations, variations pondérales, tremblements, sueurs excessives).

Les femmes alcooliques déprimées présentent fréquemment des conduites boulimiques. L'alcool est souvent utilisé en tant que facteur désinhibiteur pour favoriser les passages à l'acte boulimiques (11). Les autres addictions comportementales et notamment les achats compulsifs apparaissent particulièrement fréquents chez les femmes alcooliques déprimées (36).

TRAITEMENT DE LA DEPRESSION CHEZ LES ALCOOLIQUES

Il existe encore aujourd'hui un débat sur l'intérêt et les modalités du traitement anti-dépresseur chez les alcooliques. L'efficacité des anti-dépresseurs n'est pas encore clairement démontrée, les études ayant des résultats contradictoires (17,46,38,42,55,47). La plupart des études les plus anciennes n'imposaient pas le recrutement de patients abstinents, réduisant ainsi les chances de réponse au traitement, et seules quelques études récentes (42,55) ont distingué, pour l'inclusion de leurs patients, les dépressions primaires des dépressions secondaires à l'alcoolisme. On peut supposer que les dépressions secondaires à l'alcoolisme aient un fort taux de rémission spontanée après arrêt de l'alcool, diminuant ainsi la possibilité d'effets thérapeutiques de l'anti-dépresseur par rapport au placebo. En revanche, il est possible qu'une dépression primaire ait un taux plus faible de

rémission spontanée après arrêt de l'alcool, laissant une marge d'effet thérapeutique possible pour l'anti-dépresseur par rapport au placebo.

METHODE

Objectif

L'objectif de ce travail était de montrer que chez les patients alcoolodépendants qui se présentent lors d'une hospitalisation pour sevrage avec une dépression induite par l'alcool, la symptomatologie dépressive va s'amender spontanément en 2 semaines.

Critères d'inclusion

- Patients hospitalisés dans le service de médecine interne orienté en alcoologie de l'Hôpital Emile Roux, en cure ou en postcure.
- Alcoolodépendance, selon les critères du DSM IV (cf annexe 1).
- La date du dernier verre ne devait pas excéder 2 jours avant l'hospitalisation.
- Critères de l'épisode dépressif selon le DSM IV, à l'exception de la partie du critère D excluant les symptômes imputables aux effets physiologiques directs de l'alcool (cf annexe 2).
- Pas de traitement antidépresseur depuis 14 jours, au moment de l'entrée dans le service.

Nombre de sujets : 30

Instruments diagnostiques

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW sur la vie entière.

- Section alcoolodépendance (cf annexe 3).
- Section épisode dépressif majeur. 2 questions ont été ajoutées, permettant de distinguer les dépressions induites des dépressions indépendantes de l'alcool (cf annexe 4).

Critères de jugement

Nous avons choisi comme critère de jugement principal le critère habituellement retrouvé dans les études concernant l'efficacité des antidépresseurs dans la dépression majeure (50,70) : les répondeurs sont définis par une réduction d'au moins 50 % de leur score à l'échelle de dépression de Hamilton (HDRS). Nous avons également souhaité suivre l'évolution d'autres symptômes, en utilisant

l'échelle IDAS (Irritability, Depression, Anxiety, Scale) (60). Ces échelles (HDRS et IDAS) ont été passées avec les patients à J1 (lendemain de l'admission), J8 et J15.

Traitement

Tout antidépresseur était interdit pendant la durée de l'étude (15 jours).

RESULTATS

30 patients ont été inclus. Parmi ces 30 patients, 27 avaient un diagnostic de dépression induite par l'alcool, et 2 de dépression majeure indépendante de l'alcool. Un patient a été inclus par erreur, avec seulement 4 critères de dépression majeure.

Pour garantir une meilleure homogénéité du groupe de patients, nous avons exclu de notre étude ces 3 derniers patients.

Nous avons donc travaillé avec un échantillon de 27 patients, 22 hommes et 5 femmes, d'âge moyen 44 ans (sd =10 ans).

L'alcoolémie à l'entrée était négative pour 30 % des patients. Soixante dix pour cent des patients avaient pris leur dernier verre le jour de l'hospitalisation, 22 % la veille, et enfin 7 % des patients avaient pris leur dernier verre 2 jours avant l'hospitalisation. L'alcoolémie moyenne était à 0,9 g/l (sd = 0,9 g/l) avec un minimum à 0 g/l et un maximum à 2,8 g/l.

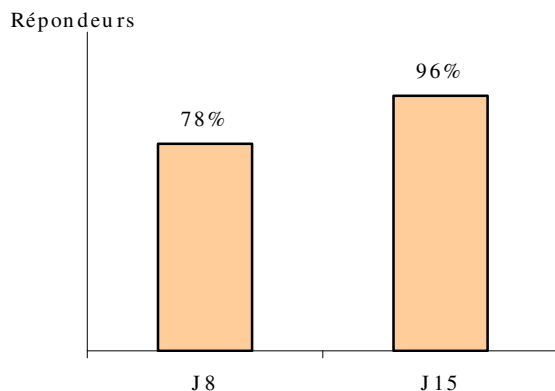
Le nombre moyen de critères de l'épisode dépressif majeur était de 7,1 (sd = 1,4) avec un minimum à 5 et un maximum à 9.

Les médicaments pris par les patients dans les 2 semaines précédant et dans les 15 jours suivant l'inclusion sont représentés dans le tableau suivant.

| Médicaments | Avant Hospitalisation | Après Hospitalisation |
|--|-----------------------|-----------------------|
| BENZODIAZEPINES | 5 (18,5 %) | 25 (92,6 %) |
| ATRIUM | 2 (7,4 %) | 1 (3,7 %) |
| EQUANIL | 4 (14,8 %) | 0 |
| NEUROLEPTIQUES | 1 (3,7 %) | 3 (11,1 %) |
| IMOVANE | 1 (3,7 %) | 1 (3,7 %) |
| AUTRES Antihypertenseurs Antibiotiques Insuline XATRAL | 10 (37,7 %) | 17 (63,5 %) |

Critère principal de jugement

A J8, 21 patients (78 %) étaient répondeurs à l'effet antidépresseur du sevrage (réduction d'au moins 50 % du score de dépression à la HDRS). A J15, 26 patients (96 %) étaient répondeurs à l'effet antidépresseur du sevrage d'alcool (voir tableau suivant).

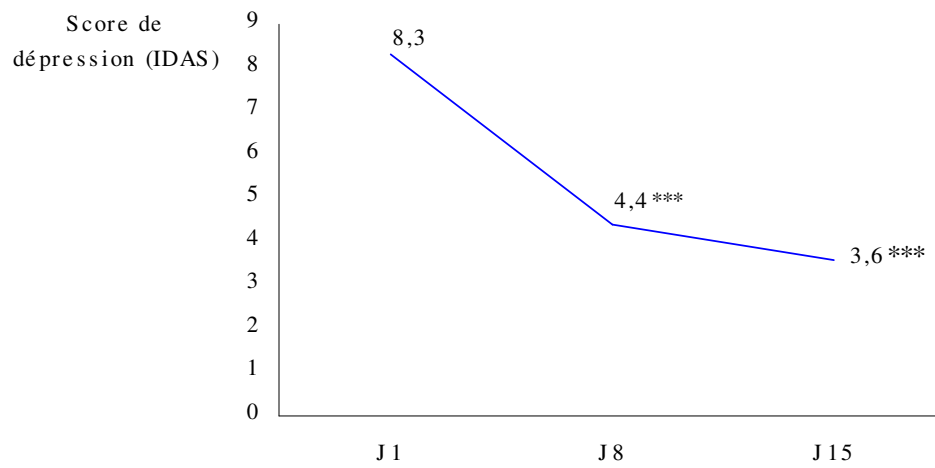
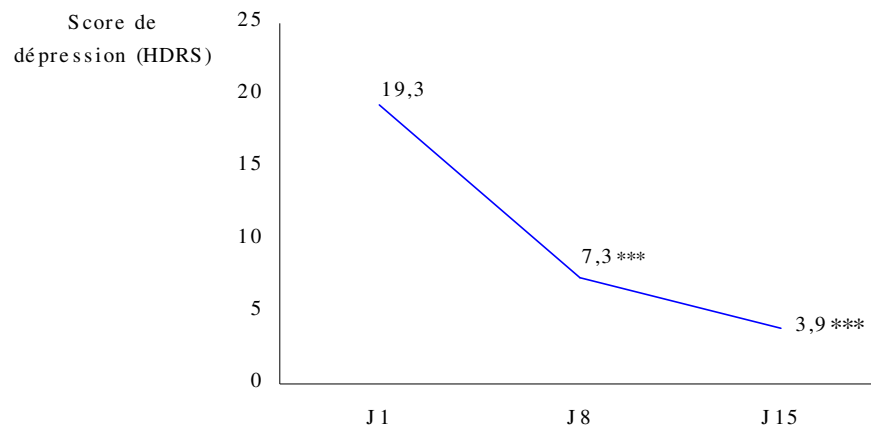


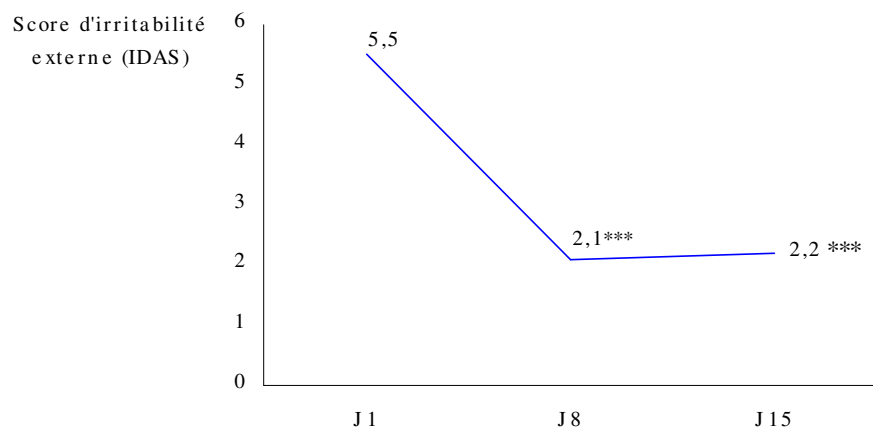
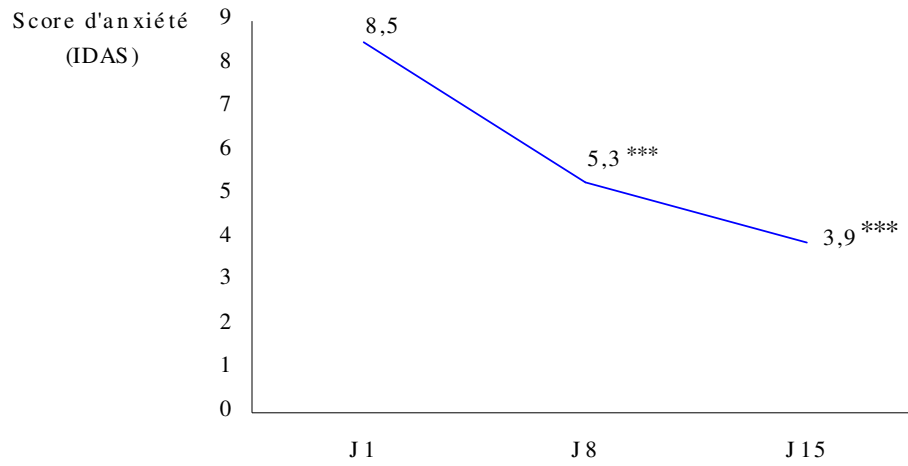
Signalons que les deux patients ayant un diagnostic de dépression indépendante de l'alcool étaient répondeurs à J8 et J15.

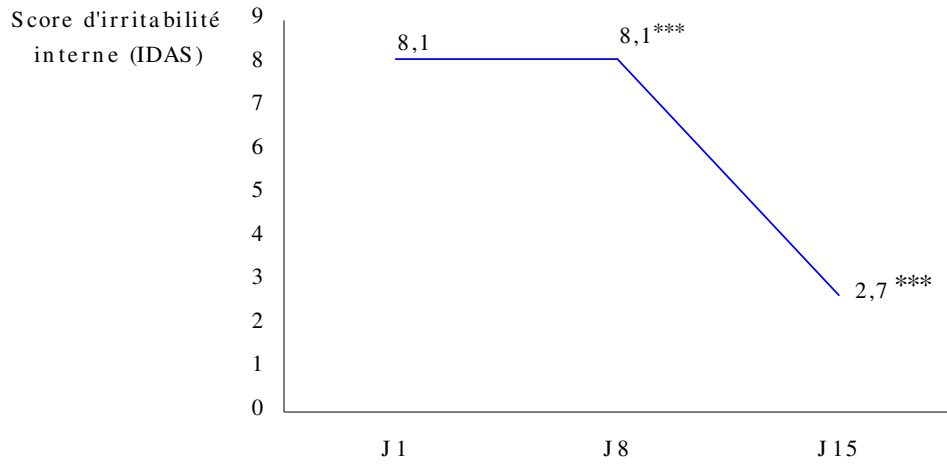
Evolution des dimensions psychopathologiques après hospitalisation pour sevrage d'alcool

| | J1 | J8 | J15 |
|------------------------------------|------------|--------------|--------------|
| Dépression (HDRS) | 19,3 (5,4) | 7,3 (4,2)*** | 3,9 (3,9)*** |
| Dépression (IDAS) | 8,3 (2,8) | 4,4 (2,9)*** | 3,6 (2,6)*** |
| Anxiété (IDAS) | 8,5 (3,2) | 5,3 (3,9)*** | 3,9 (3,4)*** |
| Irritabilité externe (IDAS) | 5,5 (3,1) | 2,1 (2)*** | 2,2 (2,4)*** |
| Irritabilité interne (IDAS) | 8,1 (2,9) | 8,1 (2,9) | 2,7 (3,4)*** |

Test t de Student pour séries appariées. *** p < .001







DISCUSSION

Les résultats confirment notre hypothèse d'une résolution spontanée de la symptomatologie dépressive en 2 semaines après une hospitalisation pour sevrage d'alcool, en dehors de tout traitement anti-dépresseur, dans le cas des dépressions induites par l'alcool. En effet, 93 % des patients étaient répondeurs, c'est-à-dire que leur score à l'échelle HDRS s'était réduit d'au moins de moitié depuis l'inclusion et était inférieur à 10 à J15. Ce taux de réponse est nettement supérieur à ce qui est habituellement trouvé dans les essais thérapeutiques avec les anti-dépresseurs dans l'épisode dépressif majeur, alors que, précisément, aucune médication anti-dépressive n'a été donnée aux patients. Ce résultat est donc lié à la combinaison de la privation complète d'alcool et de l'hospitalisation. Ainsi, il semble bien y avoir une résolution spontanée de l'épisode dépressif après sevrage d'alcool dans le cas des dépressions induites par l'alcool.

Les deux patients pour lesquels nous avons fait un diagnostic de dépression liée à l'alcool ont été répondeurs dès J8. Cependant, ce faible échantillon ne permet pas de conclure sur la fréquence de la rémission spontanée des dépression indépendantes de l'alcool après sevrage d'alcool.

Nous avons également trouvé une réduction significative de l'anxiété dès le 8^{ème} jour d'hospitalisation. Cette réduction de l'anxiété n'est pas surprenante, puisque le syndrome de sevrage, dont l'anxiété est une composante, disparaît habituellement en moins d'une semaine, même en l'absence de traitement (6). Par ailleurs, la majorité de nos patients était traitée par des médicaments anxiolytiques (essentiellement des benzodiazépines, mais également de l'Atrium et des neuroleptiques).

L'irritabilité externe a également significativement diminué au cours de la première semaine suivant l'inclusion. Là encore, on peut supposer que la résolution naturelle du syndrome de sevrage et le traitement anxiolytique ont participé à cet effet.

En revanche, l'irritabilité interne est restée à un niveau élevé au décours de la première semaine, pour chuter significativement au cours de la seconde semaine suivant l'inclusion. Nous n'avons pas d'explication concernant cette différence d'évolution entre l'irritabilité interne et externe.

En conclusion, les résultats de notre étude plaident en faveur de l'idée qu'il faut habituellement éviter de prescrire un traitement anti-dépresseur chez les sujets ayant un syndrome dépressif secondaire à l'alcoolisme, en période d'intoxication ou durant les tous premiers jours du sevrage. En effet, le syndrome dépressif se résout spontanément dans les 15 premiers jours dans la grande majorité des cas.

Notre étude ne permet pas, compte-tenu du trop faible nombre de patients ayant une dépression primaire (ou indépendante de l'alcool) de tirer une conclusion sur l'évolution spontanée du syndrome dépressif dans ce cas. Cependant, nos deux cas de dépression primaire ont été répondeurs dès J8.

CONCLUSION

Nous avons voulu montrer que, chez les patients alcoolodépendants se présentant pour une hospitalisation pour sevrage d'alcool avec une dépression induite par l'alcool, la symptomatologie dépressive s'amendait le plus fréquemment spontanément en deux semaines.

Nous avons inclus 27 patients alcoolodépendants ayant un diagnostic d'épisode dépressif majeur induit par l'alcool : au moins cinq critères d'épisode dépressif majeur selon le DSM IV pendant une période d'au moins quinze jours, sans que l'épisode dépressif majeur n'ait existé avant l'apparition de l'alcoolodépendance pendant une période prolongée d'abstinence. Aucun patient n'a reçu d'antidépresseurs dans les quinze jours précédents l'inclusion, qui avait lieu le jour de l'hospitalisation, ou pendant l'étude, qui a duré quinze jours, après l'inclusion. Nous avons utilisé, comme critère principal de jugement, le critère habituellement utilisé dans les études d'efficacité des antidépresseurs : une réduction d'au moins 50 % du score à l'échelle de dépression de Hamilton. D'autre part, nous avons étudié l'évolution des scores de dépression à l'échelle de Hamilton, et également des scores de dépression, d'anxiété, d'irritabilité externe et interne à l'échelle IDAS entre J1 et J8, puis J15.

Soixante dix huit pour cent des patients étaient répondeurs à l'effet antidépresseur du sevrage à J8, et 96 % étaient répondeurs à J15. Ce taux de réponse est nettement supérieur à ce qui est habituellement trouvé dans les essais thérapeutiques avec les antidépresseurs dans l'épisode dépressif majeur, même après six semaines de traitement. Ainsi nous avons bien confirmé la résolution spontanée de l'épisode dépressif après sevrage d'alcool dans le cas des dépressions induites par l'alcool.

Nous avons également trouvé une réduction significative des scores de dépression, d'anxiété et d'irritabilité externe dès le 8^{ème} jour d'hospitalisation. Le score d'irritabilité interne, en revanche, est resté à un niveau élevé durant la première semaine, pour chuter significativement au cours de la seconde semaine de l'étude. La chute rapide, en une semaine, de l'anxiété, de l'irritabilité externe, s'explique facilement par le fait que le syndrome de sevrage de l'alcool se résout habituellement très rapidement, en quelques jours (moins d'une semaine). En

revanche, nous n'avons pas d'explication concernant la différence d'évolution entre l'irritabilité interne et externe.

Nos résultats plaident donc contre la prescription d'un traitement antidépresseur chez les alcooliques ayant un syndrome dépressif induit par l'alcool ; celui-ci s'amendera spontanément et rapidement après le sevrage.

BIBLIOGRAPHIE

1. ADES J. Conduites alcooliques et dépression. *Neuro-Psy*, 1986 ; 1/10 : 225-224.
2. ADES J. Les relations entre alcoolisme et pathologie mentale. *Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française*. LXXXVIe session. Tome III, Masson, Paris, 1989.
3. ADES J., LEJOYEUX M. Dépression et alcoolisme. *Rev prat*, 1992 ; 6 : 61-71.
4. ALTAMURA AC, MAURI MC, GIRARDI T, PANETTA B. Alcoholism and depression : A placebo controlled study with viloxazine. *Int J Clin Pharmacol Res*, 1990 ; 10/5 : 293-298.
5. ARCHAMBAULT JC, DOUGE R. Efficacité de la fluvoxamine (Floxyfral) chez des malades alcooliques hospitalisés en vue d'un sevrage. *Psychol Méd*, 1988 ; 20/2 : 259-270.
6. AUBIN H.-J. Place des médicaments psychotropes dans le traitement du sevrage alcoolique. *Alcoologie*, 1999, 21 : 915-955.
7. BACKON J. Prevalence of depression among Israeli alcoholics. *J Clin Psychol*, 1990 ; 46/1 : 96-102.
8. BORUP C, UNDEN M. Combined fluoxetine and disulfiram treatment of alcoholism with measurements. *Eur Psychiatry*, 1994 ; 9 : 83-89.
9. BRADY KT, SONNE SC. The relationship between substance abuse and bipolar disorder. *J Clin Psych*, 1995 ; 56 : 19-24.
10. BRADY DT, SONNE SC, ANTON R, BALLENGER JC. Valproate in the treatment of acute bipolar affective episodes complicated by substance abuse : a pilot study. *J Clin Psych*, 1995 ; 56 : 118-121.
11. BROWN SA, SCHUCKIT MA. Changes in depression among abstinent alcoholics. *J Stud Alc*, 1988 ; 49/5 : 412-417.
12. BROWN SA, INABA RK, GILLIN JC, SCHUCKIT MA, STEWART MA, IRWIN MR. Alcoholism and affective disorder : clinical course of depressive symptoms. *Am J Psych*, 1995 ; 152 : 45-52.
13. BULIK CM. Alcohol use and depression in women with bulimia. *Am J Drug Alc Abuse*, 1987 ; 13/3 : 343-355.
14. CADORET R, WINOKUR G. Depression in alcoholism. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1974 ; 233 : 34-39.

15. CASTANEDA R, SUSSMAN N, WESTREICH L, LEVY R, O'MALLEY M. A review of the effects of moderate alcohol intake on the treatment of anxiety and mood disorders. *J Clin Psych*, 1996 ; 57/5 : 207-212.
16. CLONINGER R, VON KNORRING AL, BOHMAN M. Gene-environment interaction in the family relationship of alcoholics, depression and antisocial personality. In : *Pharmacological treatments for alcoholism*, G Edwards, J Littleton (eds), London, Croom-Helm, 1984.
17. CORNELIUS JR, SALLOUM IM, CORNELIUS MD, FABREGA H Jr, EHLER JG, ULRICH RF, et al. Disproportionate suicidality in patients with comorbid major depression and alcoholism. *Am J Psych*, 1995 ; 152/3 : 358-364.
18. DACKIS CA, GOLD MS, POTTASH AL, SWEENEY DR. Evaluating depression in alcoholics. *Psych Res*, 1986 ; 17/1 : 105-109.
19. DAVIDSON KM. Diagnosis of depression in alcohol dependence : changes in prevalence with drinking status. *Br J Psych*, 1995 ; 166 : 199-204.
20. DESOTO CB, O'DONNELL WE, ALFRED LJ et coll. Symptomatology in alcoholics at various stages of abstinence. *Alcoholism*, 1985 ; 9 : 505-512.
21. DORUS W, OSTROW DG, ANTON R, CUSCHMAN P, COLLINS JF, SCHAFFER Met al. Lithium treatment of depressed and nondepressed alcoholics. *J Am Med Ass*, 1989 ; 262/12 : 1646-1652.
22. FEINMAN JA, DUNNER DL. The effect of alcohol and substance abuse on the course of bipolar affective disorder. *J Affect Disord*, 1996 ; 37 : 43-49.
23. FREUD S. L'humour. In : *Le mot d'esprit et ses rapports avec l'inconscient* (1927). Trad Fr M Bonaparte et M Nathan, Gallimard, Paris, 1930.
24. GRANT BF, HARFORD TC. Comorbidity between DSM-IV alcohol use disorders and major depression : results of a national survey. *Drug Alc Dep*, 1995 ; 30 : 197-206.
25. HAYNE CH, LOUKS JL. Dysphoria in male alcoholics with a history of hallucinations. *J Nerv Ment Dis*, 1991 ; 179 : 415-419.
26. HEH CWC, OVERALL JE, KAUFMAN E. Predicting the posttreatment depressive state of an alcoholic patient. *Int J Add*, 1990 ; 25/10 : 1263-1273.
27. HYER L, CARSON M, NIXON D, TAMKIN A, SAUCER RT. Depression among alcoholics. *Int J Add*, 1987 ; 23/12 : 1235-1241.

28. HARRINGTON R, FUDGE H, RUTTER M, PICKLES A, HILL J. Adult outcomes of childhood and adolescent depression. *Arch Gen Psych*, 1990 ; 47 : 465-473.
29. HASIN DS, GRANT BF, ENDICOTT J. Severity of alcohol dependence and social/occupational problems : relationship to clinical and familial history. *Alc Clin Exp Res*, 1988 ; 12 : 660-664.
30. HELZER JE, PRYZBECK TR. The co-occurrence of alcoholism and other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. *J Stud Alc*, 1988 ; 49 : 219-224.
31. HESSELBROCK MN, MEYER RE, KEENER J. Psychopathology in hospitalized alcoholics. *Arch Gen Psych*, 1985 ; 42 : 1050-1055.
32. KESSLER RC, Mc GONAGLE KA, SHANYANG Z. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey, *Arch Gen Psych*, 1994 ; 51 : 8-19.
33. KESSLER RC, NELSON CB, McGONAGLE KA, EDLUND MJ, FRANK RG, LEAF PJ. The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders : implications for prevention and service utilization. *American Journal of orthopsychiatry*. 1996, 66 : 17-31.
34. LEJOYEUX M, LEON E, ROUILLON F. Prévalence et facteurs de risque du suicide et des tentatives de suicide. *L'encéphale*, 1994 ; XX : 495-503.
35. LEJOYEUX M, ADES J. Prescription du lithium chez les alcooliques. *Presse Médicale*, 20, 25 juin 1991, 1171-1176.
36. LEJOYEUX M, FEUCHE N. Les addictions sans drogue et l'alcoolisme. Société Française d'Alcoologie. Agora. Alcool-dépendance et addictions. Paris, 24 novembre 1995.
37. LOO H, MALKA R, DEFRANCE R, BARRUCAND D, BENARD J-Y, NIOX-RIVIERE H, et al. Tianeptine and amitriptyline. Controlled double-blind trial in depressed alcoholic patients. *Neuropsychobiology*, 1988;19/2:79-85
38. Mc GRATH PJ, NUNES EV, STEWART JW, GOLDMAN D, AGOSTI V, OCEPEK-WELIKSON K, et al. Imipramine treatment of alcoholics with primary depression. A placebo-controlled trial. *Arch Gen Psych*, 1996 ; 53 : 232-240.

39. MAIER W ; LICHTERMANN, MINGES J, DELMO C, HEUN R. The relationship between bipolar disorder and alcoholism : a controlled family study. *Psychol Med*, 1995 ; 25 : 787-796.
40. MARTIN RL, CLONINGER CR, GUZE SB. Alcohol Misure and depression in Women Criminals. *J Stud Alc*, 1985 ; 46/1 : 65/71.
41. MASON BJ, KOCSIS JH. Desipramine in the treatment of depressed alcoholics (letter). *Am J Psych*, 1994, 151/8 : 1248.
42. MASON BJ, KOCSIS JH, RITVO EC, CUTLER RB. A double-blind, placebo-controlled trial of desipramine for primary alcohol dependence stratified on the presence or absence of major depression. *Jama*. 1996, 275, N°10.
43. MAYFIELD D, ALLEN D. Alcohol and affect. A psychopharmacological study. *Am J Psych*, 1967 ; 123 : 1347-1351.
44. MILLER NS. *Addiction Psychiatry, Current Diagnosis and treatment*. John Wiley, New York, 1995.
45. MIRIN SM, WEISS RD, GRIFFIN ML, MICHAEL JL. Psychopathology in drug abusers and their families. *Compr. Psych*, 1991 ; 32/1 : 36-51.
46. NUNES EV, Mc GRATH PJ, QUITKIN FM, STEWART JP, HARRISON W, TRICAMO E, et al. Imipramine treatment of alcoholism with comorbid depression. *Am J Psych*, 150/6 : 963-965.
47. NUNES EV, DELIYANNIDES D, DONOVAN S, MCGRATH PJ. The management of treatment resistance in depressed patients with substance use disorders. *The psychiatric clinics of north america*. 1996, 19 N°2.
48. O'CONNEL RA, MAYO JA, FLATOW L. Outcome of bipolar disorder on long-term treatment with lithium. *Br J Psych*, 1991 ; 159 : 123-129.
49. OVERALL JE, BROWN D, WILLIAMS JD, NEILL LT. Drug treatment of anxiety and depression in detoxified alcoholic patients. *Arch Gen Psych*, 1973 ; 29 : 218-221.
50. PRIEN RF, CARPENTER LL, KUPFER DJ. The definition and operational criteria for treatment outcome of major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1991, 48.
51. REGIER DA, FARMER ME, RAE DS, LOCKE BZ, KEITH SJ, JUDD LL, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse : results

- from the epidemiological catchment area study. *J Am Med Assoc*, 1990 ; 264 : 2511-2519.
52. RICH CL, FOWLER RC, YOUNG D. Substance abuse and suicide : The San Diego Study, *Ann Clin Psych*, 1989 ; 1 : 79.
 53. ROUNSAVILLE BJ, DOLINSKY Z, BABOR TF, MEYER RE. Psychopathology as a predictor of treatment outcome in alcoholics. *Arch Gen Psych*, 1987 ; 44 : 505-513.
 54. ROY A, DEJONG J, LAMPARSKI D, GEORGE T, LINNOILA M. Depression among alcoholics. *Arch Gen Psych*, 1991 ; 48 : 428-432.
 55. ROY A. Placebo-controlled study of sertraline in depressed recently abstinent alcoholics. *Society of Biological Psychiatry*. 1998.
 56. SCHUCKIT MA. Genetic and clinical implications of alcoholism and affective disorder. *Am J Psych*, 1986 ; 143 : 140-147.
 57. SCHUCKIT MA. The relationship between alcohol problems, substance abuse, and psychiatric syndromes. *DSM IV Sourcebook, Vol. A, Am Psych Assoc*, 1994 : 45-66.
 58. SCHUCKIT MA, TIPP JE, BERGMAN M, REICH W, HESSELBROCK VM, SMITH TL. Comparison of induced and independent major depressive disorders in 2,945 alcoholics. *Am J Psychiatry*. 1997, 154-7.
 59. SHAW GK, MAJUMDAR SK, WELLER S, MACGARVIE J, DUNN G. Tiapride in the long-term management of alcoholics of anxious or depressive temperament. *Br J Psych*, 1987 ; 150 : 164-168.
 60. SNAITH RP, CONSTANTOPOULOS AA, JARDINE MY, MCGUFFIN P. A clinical scale or the self-assessment of irritability. *Br J Psychiatry*. 1978. 132 : 164-71.
 61. STERNBERG DE. Suicide in drug and alcohol addiction. In : *Comprehensive Handbook of drug and alcohol addiction*. Norman S. Miller (ed) Marcel Dekker, New York, 1991, 663-679.
 62. TOLLEFSON GD. Serotonin and alcohol : interrelationships. *Psychopathology*, 1989 ; 22/1 : 37-48.

63. TSUANG D, COWLEY D, RIES R, DUNNER DL, ROY-BYRNE PP. The effects of substance use disorder on the clinical presentation of anxiety and depression in an outpatients psychiatric clinic. *J Clin Psych*, 1995 ; 56/12 : 549-555.
64. TURNBULL JE, GOMBERG ESL. The structure of depression in alcoholic women. *J Stud Alc*, 1990 ; 51/2 : 148-155.
65. VRASTI R, ENASESCU N, POELINCA C, APOSTOL V. Interpersonal dependency, self-esteem and depression in primary alcoholism. *Acta Psychiatr Scand*, 1988 ; 78/4 : 448-450.
66. WEISSMAN MM, MYERS J. Clinical depression in alcoholism. *Am J Psych*, 1980 ; 137 : 372-373.
67. WILLIAMS J. A structured interview guide for the hamilton. Depression rating scale. *Arch Gen Psychiatry*. 1988, 45, 742-747.
68. WINOKUR G, COOK B, LISKOW B, FOWLER R. Alcoholism in manic-depressive (bipolar) patients. *J Stud Alc*, 1993 ; 54 : 574-576.
69. WINOKUR G ; CORRYELL W, AKISKAL HS, MASER JD, KELLER MB, ENDICOTT J, et al. Alcoholism in manic-depressive (bipolar) illness : familial illness, course of illness, and the primary-secondary distinction. *Am J Psych*, 1995 ; 152/3 : 365-372.
70. WOGGON B. Methodology of measuring the efficacy of antidepressants. European viewpoint. *Psychopharmacology*. 1992.
71. YATES WR, PETTY F, BROWN K. Factors associated with depression among primary alcoholics. *Compr Psych*, 1988 ; 29/1 : 28/33.

ANNEXES

ANNEXE I

Dépendance à une substance

Mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :

- (1) Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - (a) Besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
 - (b) Effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance
- (2) Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - (a) Syndrome de sevrage caractéristique de la substance (v. les critères A et B des critères de Sevrage à une substance spécifique)
 - (b) La même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage
- (3) La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu
- (4) Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance
- (5) Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance (p. ex. consultation de nombreux médecins ou déplacement sur des longues distances), à utiliser le produit (p. ex. fumer sans discontinuer), ou à récupérer de ses effets.
- (6) Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance.
- (7) L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance (par exemple, poursuite de la prise de cocaïne bien que la personne admette une dépression liée à la cocaïne, ou poursuite de la prise de boissons alcoolisées bien que le sujet reconnaisse l'aggravation d'un ulcère du fait de la consommation d'alcool).

ANNEXE II

Episode dépressif majeur

A Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

NB. Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection médicale générale, à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur.

- (1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex. se sent triste ou vide) ou observée par les autres (p.ex. pleure). **NB.** Eventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.
- (2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
- (3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex. modification du poids corporel en un mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. **NB.** Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.
- (4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
- (5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
- (6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
- (7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

- (8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
- (9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte

C Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex. hypothyroïdie).

E Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un Deuil, c'est à dire après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

ANNEXE III

Mini International Neuropsychiatric Interview

A. PROBLEMES LIES A UNE CONSOMMATION D'ALCOOL

chez, au cours de votre vie, la période de plusieurs mois au cours de laquelle vous le plus de problèmes à cause de l'alcool.
de cette période :

- | | | | |
|---|---|-----|-----|
| a | avez-vous besoin de plus grandes quantités d'alcool pour obtenir le même effet qu'auparavant ? | NON | OUI |
| b | si vous buviez moins, vos mains tremblaient-elles, transpiriez-vous ou vous sentiez-vous agité(e) ? avait-il de prendre un verre pour éviter d'avoir ces problèmes ou pour éviter d'avoir la « gueule de | NON | OUI |
| c | si vous buviez, vous arrivait-il souvent de boire plus que vous n'en aviez l'intention au départ ? | NON | OUI |
| d | avez-vous essayé de réduire votre consommation ou de ne plus boire ? | NON | OUI |
| e | si où vous buviez, passiez-vous plus de deux heures par jour à vous procurer de l'alcool, à boire et à attendre des effets de l'alcool ? | NON | OUI |
| f | avez-vous réduit vos activités (activités quotidiennes, loisirs, travail) parce que vous buviez ? | NON | OUI |
| g | avez-vous continué à boire tout en sachant que cela vous entraînait des problèmes de santé ? | NON | OUI |

AU MOINS 3 OUI EN A1 ?

| |
|--|
| OUI PENDANCE à L'ALCOOL |
|--|

pour la première fois avez-vous eu une telle période de plusieurs mois où vous buviez tout en ayant des problèmes dont nous venons de parler ?

ans (*Première fois*)

pour la dernière fois avez-vous les problèmes dont nous venons de parler ?

ans (*Dernière fois*)

ANNEXE IV

Date :

Etiquette patient :

| | | | |
|----|---|-----|----------|
| A1 | Le dernier verre date de 3 jours ou plus avant l'entrée | NON | → OUI |
| A2 | Le patient a pris un médicament antidépresseur dans les 14 jours précédant l'entrée | NON | → OUI |

SI A1 et A2 = NON, RECHERCHER D'UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR A L'ENTREE :

| | | | |
|----|---|-----|----------|
| B1 | Au cours des deux dernières semaines, vous êtes-vous senti(e) particulièrement triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps au cours de la journée, et ce, presque tous les jours ? | NON | OUI |
| B2 | Au cours des deux dernières semaines, aviez-vous presque tout le temps le sentiment de n'avoir plus goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui vous plaisent habituellement ? | NON | OUI |
| | B1 OU B2 SONT-ELLES COTEES OUI ? | NON | → OUI |

B3 Au cours de ces deux dernières semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé(e) et/ou sans intérêt pour la plupart des choses :

| | | | | |
|---|---|-----|-----|---------------|
| a | Votre appétit a-t-il notablement changé, ou avez-vous pris ou perdu du poids sans en avoir l'intention ? (COTER OUI SI +/- 5% DU POIDS) | NON | OUI | Commentaire : |
| b | Aviez-vous des problèmes de sommeil presque toutes les nuits (endormissement, réveils nocturnes ou précoces, dormir trop)? | NON | OUI | |
| c | Parliez-vous ou vous déplaçiez-vous plus lentement que d'habitude, ou au contraire vous sentiez-vous agité(e), et aviez-vous du mal à rester en place, presque tous les jours ? | NON | OUI | |
| d | Vous sentiez-vous presque tout le temps fatigué(e), sans énergie, et ce presque tous les jours ? | NON | OUI | |
| e | Vous sentiez-vous sans valeur ou coupable, et ce presque tous les jours? | NON | OUI | |
| f | Aviez-vous du mal à vous concentrer ou à prendre des décisions, et ce presque tous les jours ? | NON | OUI | |
| g | Avez-vous eu à plusieurs reprises des idées noires comme penser qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou avez-vous pensé à vous faire du mal ? | NON | OUI | |

Y A-T-IL AU MOINS **3 OUI** EN **B3** ?
(ou 4 si B1 OU B2 EST COTEE NON)

NON OUI

**EPISODE
DEPRESSIF
MAJEUR**

| |
|---|
| ANNEE 2001 |
| NOM ET PRENOM DE L'AUTEUR : RENAUD-PICOT Sandrine |
| TITRE DE LA THESE : |
| EVOLUTION DE LA SYMPTOMATOLOGIE DEPRESSIVE APRES SEVRAGE D'ALCOOL. |
| Résumé de la THESE : |
| <p>Nous avons voulu montrer que, chez les patients alcoolodépendants se présentant pour une hospitalisation pour sevrage d'alcool avec une dépression induite par l'alcool, la symptomatologie dépressive s'amendait le plus fréquemment spontanément en deux semaines.</p> <p>Nous avons inclus 27 patients alcoolodépendants ayant un diagnostic d'épisode dépressif majeur induit par l'alcool. Aucun patient n'a reçu d'antidépresseurs dans les quinze jours précédents ou suivant l'inclusion, Le critère principal de jugement était une réduction d'au moins 50 % du score à l'échelle de dépression de Hamilton. D'autre part, nous avons étudié l'évolution des scores de dépression à l'échelle de Hamilton, et également des scores de dépression, d'anxiété, d'irritabilité externe et interne à l'échelle IDAS entre J1 et J8, puis J15.</p> <p>Soixante dix huit % des patients étaient répondeurs à l'effet antidépresseur du sevrage à J8, et 96 % étaient répondeurs à J15. Ce taux de réponse est nettement supérieur à ce qui est habituellement trouvé dans les essais thérapeutiques avec les antidépresseurs dans l'épisode dépressif majeur, même après six semaines de traitement. Ainsi nous avons bien confirmé la résolution spontanée de l'épisode dépressif après sevrage d'alcool dans le cas des dépressions induites par l'alcool.</p> <p>Nous avons également montré une réduction significative des scores de dépression d'anxiété et d'irritabilité dans les deux premières semaines du sevrage.</p> <p>Nos résultats plaident donc contre la prescription d'un traitement antidépresseur chez les alcooliques ayant un syndrome dépressif induit par l'alcool ; celui-ci s'amendera spontanément et rapidement après le sevrage.</p> |
| MOTS-CLES : |
| -Alcoolisme |
| -Dépression |
| -Sevrage |
| DIRECTEUR DE THESE : Docteur Henri-Jean AUBIN |
| ADRESSE DE L'AUTEUR : 518, rue de la Mairie 77720 SAINT-OUEN-EN-BRIE |