



## La dépression saisonnière

Dr Sélia Edwige, psychiatre – CHRU Tours

*À l'heure où les jours raccourcissent, la dépression saisonnière refait surface : entre mythes et réalités cliniques, faisons le point ensemble.*

### Commençons par un tour des idées reçues les plus fréquentes :

« C'est juste un coup de blues de l'hiver »

→ Faux : ce n'est pas seulement une baisse de moral passagère, mais un trouble dépressif reconnu, avec des critères diagnostiques précis.

« Ça arrive uniquement en hiver »

→ Faux : la forme la plus connue survient à l'automne/hiver, mais certaines personnes présentent une dépression saisonnière en été (plus rare).

« C'est rare »

→ Faux : elle concerne 1 à 3 % de la population générale (et jusqu'à 10 % dans certaines régions nordiques).

« Ça ne cause que de la tristesse »

→ Faux : les symptômes incluent fatigue, hypersomnie, augmentation de l'appétit (souvent pour les glucides), isolement social, difficultés de concentration.

« Il suffit de sortir un peu et ça passe »

→ Faux : l'exposition à la lumière aide, mais une véritable dépression saisonnière peut nécessiter une photothérapie, une psychothérapie, voire un traitement médicamenteux.

« La luminothérapie, c'est une mode »

→ Faux : son efficacité est démontrée scientifiquement, surtout dans les formes hivernales.

### En Bref, qu'en dit la science ?

Le trouble dépressif à composante saisonnière (TAS) se caractérise par la survenue récurrente d'épisodes dépressifs majeurs à une période spécifique de l'année, le plus souvent à l'automne ou en hiver, avec une rémission complète au printemps ou en été. Le diagnostic repose sur la présence de deux épisodes consécutifs sur deux ans, avec une rémission hors saison. Les facteurs de risque incluent le sexe féminin, l'âge jeune adulte, la latitude nordique et les antécédents familiaux.

### Que proposer à mes patients qui en souffrent ?

Le traitement de première intention est la photothérapie, appelée aussi luminothérapie.

La photothérapie (2 500 à 10 000 lux, 30 à 60 minutes chaque matin) est recommandée comme traitement non pharmacologique de première ligne, avec une efficacité démontrée supérieure à celle des autres interventions dans les méta-analyses récentes. L'amélioration clinique survient généralement en 1 à 2 semaines, et le traitement doit être poursuivi jusqu'à la rémission spontanée au printemps. La tolérance est bonne, les effets indésirables étant rares et mineurs.

La luminothérapie, bien que reconnue pour son efficacité, peut s'avérer contraignante dans la pratique : elle nécessite une stimulation lumineuse directe, une exposition quotidienne d'au moins 30 à 60 minutes et une régularité prolongée souvent jusqu'au printemps. Autrement dit, avoir simplement une lampe de luminothérapie posée sur la table de chevet et l'allumer quelques minutes au réveil est insuffisant et ne procure pas les effets attendus. Toutefois, certaines innovations technologiques récentes, comme les lunettes de luminothérapie, permettent aujourd'hui de rendre cette approche beaucoup plus accessible et compatible avec la vie quotidienne, en réduisant la contrainte temporelle et logistique.



## Quelles sont les alternatives et les associations thérapeutiques ?

Les antidépresseurs, notamment les ISRS (fluoxétine, sertraline), ont une efficacité comparable à la photothérapie. Le choix entre photothérapie et antidépresseurs doit être guidé par la préférence du patient et le profil de tolérance. Le bupropion est le seul antidépresseur ayant démontré une efficacité préventive dans la réduction du risque de récidive saisonnière, mais son usage doit être discuté au cas par cas en raison du risque d'effets indésirables. Le bupropion dans cette indication est hors AMM et donc non remboursé. Les interventions sur le mode de vie (exercice physique, exposition à la lumière naturelle) sont également recommandées en soutien.

## Existe-t-il vraiment un intérêt de la vitamine D et des oméga-3 ?

Les données issues des essais contrôlés randomisés et des méta-analyses récentes indiquent que la supplémentation en vitamine D ou en oméga-3 n'est pas recommandée comme traitement de première intention du trouble affectif saisonnier. Les résultats sont hétérogènes et les études spécifiques au TAS sont limitées.

Les patients susceptibles de bénéficier d'une supplémentation en vitamine D ou en oméga-3 sont ceux présentant une carence biologique documentée (vitamine D <50 nmol/L, déficit en oméga-3), ou une dépression sévère associée à une carence. Chez ces patients, la supplémentation peut être envisagée en complément des traitements validés, mais ne doit pas remplacer la photothérapie ou les antidépresseurs.

## Et la prévention ?

En cas de récidive annuelle, une stratégie préventive peut être envisagée, soit par photothérapie débutée avant l'apparition des symptômes, soit par bupropion chez les patients à haut risque.

## Références

- Seasonal Affective Disorder: Common Questions and Answers. Galima SV, Vogel SR, Kowalski AW. American Family Physician. 2020;102(11):668-672.
- Seasonal Affective Disorder. Kurlansik SL, Ibay AD. American Family Physician. 2012;86(11):1037-41.
- Seasonal Affective Disorder: A Clinical Update. Westrin A, Lam RW. Annals of Clinical Psychiatry : Official Journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists. 2007 Oct-Dec;19(4):239-46. doi:10.1080/10401230701653476.
- Treatment Measures for Seasonal Affective Disorder: A Network Meta-Analysis. Chen ZW, Zhang XF, Tu ZM. Journal of Affective Disorders. 2024;350:531-536. doi:10.1016/j.jad.2024.01.028.
- Treatment of Seasonal Affective Disorders. Praschak-Rieder N, Willeit M. Dialogues in Clinical Neuroscience. 2003;5(4):389-98.
- Depressive Mood and Circadian Rhythms Disturbances as Outcomes of Seasonal Affective Disorder Treatment: A Systematic Review. Menculini G, Verdolini N, Murru A, et al. Journal of Affective Disorders. 2018;241:608-626. doi:10.1016/j.jad.2018.08.071.
- Long-Term and Preventative Treatment for Seasonal Affective Disorder. Westrin A, Lam RW. CNS Drugs. 2007;21(11):901-9. doi:10.2165/00023210-20072110-00003.
- Second-Generation Antidepressants for Treatment of Seasonal Affective Disorder. Nussbaumer-Streit B, Thaler K, Chapman A, et al. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2021;3:CD008591. doi:10.1002/14651858.CD008591.pub3.
- Second-Generation Antidepressants for Preventing Seasonal Affective Disorder in Adults. Gartlehner G, Nussbaumer-Streit B, Gaynes BN, et al. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2019;3:CD011268. doi:10.1002/14651858.CD011268.pub3.
- Psychological Therapies for Preventing Seasonal Affective Disorder. Forneris CA, Nussbaumer-Streit B, Morgan LC, et al. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2019;5:CD011270. doi:10.1002/14651858.CD011270.pub3.

## En résumé

- N'hésitez pas à creuser le diagnostic de dépression à composante saisonnière pour vos patients vous rapportant des symptômes dépressifs survenant l'hiver. Ne banalisez pas.**
- Proposez la luminothérapie qui est efficace uniquement si elle est bien utilisée (2 500 à 10 000 lux, 30 à 60 minutes chaque matin). Privilégiez les lunettes de luminothérapie.**
- L'alternative sera les antidépresseurs de type ISRS ou le Bupropion.**
- La supplémentation en vitamine D ou en oméga-3 n'est justifiée qu'en cas de carence avérée, et ne doit pas être proposée systématiquement dans le TAS.**

Retrouvez toutes nos newsletters sur notre site internet

<https://medecinegeneralepsychiatrie37.fr/>

