

Antoine Pelissolo



Dépression : s'enfermer ou s'en sortir ?

2^e édition

Antoine Pelissolo



Dépression :

s'enfermer ou s'en sortir ?

2^e édition

DANS LA MÊME COLLECTION

- Alzheimer : fatalité ou espoir ?
- Activité physique : supplice ou délice ?
- Vaccination : agression ou protection ?
- AVC : en réchapper et y échapper
- Infarctus : s'en relever et s'en protéger
- Ados & suicide : en parler et se parler
- Diabète : survivre ou mieux vivre ?
- Alcool : plaisir ou souffrance ?
- Tests génétiques : illusion ou prédiction ?

© Le muscadier, 2017 (2015 pour la 1^{re} édition)

48 rue Sarrette – 75685 Paris cedex 14

www.muscadier.fr

info@muscadier.fr

Directeur de collection : Jérôme Dallaserra

Couverture & maquette : Espelette

Illustration de couverture : © Ion Chiosea/123RF

ISBN : 979-10-96935-00-0 – ISSN : 2275-9654

2^e édition – 1^{er} tirage



Le code de la propriété intellectuelle interdit les copies ou reproductions destinées à une utilisation collective. Toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite par quelque procédé que ce soit, sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants cause, est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L.335-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle.

Chacun aspire à une bonne santé. Alimentation, activité physique, hygiène de vie en général sont devenues des préoccupations significatives pour une majeure partie d'entre nous. En matière de traitement et de prévention, les progrès scientifiques de ces dernières décennies ont ouvert des perspectives sans précédent. Toutefois, nous ne savons pas toujours où trouver l'information la plus pertinente d'autant que, dans ce domaine en particulier, on entend ou on lit souvent tout et son contraire.

Qui croire ? Comment s'y retrouver ?

La collection **EMM. santé** a pour ambition de rendre accessibles au plus grand nombre, aussi objectivement que possible, les connaissances de pointe établies par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) qui, depuis maintenant plus de 50 ans, organise la recherche publique dans le domaine de la santé. Le lecteur y trouvera non seulement les avancées médicales les plus récentes, mais également des conseils pratiques qui lui permettront d'améliorer sa santé et celle de ses proches.





Introduction

« Faire une dépression », « être déprimé », « souffrir de dépression nerveuse »... tous ces termes, devenus courants, restent inquiétants pour beaucoup. Tout le monde sait que la dépression existe, et chacun d'entre nous a un proche qui a été touché, et peut-être l'a-t-il été lui-même. Cependant, comme la plupart des termes médicaux, le mot *dépression* désigne des réalités très différentes selon les contextes et les personnes qui l'utilisent. Même entre spécialistes, il est parfois difficile de s'accorder sur des définitions communes. Cette multitude d'approches s'explique certainement par l'existence de nombreuses formes de dépression, et par le fait qu'il s'agit d'une affection complexe, comme toutes celles qui touchent l'esprit et le comportement.

Cet ouvrage mettra en lumière ce que nous, médecins et chercheurs, savons aujourd'hui de la dépression, et notamment de ses définitions, de ses symptômes, de ses causes, et bien sûr de ses traitements. Pour atteindre cet objectif ambitieux, le point de vue adopté sera résolument celui de la médecine et des sciences. Il s'appuiera à la fois sur une longue expérience de psychiatre en contact direct et quotidien avec des patients, et sur les connaissances issues des recherches dans de nombreux domaines. La dépression sera envisagée sous toutes ses facettes, psychologiques, biologiques, sociologiques, voire philosophiques. Nous définirons aussi plus clairement les limites de la maladie dépressive qui est parfois difficile à distinguer d'autres souffrances humaines.

La dépression est une affection fréquente, avec un impact fort sur les personnes elles-mêmes, et sur la société. Il reste beaucoup à faire mais, dans bien des cas, nous pouvons aujourd'hui lutter *efficacement*, à condition d'en connaître les ressorts.



**Vers une meilleure
compréhension
de la maladie**

∴ Une prise de conscience récente

Depuis quelques décennies, la dépression est beaucoup mieux connue et fait l'objet d'une plus grande médiatisation. Pour autant, la maladie elle-même n'est pas récente puisqu'elle est intimement liée à l'histoire de l'homme et remonte donc probablement à ses origines.

Depuis le XIX^e siècle, le terme de *dépression* est utilisé avec un sens assez proche de l'utilisation actuelle, même si le mot est souvent employé de manière similaire à celui de *mélancolie*. Ces concepts ont été introduits en 1907 par le psychiatre allemand Emil Kraepelin dans son *Introduction à la psychiatrie clinique*, qui comporte la première grande classification psychiatrique moderne. Il s'agissait déjà à l'époque de répertorier et de décrire les principales maladies mentales.

Avant cette première tentative de classification, les tourments de l'âme étaient tous un peu mélangés dans les références médicales : le terme de *mélancolie* recouvrait ainsi différentes perturbations émotionnelles, probablement très hétérogènes (dépressions, angoisses, délires, troubles divers de la personnalité, etc.). Cette mélancolie est décrite dès l'Antiquité par Hippocrate lui-même qui la désigne comme un trouble des « humeurs », c'est-à-dire des liquides de l'organisme. En effet, selon-lui, le trouble serait causé par un excès de « bile noire » – une théorie à laquelle nous devons d'ailleurs l'expression « se faire de la bile ». Plus tard, les termes de *mélancolie* (Pinel en 1801) et de *lypémanie* (Esquirol en 1820) sont utilisés de manière plus précise pour décrire des « monomanies

tristes » qui correspondaient à des dépressions sévères, souvent en présence d'idées délirantes.

Une nouvelle ère de la dépression naît avec la découverte et la diffusion de traitements efficaces : les antidépresseurs. La première génération de ces médicaments date des années 1950, certaines molécules développées à cette époque sont d'ailleurs toujours utilisées. Un autre tournant décisif est pris au cours des années 1980-1990 avec l'apparition des antidépresseurs de seconde génération, dont le célèbre Prozac®, qui marque une vraie révolution dans les pratiques et les connaissances. Ces traitements faciles à prescrire (trop ?) font dorénavant partie du quotidien des psychiatres, et des médecins généralistes. Aujourd'hui, près de 5 % de la population prend, ou a pris, un antidépresseur au cours de la dernière année, ce qui signifie la levée de certains tabous : les malades osent parler de la dépression à leur médecin, et le sujet est aussi abordé dans les familles, au travail, ou encore dans les médias. Certains évoquent la « maladie du siècle », même si cette expression est utilisée pour beaucoup d'autres affections... Depuis les années 1980-1990, les travaux de recherche sur les causes et les traitements de la dépression se sont multipliés, ce qui a permis de faire progresser nettement notre compréhension de la maladie, même si elle n'a pas encore livré tous ses secrets.

Pour autant, ces avancées indéniables, depuis trente ans environ, n'ont pas encore complètement effacé les stigmates de siècles au cours desquels les difficultés psychologiques étaient cachées et déniées. Des attitudes négatives persistent, généralement par méconnaissance, à l'égard de ceux qui en souffrent, avec des jugements de valeur et des injonctions évoquant la complaisance et des solutions faciles. Or, la psychiatrie et les recherches récentes nous ont appris que la dépression relève avant tout d'un

diagnostic médical et de traitements spécifiques, la seule *bonne volonté* ne pouvant suffire à la combattre. Comme nous le verrons plus loin, il est aussi établi aujourd'hui que cette affection peut toucher l'ensemble de la population, et pas uniquement des personnalités considérées comme *fragiles* ou *défaillantes*.

❖ Qui est touché ?

La dépression est une maladie fréquente. Selon l'Institut national de prévention et d'éducation sanitaire (Inpes), environ trois millions de français étaient touchés en 2007. En France, et dans la quasi-totalité des pays du monde, 15 à 20 % des personnes adultes souffrent ou ont souffert dans leur vie d'un syndrome dépressif. Il s'agit bien de dépressions caractérisées, sur une durée d'au moins quinze jours, avec plusieurs symptômes présents en même temps et entraînant une souffrance véritable et une perturbation réelle. La fréquence de la dépression est environ deux fois plus élevée chez la femme que chez l'homme. La dernière étude réalisée en France dans les années 2000 (étude dite ESEMeD) relève que 4,7 % des hommes et 8,5 % des femmes ont souffert d'une dépression au cours des douze derniers mois¹. Même si tout le monde peut être concerné, il semble que certaines catégories sociodémographiques soient plus exposées : les personnes vivant seules, divorcées ou célibataires, les personnes au chômage ou en situation de précarité, et les personnes ayant des niveaux d'étude faibles (inférieurs au baccalauréat). Par ailleurs, le fait de souffrir d'une maladie physique chronique augmente le risque de présenter une dépression.

1. J.-P. Lépine, I. Gasquet, V. Kovess, S. Arbabzadeh-Bouchez, L. Nègre-Pagès, G. Nachbaur et A.-F. Gaudin, « Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000 », in *Encéphale*, **31**, p. 182-94, 2005.

Les enquêtes sur l'usage des médicaments antidépresseurs en France apportent d'autres informations intéressantes, bien qu'il existe sans doute un écart entre le nombre d'utilisateurs et le nombre de personnes réellement déprimées. Les études relayées par les médias concluent souvent que les Français sont de grands consommateurs de médicaments antidépresseurs. Cela est vrai, mais de moins en moins. Jusqu'aux années 2000, nous étions ainsi les champions d'Europe, mais depuis 2004, la consommation tend à diminuer et la France était *seulement* en quatrième position en 2012. Il demeure que, selon plusieurs études, environ 5 % des Français recourent à un traitement antidépresseur au cours d'une année.

Les femmes sont plus concernées que les hommes et les consommateurs sont plus nombreux dans la tranche d'âge des 40-50 ans. À l'inverse, les personnes vivant en couple sont moins touchées, surtout lorsqu'elles ont des enfants. Il semble donc que le facteur familial soit plus fort que le contexte socio-économique, et notamment que le chômage. Il est également intéressant de constater qu'il existe des disparités régionales importantes² : les taux de consommation par habitant sont ainsi deux fois plus élevés dans le Limousin qu'en Alsace, et sont également élevés en Auvergne, en Poitou-Charentes et à Paris – alors qu'à l'inverse, les consommateurs sont moins nombreux dans le reste de l'Île-de-France.

⦿⦿ Avec quelles conséquences ?

La dépression dégrade la capacité à agir, dans la vie personnelle comme dans la vie professionnelle. Certaines personnes se sentant très diminuées parviennent malgré tout à effectuer leurs tâches, au prix d'efforts importants.

2. Enquête IMS Health sur 2013.

D'autres se retrouvent en situation d'incapacité réelle, au point de devoir renoncer à tout ou partie de leurs activités habituelles. Ce retentissement personnel et social, souvent appelé *fardeau* de la dépression, a été étudié par l'OMS.

Le fardeau de la dépression : handicap, mortalité, dépenses

Des chercheurs australiens, s'appuyant sur de très nombreuses études épidémiologiques à travers le monde, ont calculé avec précision l'impact de la dépression sur la santé et sur la vie des populations (Ferrari, 2013). Ils ont notamment utilisé un indice reflétant le nombre de jours perdus sur une vie du fait d'une surmortalité ou d'une incapacité à effectuer les tâches normales (professionnelles ou domestiques) à cause d'une maladie donnée. Cette étude confirme les résultats de l'OMS selon lesquels la dépression est l'une des maladies les plus invalidantes. Du fait de l'amélioration progressive de l'état de santé général des populations, et de la réduction de la mortalité précoce, elle pourrait devenir la première cause de handicap dans le monde dans les années à venir. On constate que de plus en plus d'adultes se trouvent exposés à la dépression, en valeur absolue et proportionnellement aux autres affections.

En plus du coût humain causé par la surmortalité (suicide, risques cardiovasculaires, etc.), la dépression représente un coût économique majeur pour la société. En 2011, les dépenses de santé consacrées aux maladies psychiques s'élevaient à 22,6 milliards d'euros en France dont environ 20 % sont liés aux dépressions, soit environ 4,5 milliards d'euros (IRDES, 2013). À ces coûts *directs* (prise en charge des hospitalisations, consultations, médicaments, etc.), il faut ajouter des coûts dits *indirects* : arrêts de travail, pertes de productivité, et aides diverses. Ces éléments devraient inciter les pouvoirs publics à considérer la dépression comme une priorité absolue, nécessitant des plans d'action similaires à ceux mis en place au cours des dernières années pour le cancer ou la maladie d'Alzheimer.

Les recherches montrent que la dépression figure parmi les affections les plus invalidantes dans le monde avec des

conséquences pour le malade, mais aussi sur les membres de la famille, notamment les conjoints et les enfants.

Cette perturbation grave de la qualité de vie et de la capacité à faire face aux obligations quotidiennes peut être durable. Une dépression non traitée peut être comme un long tunnel qui s'étale sur des mois, voire des années. En outre, les maladies dépressives non traitées conduisent à des rechutes assez fréquentes qui, cumulées, peuvent représenter des périodes de souffrance et d'incapacité très longues. C'est le cas notamment chez les personnes dont la dépression débute tôt dans la vie, avec de nombreuses rechutes.



**Une maladie
à part entière**

∴ Les symptômes

Les termes médicaux sont souvent utilisés de manières très différentes selon les contextes, et ceci est encore plus vrai dans le domaine des troubles psychiques. Il est donc essentiel de s'entendre sur la définition de cette maladie que l'on appelle *dépression*.

D'un point de vue médical, il est tout d'abord essentiel de préciser que *la dépression est une maladie* ; elle implique d'une part des *dérèglements biologiques* et l'existence de *formes* et de *stades* différents.

En premier lieu, la dépression se définit par une diminution, forte et durable, du plaisir et de l'énergie, avec pour conséquence des pertes de moyens dans différents domaines. Une personne déprimée se trouve dans un état très différent de son état dit *normal*, c'est-à-dire habituel. Selon la gravité de la maladie, cette transformation peut être plus ou moins intense et spectaculaire. Les personnes qui traversent une phase dépressive sévère sont souvent méconnaissables, et ne se reconnaissent d'ailleurs pas elles-mêmes.

Pour parler d'un état dépressif, le corps médical utilise les termes d'*épisodes* ou de *phases*. Ces termes reflètent le fait qu'un syndrome dépressif a un *début* et une *fin*, avec une période plus ou moins longue entre les deux. Plusieurs évolutions sont possibles après un épisode dépressif : tout peut rentrer dans l'ordre définitivement, la dépression peut revenir (on parle de *nouvel épisode*), ou rester présente *a minima*. Différents symptômes per-

mettent de diagnostiquer un épisode dépressif : humeur sombre, disparition du plaisir, apathie physique, dévalorisation, angoisses aiguës, négligence corporelle, idées suicidaires, etc.

L'humeur sombre et la douleur morale

La quasi-totalité des états dépressifs comporte une perturbation franche de l'humeur. Qu'est-ce que l'humeur ? Il s'agit de l'état émotionnel d'un individu sur une longue période, et qui va donc au-delà de ses émotions passagères. Les personnes dépressives parlent de « baisse de moral », de « tristesse », ou de « cafard ». Il existe donc une *humeur dépressive* marquée par un caractère pénible, voire douloureux. Contrairement aux émotions négatives vécues successivement au cours d'une journée habituelle, l'humeur dépressive s'accroche à la personne de manière tenace sans qu'elle puisse s'en défaire – même si son intensité peut fluctuer dans la journée.

Si l'humeur sombre est en général suffisamment sensible pour être perçue par les proches, c'est parce que la modification pathologique transparaît dans les paroles, les attitudes ou les contacts. Contrairement à la représentation de la tristesse *simple*, il s'agit rarement de crises de larmes. Les déprimés pleurent peu, même s'ils peuvent en exprimer l'envie : « ça ne vient pas ».

Dans les formes les plus intenses de la dépression, aucune situation, qu'elle soit positive ou négative, ne produit les réactions attendues. La personne déprimée est ancrée dans une monotonie pénible, loin de tout. Nous sommes loin, ici, de la représentation romantique ou triviale de la *mélancolie* du sens commun qui associe un certain vague à l'âme à une nostalgie presque agréable. En psychiatrie, ce terme correspond à une dépression très sévère. L'humeur dépressive est une véritable douleur morale. Les

dépressifs éprouvent généralement beaucoup de mal à mettre en mots cette souffrance qui, sans fondement apparent, accompagne la personne en permanence. Elle est parfois suffisamment insupportable pour les conduire à rechercher toute solution pour la faire cesser. Cette souffrance morale se lit parfois sur les visages qui paraissent tristes, éteints ou crispés.

La disparition du plaisir et de la motivation

Un autre symptôme essentiel de la dépression, en partie lié au précédent, est appelé *anhédonie*. Au sens littéral, il s'agit de la disparition du ressenti de tout plaisir – on parle également d'*émoussement affectif*. La plupart des personnes déprimées perdent en effet le goût et l'intérêt pour les choses qui les motivent habituellement. Tout devient fade, sans joie ni curiosité. Même si les personnes touchées parviennent, en se forçant ou par obligation, à maintenir certaines de leurs activités, celles-ci ne provoquent pas le plaisir habituel. Lorsque l'effort devient trop grand, elles finissent par abandonner : arrêt du sport, des loisirs, des lectures, etc. D'autant que souvent, s'ajoutent à l'anhédonie une grande fatigabilité, des troubles de la concentration et une lenteur générale. Le manque d'envie et de plaisir s'exprime également par des symptômes spécifiques dans le domaine alimentaire (perte d'appétit), dans le domaine sexuel (libido diminuée), et même dans le domaine relationnel, avec parfois une insensibilité aux autres. De telles perturbations caractérisent généralement des dépressions sévères. En outre, cette perte d'intérêt pour les proches est souvent vécue avec un très fort sentiment de culpabilité. Paradoxalement, l'*émoussement affectif* est donc souvent perçu par la personne elle-même et est à l'origine d'une souffrance supplémentaire que l'on qualifie d'*anesthésie douloureuse*.

Les modifications cérébrales impliquées dans l'anhédonie sont partiellement connues, à savoir une probable altération du *système du plaisir* et de la *récompense*. Il s'agit notamment des réseaux de la dopamine dans certains noyaux profonds du cerveau (ganglions de la base). Sans en connaître précisément les causes, il est probable que cette anesthésie du ressenti constitue une réaction de défense de l'organisme contre les émotions trop douloureuses de la dépression – tristesse et angoisses notamment –, au point de ne plus rien ressentir du tout.

Ces deux symptômes essentiels que nous venons de décrire, l'humeur sombre et la perte de plaisir, sont presque toujours présents chez les personnes déprimées. Les symptômes suivants sont également typiques des états dépressifs, mais ils ne s'expriment pas chez tous les malades, et pas toujours avec un degré d'intensité aussi fort.

« Une batterie à plat »

L'image est probablement abusive, mais elle est parlante : la dépression peut provoquer une baisse d'énergie plus ou moins complète, comme si les batteries d'un appareil étaient épuisées. Ce manque de carburant peut concerner tout l'organisme, aussi bien sur le plan physique que psychique. Le signe le plus évident en est une grande fatigue (ou grande *fatigabilité*). Tout effort un peu long devient alors impossible. Cette faible endurance et cette incapacité à agir sont d'autant plus surprenantes pour l'entourage et culpabilisantes pour le malade qu'elles ne s'expliquent par aucune cause habituelle : pas de surmenage, pas de maladie physique évidente, temps de sommeil suffisant (sauf en cas d'insomnie qui ajoute une cause de fatigue supplémentaire). La fatigue est aussi psychique et mentale, et s'exprime par une lenteur de la pensée et par des difficultés à rester concentré sur la même chose

longtemps. Les personnes déprimées ont ainsi du mal à lire des livres, parfois à suivre un film ou une émission de télévision, surtout quand il s'agit de thèmes demandant un effort d'attention. Bien sûr, cette baisse d'énergie concerne aussi les activités professionnelles, qu'elles soient intellectuelles ou manuelles, d'où un risque de baisse d'efficacité lors d'un épisode dépressif, amplifié par les arrêts de travail parfois incontournables.

Plus globalement, surtout quand la fatigue s'associe à une perte d'envie, les personnes déprimées ressentent une grande lassitude, un manque d'entrain manifeste. Elles s'épuisent et se découragent très vite. Se lever le matin et démarrer des activités de base, telles que la toilette ou la cuisine, peut alors sembler insurmontable. Dans les cas les plus graves, les réponses se font attendre, la parole est lente et souvent brève, et les mouvements peuvent également être ralentis comme si le corps était trop pesant (on parle alors de *ralentissement psychomoteur*).

Une vision excessivement pessimiste

Le quatrième pilier de la dépression est la vision très négative que les personnes déprimées ont d'elles-mêmes et du monde qui les entoure. Ceci correspond à une dévalorisation majeure de l'image de soi : impression de ne rien valoir, d'avoir tout raté dans sa vie, et même de ne pas mériter ce qui a été obtenu de positif. L'autocritique est très fréquente et exagérée. Les malades se reprochent leur état, avec l'impression de ne pas s'occuper assez des autres et de constituer un poids pour eux. Cette vision négative de soi peut parfois s'accompagner d'un pessimisme sur le monde et sur l'avenir.

Chez certains déprimés, les idées de culpabilité sont remplacées par des idées et des comportements hostiles

envers les autres, avec souvent l'impression qu'ils sont la cause de leurs problèmes (sentiment d'injustice, de rejet, voire de persécution). Ce mode de pensée très négatif tranche souvent nettement avec la personnalité habituelle de la personne, comme si elle portait en permanence des lunettes noires qui assombrissent sa vision et lui font voir tout en gris ou en noir, filtrant les éléments positifs. Dans de plus rares cas, il peut s'agir de véritables idées délirantes (conviction fausse et inébranlable). Il s'agit généralement d'intuitions, globales et vagues, que le déprimé peut remettre en cause si on lui expose des arguments objectifs et si on lui rappelle que son jugement est altéré par son état dépressif.

Des angoisses anormales

Dans environ la moitié des cas, la dépression génère des angoisses importantes, même chez des personnes qui n'ont pas habituellement de tendances anxieuses. Il peut s'agir d'inquiétudes permanentes et disproportionnées, de signes physiques d'angoisse (tension nerveuse, palpitations, etc.), sous formes de crises à certains moments ou en arrière-plan toute la journée. De véritables symptômes phobiques (agoraphobie, phobie sociale) peuvent également apparaître, ainsi que des obsessions et des rituels semblables à des troubles obsessionnels-compulsifs (TOC).

Un corps qui souffre

La dépression s'accompagne souvent de dérèglements physiques et physiologiques dont les plus fréquents concernent le sommeil : grande difficulté à s'endormir, réveils à répétition pendant la nuit, insomnie en fin de nuit, cauchemars, etc. Ces troubles du sommeil peuvent entraîner une fatigue importante, ou encore une irrita-

bilité et des troubles de la concentration. L'insomnie est le symptôme le plus fréquent, mais certaines personnes déprimées ressentent au contraire un besoin excessif de dormir (*hypersomnie*) qui les contraint à se coucher plus tôt que d'habitude le soir, à se lever tard ou à faire des siestes dans la journée.

L'alimentation est également très souvent perturbée, avec généralement une perte d'appétit importante. Comme pour les autres plaisirs, l'envie et le goût de manger peuvent être fortement réduits. Les personnes déprimées doivent souvent se forcer pour manger normalement (en sus des efforts pour préparer les repas). Une phase dépressive occasionne souvent une perte de poids. Ce symptôme est médicalement significatif à partir d'une perte d'au moins 5 % du poids habituel. À l'inverse, la phase dépressive peut s'accompagner d'un appétit grandissant, avec pour conséquence une prise de poids qui, là encore, peut être importante.

De nombreux autres symptômes physiques peuvent survenir au cours d'une dépression, même s'il n'est pas toujours facile de dire s'ils sont vraiment liés à l'état dépressif : douleurs multiples et durables (dos, ventre, tête, etc.), constipation, frilosité, ou encore sensation d'un malaise physique général. Certains de ces symptômes peuvent conduire à des examens médicaux pour dépister des pathologies sous-jacentes, comme des maladies neurologiques ou intestinales, des troubles de la thyroïde ou d'autres dérèglements hormonaux.

Les idées suicidaires

Le risque de suicide est naturellement l'un des facteurs qui marquent le plus la gravité de la dépression, et les médecins doivent toujours le garder à l'esprit. Toutes les personnes

déprimées n'ont pas des idées suicidaires, toutefois les deux tiers environ éprouvent, à un moment donné, l'envie d'en finir, ou ont l'idée qu'il serait préférable de disparaître. Environ 15 % des personnes souffrant de syndrome dépressif sévère effectuent une tentative de suicide et 7 % se donnent réellement la mort. Ces pulsions sont accentuées par un découragement, des idées de culpabilité, des angoisses et par tous les autres symptômes quand ils deviennent insupportables. Qu'ils soient programmés ou impulsifs, tous les passages à l'acte peuvent être dangereux, même lorsque la détermination à mourir n'est pas totale. Si certains malades parlent assez facilement de leurs « idées noires », les autres restent assez réticents à les verbaliser, par honte, par angoisse ou pour d'autres raisons. Toute allusion, ou ébauche de geste *autoagressif*, même s'il peut s'agir aussi d'un appel à l'aide, doivent être prises en compte par l'entourage et par les professionnels pour protéger la personne d'un risque fatal. Dans certaines formes de dépression, et notamment chez les personnes jeunes ou impulsives, plusieurs comportements représentent des équivalents détournés de conduites suicidaires qu'il convient également de prendre au sérieux : prises excessives d'alcool ou de drogues, conduites à risque, agressivité, etc.

❖❖ Diagnostiquer une dépression

Les symptômes présentés sont loin d'être exclusifs à la dépression. Dès lors, comment savoir si une personne souffre réellement d'une dépression pathologique ? C'est une question essentielle, souvent complexe, et dont la réponse finale revient de toute façon à un spécialiste : médecin, psychiatre ou psychologue. Le diagnostic d'un état dépressif répond à des règles précises, qui permettent d'établir un diagnostic assez fiable.

Tout d'abord, il convient de lister l'ensemble des symptômes manifestés chez le malade. Pour que ceux-ci soient significatifs, ils doivent être intenses, c'est-à-dire *sensibles et différents de l'état habituel* de la personne. Ainsi, pour une femme qui déclare un faible appétit, mais qui a toujours été *petite mangeuse*, on ne diagnostiquera pas nécessairement un symptôme de baisse d'appétit (*anorexie*) ; un changement alimentaire ne peut être considéré comme pathologique que si la variation de l'appétit est sensible, que la personne se force à manger même les plats qui lui font habituellement plaisir, ou que son poids a baissé de façon sensible (de plusieurs kilos) en dehors de tout régime volontaire. De même, une tristesse légère facilement oubliée lors d'une occupation ne peut pas être considérée, *a priori*, comme une tristesse dépressive (ce qui n'empêche pas, par ailleurs, qu'elle puisse révéler un autre type de problème psychologique).

En plus de la sévérité des symptômes, il faut également prendre en compte leur fréquence et leur durée. Une dépression pathologique est un dérèglement de longue durée, de sorte que l'on considère que les symptômes doivent être présents, de façon continue ou presque, depuis au moins deux semaines pour que l'on puisse évoquer le diagnostic d'épisode dépressif. En effet, chez beaucoup d'entre nous, des signes de dépression assez intenses peuvent survenir durant quelques jours, par exemple lors d'un stress ou d'une fatigue importante, puis disparaître spontanément. Dans un épisode dépressif, ils durent suffisamment longtemps pour entraîner des difficultés réelles dans la vie quotidienne avec des conséquences professionnelles, familiales ou personnelles : retard dans les tâches à réaliser, conflits avec les proches, renoncement à des activités, etc.

Ce que la dépression n'est pas

Le langage courant associe le terme *dépression* à de nombreuses difficultés psychiques qui peuvent, sous certains aspects, y ressembler mais sans pour autant correspondre au diagnostic de dépression du point de vue médical.

Nous avons vu que tous les états de tristesse, de vague à l'âme ou de fatigue ne sont pas attribuables à un syndrome dépressif pathologique. Il peut s'agir de réactions quasi normales en réponse à des situations douloureuses de la vie, ou dans des situations de stress intense – ce qui n'empêche pas d'ailleurs que ces réactions puissent nécessiter une aide psychologique et des mesures thérapeutiques (repos, conseils, psychothérapie, etc.).

De même, il faut distinguer anxiété et dépression. Si ces deux états peuvent s'exprimer au cours d'une dépression, ils s'accompagnent alors des autres symptômes déjà décrits (tristesse, perte d'intérêt, anorexie, fatigue, etc.). Il existe par ailleurs des *troubles anxieux* qui correspondent à d'autres maladies bien définies, dans lesquelles l'angoisse, la panique, des phobies ou des inquiétudes pathologiques s'expriment au premier plan. Dans la majorité des cas, les troubles anxieux débutent tôt dans la vie (dans l'enfance ou avant trente ans) et ont tendance à persister pendant des années, alors que la dépression ne dure généralement que quelques mois. Le diagnostic le plus délicat à différencier de la dépression est *l'anxiété généralisée*, définie par la tendance incontrôlable à se faire du souci pour tout et pour rien, avec des effets délétères sur les capacités de concentration (parasitage par les inquiétudes), sur le sommeil (difficultés à s'endormir), et sur les comportements et sensations d'une manière générale (tension nerveuse, gênes physiques liées au stress, etc.). Ces symptômes sont en général présents pendant

des mois, voire des années, et peuvent conduire secondairement à des états dépressifs.

Les autres troubles psychiques sont plus aisés à distinguer de la dépression puisque les symptômes en sont assez différents : schizophrénie, troubles de la personnalité, addictions, etc. Dans certaines dépressions très graves, des symptômes semblables à ceux de la schizophrénie peuvent survenir, comme des idées délirantes de culpabilité ou de persécution, ou des hallucinations. Face à ce type de symptômes, l'intervention d'un psychiatre est indispensable pour analyser finement les troubles et décider d'un traitement adapté.

Les examens à réaliser

Le diagnostic d'une dépression repose uniquement sur l'évaluation clinique d'un spécialiste, basée sur l'observation et sur un ou plusieurs entretien(s) approfondi(s) avec le patient. Cette appréciation comporte naturellement une part de subjectivité, mais nous avons vu qu'il existe des repères et des critères assez précis permettant de rendre un diagnostic rigoureux et fiable. En revanche, il n'existe à l'heure actuelle aucun examen objectif permettant d'établir un diagnostic de manière indiscutable. Bien que, depuis longtemps, de nombreuses recherches tentent d'établir de tels examens, il est impossible à ce jour d'observer ou de mesurer la dépression grâce à des indicateurs biologiques, par une prise de sang ou par un scanner du cerveau. En revanche, ces examens peuvent être utiles pour vérifier, chez une personne donnée, si les symptômes présentés ne sont pas liés à une autre maladie, ou s'il existe une affection qui se surajoute à la dépression. Ces examens biologiques peuvent être des dosages hormonaux (glande thyroïde, diabète, etc.), un bilan de santé général, ou des examens cérébraux comme un scanner, une IRM ou un

électroencéphalogramme. Dans la mesure où ces examens ne sont pas toujours indispensables, c'est au médecin de décider au cas par cas s'il est légitime de les réaliser.

À côté de ces examens biologiques, le bilan d'un état dépressif peut comporter aussi une *évaluation psychologique* approfondie, permettant de décrire et de mesurer les symptômes. Il est également possible de compléter le diagnostic d'une dépression par des *bilans neuropsychologiques* explorant la mémoire, l'attention ou d'autres fonctions intellectuelles. Cela permet de mettre en évidence certaines difficultés dans ces domaines particuliers et de surveiller leur évolution sous traitement.

Un deuil difficile, est-ce une dépression ?

Cette question agite un peu les psychiatres, avec souvent quelques divergences entre différentes *écoles*. Tout le monde s'accorde pour dire que l'état de tristesse, voire de désespoir, qui survient dans les jours suivant la perte d'un être cher n'a rien de pathologique. Il s'agit d'une réaction commune et probablement incontournable face à une perte qu'il faut surmonter. Le deuil dit *normal* peut comporter des signes qui ressemblent à ceux d'une dépression, comme le désinvestissement des activités habituelles, des troubles du sommeil, un sentiment de culpabilité, etc. En général, ces signes ne sont pas aussi constants que lors d'une dépression, la tristesse survient surtout à l'évocation de la personne disparue et peut laisser la place à des émotions moins douloureuses à d'autres moments. De même, le ralentissement, la fatigue ou l'amaigrissement sont rarement aussi intenses dans les suites d'un deuil que durant une dépression. Mais la caractéristique principale du deuil normal est son évolution favorable, en général en quelques semaines ou au maximum en quelques mois. Si un soutien psychologique

peut être utile pour faciliter la sortie de cette phase douloureuse, une intervention très active n'est en général pas nécessaire pour sortir d'un deuil.

Il arrive parfois qu'une personne endeuillée présente un abattement grave et durable, avec tous les symptômes d'une dépression classique et parfois très sévère. Pour la plupart des spécialistes, même si certains le contestent, il faut alors prendre en compte ces états de deuil *pathologiques* comme de vraies dépressions, avec les traitements nécessaires. C'est souvent le cas des personnes souffrant par ailleurs d'un trouble de l'humeur, pour qui le deuil joue le rôle d'un déclencheur avec ensuite les symptômes de dépression propres à la maladie sous-jacente.

🔴 De nombreux visages différents

Bien qu'il existe des critères assez précis pour définir la dépression, il existe aussi des variantes expliquant des différences parfois importantes d'un état dépressif à l'autre. Ces variations peuvent être liées à la personne concernées (son âge, sa personnalité, son parcours, sa vulnérabilité) ou à des facteurs particuliers de la dépression elle-même.

Mélancolie et dépression psychotique

Certaines dépressions sont plus intenses que d'autres, c'est-à-dire que les symptômes dont souffre la personne sont plus prononcés que dans la moyenne des états dépressifs. C'est le cas d'une forme particulière de dépression que l'on appelle *mélancolie*, marquée par un niveau de douleur morale, de désespoir et d'angoisse très élevé, par un ralentissement majeur, et souvent par une perte totale d'appétit et des troubles très importants du sommeil. Ces dépressions mélancoliques touchent plus particulièrement les personnes souffrant de troubles de l'humeur

dits *endogènes*, notamment de troubles unipolaires ou bipolaires. La douleur morale très intense et le désespoir exposent à un risque élevé de suicide, souvent commis avec une très grande détermination et avec des moyens radicaux (pendaison, noyade, arme à feu, etc.). Ce risque peut être aggravé par l'existence d'idées délirantes (*convictions fausses*) très ancrées et résistant à toute argumentation, à propos de soi-même, des autres ou du monde. Ces convictions vont au-delà du pessimisme classique de la dépression. Il peut s'agir d'idées délirantes de culpabilité, de ruine, de catastrophe imminente, ou parfois de persécution. Tel malade peut par exemple être persuadé d'avoir conduit sa famille et son entreprise à leur perte, du fait de fautes en réalité bénignes mais qu'il considère comme extrêmement graves, et qui selon lui doivent conduire à une punition et même à la mort. D'autres sont convaincus d'être atteints d'une maladie mortelle, le cancer notamment, ou que leurs organes et leur corps ne fonctionnent plus du tout. Ces idées délirantes, parfois associées à des hallucinations (par exemple des voix tenant des propos pessimistes ou agressifs), conduisent les psychiatres à porter le diagnostic de *dépression psychotique*. Il s'agit cependant d'épisodes et donc de symptômes transitoires, ce qui différencie clairement ces états des maladies psychotiques durables et notamment de la *schizophrénie*.

Dépression masquée et syndrome de glissement

Certaines dépressions ne ressemblent pas, à première vue du moins, à des dépressions... Difficile alors pour les personnes touchées, ou leur entourage, de reconnaître et d'admettre le diagnostic. Ce diagnostic n'est d'ailleurs pas toujours facile à établir, même par des spécialistes. Parmi les variantes assez fréquentes, on parle notamment

de *dépression masquée* quand les signes typiques de la dépression (tristesse, perte d'intérêt, désespoir) sont peu intenses ou quasiment inapparents, alors que les plaintes de la personne portent surtout sur des symptômes physiques : douleurs diverses, fatigue, troubles digestifs, etc. Il ne s'agit bien sûr pas d'un masquage volontaire par l'individu lui-même, mais de processus particuliers qui peuvent être liés à sa personnalité (difficulté à reconnaître et à exprimer une souffrance psychique) ou parfois à son âge – ce type de dépression étant en effet assez souvent observé chez les personnes âgées. De même, on parle fréquemment de *syndrome de glissement* chez des personnes très âgées en situation difficile (isolement, maladies physiques graves, changement de cadre de vie mal supporté, etc.). Ces personnes désinvestissent toutes les activités de la vie quotidienne et tous les contacts sociaux, donnant l'impression de se laisser dépérir. Même s'il ne s'agit pas toujours entièrement d'un état dépressif, les points communs sont nombreux entre le syndrome de glissement et la dépression.

Le burnout

Autre variante d'état dépressif, touchant cette fois des personnes en situation professionnelle critique, le fameux *burnout*. Il s'agit classiquement d'employés, de cadres ou de professions libérales très impliqués dans leur mission et soumis à des conditions de travail fortement perturbées : stress majeur et incontrôlable, surcharge de tâches, absence de directives claires, etc. Les symptômes principaux sont un épuisement physique et psychique, avec d'autres signes proches de la dépression (troubles du sommeil, irritabilité, découragement, etc.). Si la cause est essentiellement professionnelle, on peut espérer parvenir à un rétablissement en intervenant sur ces facteurs, par

exemple *via* un changement de poste, un arrêt de travail, ou un aménagement des conditions de travail. Sinon, une prise en charge plus classique peut être nécessaire.

La dépression saisonnière : mythe ou réalité ?

Certaines dépressions se distinguent par leur évolution dans le temps ou par les périodes auxquelles elles apparaissent. C'est le cas notamment des *dépressions saisonnières*, qui sont des dépressions récurrentes dont les épisodes surviennent toujours aux mêmes périodes de l'année. En réalité, il est rare que les personnes concernées connaissent des rechutes systématiques tous les ans et uniquement dans les périodes *sensibles*, mais il peut exister une prédominance saisonnière plus ou moins prononcée. Il s'agit le plus souvent de dépressions hivernales, qui peuvent commencer en automne ou en hiver, et s'améliorer à la fin de l'hiver ou au printemps. Les symptômes sont rarement très sévères, et ont souvent certaines particularités : augmentation des besoins en sommeil, de l'appétit et du poids avec une appétence particulière pour les aliments sucrés ; ils sont parfois accompagnés d'une irritabilité importante et d'une hypersensibilité au rejet par les autres. L'hypothèse classique pour expliquer ces dépressions saisonnières est qu'il existerait chez les personnes concernées une sensibilité particulière à l'absence de lumière, entraînant une dégradation de leur humeur en hiver du fait des journées plus brèves et de la réduction globale de l'ensoleillement. Cette hypothèse est en partie confirmée par l'observation de dépressions saisonnières en hiver dans le monde entier, et donc aussi bien dans l'hémisphère nord que dans l'hémisphère sud, à des dates correspondant bien aux périodes de moindre ensoleillement. Par ailleurs, les traitements basés sur l'exposition

à la lumière, dénommés *photothérapie* ou *luxthérapie*, semblent efficaces dans ces formes de dépression.

Pour autant, le concept de dépression saisonnière doit être appréhendé avec prudence. La répétition aux mêmes dates d'épisodes pathologiques peut être expliquée par d'autres facteurs que la saison elle-même. Une période de l'année peut ainsi correspondre à des événements passés (décès, échec, séparation, etc.) créant un effet *date anniversaire*, à des conditions de vie personnelle ou professionnelle particulières tous les ans à la même période (rentrée scolaire, calendrier professionnel, etc.), ou à l'effet de croyances populaires ou de pratiques sociales influençant le moral.

Sans parler des dépressions pathologiques, il est par exemple bien démontré par des méthodes objectives que le moral de tout un chacun *n'est pas influencé par la météo du moment*. Cette croyance culturelle ou populaire est entretenue par un biais d'observation très classique : on remarque la conjonction d'un mauvais temps avec une mauvaise humeur, ou d'un beau temps avec une bonne humeur, quand elles confirment l'effet supposé, mais on ne prête aucune attention à toutes les situations où la concordance n'existe pas.

Les influences hormonales

Chez les femmes, en particulier, plusieurs périodes de la vie s'avèrent sensibles quant au risque de dépression. Dans la mesure où l'on ne retrouve pas exactement les mêmes phénomènes chez l'homme, il semble que les hormones féminines jouent un rôle dans ces fragilités conjoncturelles. Il n'est toutefois pas exclu que d'autres explications entrent en compte, comme les facteurs psychologiques et sociaux notamment. Dans ce domaine, trois périodes de la vie féminine sont à risque : les phases

dites *préménstruelles* (avant les règles), les suites d'accouchement, et la ménopause.

Chez de nombreuses femmes, la période des règles ou les quelques jours qui les précèdent entraînent des modifications émotionnelles, comme une irritabilité, une baisse de moral ou une anxiété accrue. Chez certaines femmes, ces réactions sont particulièrement intenses, au point d'être parfois qualifiées de *syndrome prémenstruel*. Si ce concept est débattu, il est à noter que ces modifications peuvent avoir un impact notable pour les femmes souffrant d'un trouble dépressif récurrent.

La grossesse n'est pas, en général, une période à risque de dépression. En revanche, les jours et les semaines qui suivent l'accouchement sont spécialement sensibles et peuvent donner lieu à différents troubles psychiques dits *post partum*. Le plus classique est le fameux *baby blues*, une réaction très fréquente qui concerne environ une femme sur deux. Ce trouble qui survient généralement deux ou trois jours après l'accouchement est marqué par une hyperréactivité émotionnelle avec des pleurs, de l'anxiété, une irritabilité et parfois des colères intenses. Ces symptômes ne durent généralement que quelques jours et ne nécessitent aucun traitement particulier en dehors d'un accompagnement humain et, éventuellement, d'un soutien psychologique. En revanche, près de 10 % des jeunes mères présentent un réel épisode dépressif qui apparaît dans le premier mois après l'accouchement, avec une souffrance intense et des répercussions possibles sur la relation avec l'enfant. Souvent négligées, ces dépressions nécessitent au moins une prise en charge psychologique, voire médicamenteuse quand elles sont sévères. Enfin, certaines femmes présentent des états dépressifs *post partum* très graves, avec des symptômes psychotiques (délires, hallucinations) justifiant une hospitalisa-

tion et des soins intensifs. Ces états dépressifs de sévérité variables peuvent s'expliquer autant par les changements hormonaux succédant à un accouchement que par des facteurs psychologiques et affectifs (accouchement difficile, maternité pas encore acceptée, isolement familial, etc.). Il faut également souligner le fait que les mêmes réactions peuvent survenir à la suite d'une interruption de grossesse, quel qu'en soit le motif, et ce même très précocement (fausse couche, IVG, etc.).

La ménopause, enfin, s'accompagne également d'un risque accru de dépression. Ce peut être le cas de femmes ayant déjà eu des dépressions antérieures mais aussi d'autres dont ce sera le premier épisode. D'autres facteurs concomitants peuvent également expliquer une fragilité psychologique, comme un isolement familial, des problèmes professionnels ou d'autres problèmes de santé apparaissant à la même période. Le rôle des changements hormonaux de la ménopause est toutefois probable, et justifie parfois des explorations biologiques particulières et des traitements spécifiques.

Le trouble bipolaire

Le trouble bipolaire est une affection fréquente qui touche environ 1 à 2 % de la population générale, donc plus d'un million de Français (autant d'hommes que de femmes). Elle peut s'avérer très handicapante si elle n'est pas prise en charge correctement. L'appellation *bipolaire*, qui a succédé à celle inadaptée de *psychose maniaco-dépressive*, vient du fait que cette maladie comporte deux polarités, l'une *basse* (la dépression) et l'autre *haute* (la manie). Précisons toutefois que, contrairement à l'usage qu'en fait le langage courant, le terme *maniaque* ne décrit ni une tendance obsessionnelle à avoir des manies, ni une perversion, comme on le dit parfois des

« maniaques sexuels ». Dans le langage de la psychiatrie, les *accès maniaques* sont des phases de quelques jours ou de quelques semaines durant lesquelles la personne voit son état d'esprit et son comportement changer radicalement, avec une euphorie excessive au premier plan. On parle également d'une *excitation anormale*, la personne se sentant en permanence gaie, pleine d'énergie et de projets, avec une absence de fatigue et l'envie d'entreprendre de nombreuses choses à la fois. Ces réactions s'opposent aux symptômes classiques d'un syndrome dépressif : exaltation au lieu de tristesse, augmentation des plaisirs à la place d'anhédonie, accélération de la pensée et des comportements au lieu de ralentissement psychomoteur, diminution du besoin de sommeil au lieu de fatigue, grand optimisme, voire idées de grandeur, à la place de pessimisme et d'autodévalorisation.

Comparé à la pénibilité des phases dépressives, tout ceci pourrait paraître anodin et même plaisant. Malheureusement, ce type d'épisode induit des effets délétères, à court et à long termes. Tout d'abord, l'état maniaque est un dérèglement émotionnel qui peut se manifester par une alternance ou une coexistence de sentiments de plaisir mais aussi d'angoisses, d'irritations, de pleurs, etc. (*labilité émotionnelle*) souvent très pénibles à vivre par la personne elle-même et par son entourage. Les phases maniaques favorisent également des actions décousues avec des troubles de la concentration importants : les personnes parlent trop vite, tout le temps, et partent dans tous les sens.

Dans leur exaltation, certains malades peuvent même être pris d'un sentiment de toute-puissance qui les conduit à s'engager impulsivement dans des projets inadaptés, voire dangereux, d'un point de vue social et financier notamment. Certains bipolaires dépensent ainsi des

sommes très importantes au cours d'états maniaques au prix de leurs économies, voire d'un endettement à long terme. La désinhibition favorise également des comportements à risque : multiplication des aventures sexuelles, attitudes ambiguës, ludisme inadapté aux situations, etc. L'état d'excitation peut également engendrer des comportements à risque dans d'autres domaines : conduite automobile, sports à sensations, violences, etc. D'autant qu'il s'accompagne généralement de consommations problématiques d'alcool ou d'autres drogues avec pour conséquences une surexposition aux risques induits par ces abus. En retour, l'état maniaque conduit à une phase d'épuisement qui, lié à la dérégulation émotionnelle, favorise le *virage* vers la dépression. Une particularité du trouble bipolaire est en effet de s'exprimer par le brusque revirement d'un état vers l'autre – en quelques jours, voire en quelques heures. Les comportements délétères induits par l'état maniaque peuvent être à l'origine par la suite de sentiments de culpabilité intenses et durables favorisant la dépression.

Les épisodes dépressifs et maniaques peuvent avoir des niveaux de gravité très variables. Les épisodes d'excitation peu intenses (*hypomaniaques*) s'accompagnent généralement d'une légère euphorie, d'une discrète désinhibition et d'une hyperactivité raisonnable, sans prise de risque démesurée. À l'inverse, certains épisodes sont très spectaculaires, avec une agitation incessante, des propos délirants (idées de grandeur, mégalomanie, éventuellement hallucinations transitoires) et parfois une agressivité majeure. On retrouve une même variation pour les épisodes dépressifs, certains étant légers et d'autres très sévères, avec des idées délirantes et des passages à l'acte suicidaires. Chez les personnes bipolaires, les symptômes biologiques (ralentissement de la pensée et des actes,

insomnie majeure, perte de poids importante, etc.) sont généralement plus présents que dans la moyenne des dépressions. La durée des épisodes varie de quelques jours à plusieurs mois. Il existe des états *mixtes* associant des symptômes dépressifs et maniaques en même temps, ou par alternance très rapide dans une même journée.

On a longtemps considéré que les personnes bipolaires retrouvaient un état parfaitement normal entre les épisodes, mais ceci est contredit par les observations actuelles. Beaucoup de personnes bipolaires connaissent des symptômes *a minima* sur des périodes plus longues que les épisodes francs qui peuvent perturber la qualité de vie à long terme (troubles du sommeil, irritabilité, pessimisme, asthénie, etc.). Par ailleurs, du fait de la répétition des épisodes, certains bipolaires développent une tendance cyclothymique (« hauts et bas »), une mauvaise estime de soi, ou ont des difficultés à établir des liens affectifs durables. À ces effets s'ajoute souvent une propension au développement d'addictions de tous types (tabac, alcool, autres produits, jeux d'argent, sexualité, etc.).

La gravité de ce trouble de l'humeur et de ses complications nécessite un dépistage aussi précoce que possible. Les symptômes n'étant pas toujours francs, en tout cas au début, le diagnostic reste toutefois souvent difficile. Il existe une hérédité avérée dans la vulnérabilité au trouble bipolaire, en plus de l'influence des facteurs psychologiques et des événements de vie (stress, traumatismes, etc.). Les psychiatres savent maintenant qu'il faut rechercher systématiquement les troubles bipolaires chez les personnes souffrant de dépression, ou qui en ont souffert à un moment de leur vie.

La prise en charge des troubles bipolaires est désormais assez bien codifiée, avec d'excellents résultats chez la majorité des personnes traitées. Il existe des traitements effi-

caces pour aider le malade à sortir d'une phase dépressive ou maniaque, et d'autres pour éviter les rechutes une fois qu'une rémission est obtenue. L'essentiel du traitement repose sur la prise de médicaments *thymorégulateurs*, dont le lithium est le plus connu et reste le plus efficace. Les antidépresseurs doivent être utilisés avec une grande précaution puisqu'ils sont susceptibles de provoquer des changements d'humeur et donc des états maniaques. Du fait des troubles du comportement et des risques évoqués précédemment, un état maniaque peut nécessiter une période d'hospitalisation. Il est fondamental pour les malades d'être informés très précisément sur la maladie et sur les règles de vie à observer pour éviter les décompensations (horaires de sommeil réguliers, prises des traitements, dangerosité des drogues ou de l'alcool, etc.). Il existe maintenant des programmes d'éducation thérapeutique qui permettent de s'approprier toutes ces informations, et qui peuvent être complétés par des psychothérapies adaptées, notamment pour améliorer la gestion de ses émotions et l'estime de soi.

🔴 Les liens corps-esprit

Les connaissances scientifiques modernes ont remis en cause la vision ancienne (en cours depuis Descartes) selon laquelle le corps et l'esprit sont complètement séparés. Si le cerveau est l'organe principalement mis en cause dans la dépression, on sait que de nombreuses maladies physiques ont un destin en partie commun avec la dépression, elles ont un peu les mêmes causes et une influence réciproque les unes sur les autres. Le cerveau étant impliqué dans toutes les fonctions de l'organisme, ce qui affecte l'esprit peut avoir un impact sur presque toutes les parties du corps.

Tout d'abord, une maladie peut constituer une cause assez directe d'une dépression. L'annonce d'une affection grave (un cancer), d'un traitement durable et pénible (une chimiothérapie), d'une affection brutale très douloureuse ou inquiétante (un accident cardiaque), ou de toute maladie chronique perturbant la vie à long terme (un diabète, une épilepsie) peuvent être des facteurs déclenchants. Pour autant, il n'y a rien d'automatique : une fois passés les premiers temps de l'annonce et du premier choc, beaucoup de personnes parviennent à s'adapter à l'adversité sans développer de syndrome véritablement dépressif. En revanche, le risque de dépression est plus élevé pour les personnes déjà vulnérables ou qui ont, en plus, des conditions de vie défavorables, comme une situation économique fragile ou un entourage peu soutenant.

Par ailleurs, des effets biologiques collatéraux, liés à certaines maladies physiques, peuvent augmenter le risque de dépression. Par exemple, le cancer peut être précédé par un état dépressif chez certains malades, devenant ainsi une des expressions de la maladie. Surtout, la plupart des affections cérébrales s'accompagnent de troubles de l'humeur – c'est notamment le cas pour la maladie de Parkinson, la sclérose en plaque ou encore la maladie d'Alzheimer. Dans tous ces exemples, les effets *dépressogènes* sont à la fois biologiques et psychologiques. Dans l'autre sens, le fait d'être déprimé peut aggraver les symptômes et l'évolution de certaines maladies physiques.

Dépression et cancer

Selon une idée reçue très répandue – et ancienne –, la dépression augmenterait le risque de cancer. Face à l'annonce d'une maladie aussi grave et redoutée, la première réaction est un sentiment d'injustice. Il est donc légitime d'avoir besoin d'explications et de chercher des

causes dans sa vie actuelle ou passée. Lorsque celle-ci a été marquée par une ou plusieurs dépressions, sévères et durables, l'idée d'un lien de cause à effet peut alors s'imposer naturellement. Certaines théories *psychosomatiques* classiques postulent que des mécanismes biologiques pourraient sous-tendre cette association, comme une diminution des défenses naturelles contre les cellules cancéreuses à cause du stress généré par la dépression, ou une altération du système immunitaire. Cependant, aucune donnée statistique ne confirme un lien entre dépression et cancer, et cela malgré d'assez nombreuses recherches. Les enquêtes épidémiologiques sont difficiles à mener dans ce domaine puisqu'elles doivent être basées sur le suivi de nombreuses personnes à long terme. En France, une étude menée sur une cohorte de plus de 14 000 salariés d'EDF-GDF (Lemogne *et al.*, 2013)³, suivis et examinés régulièrement sur une période de quinze ans, conclut que l'existence d'une dépression à un moment donné n'augmente pas le risque de cancer ultérieur. Bien sûr, cela n'empêche pas qu'il existe des liens plus subtils et des cas particuliers. On sait ainsi que l'augmentation de la consommation de tabac et d'alcool lors d'une dépression augmente le risque de maladie cancéreuse, de même qu'une perturbation prolongée de l'hygiène alimentaire et de vie. En outre, les états de fatigue ou de désespoir liés à une dépression peuvent retarder le repérage des premiers symptômes d'un cancer, et surtout les démarches à effectuer pour se faire soigner. D'une manière générale, s'il est établi que la dépression n'augmente pas

3. C. Lemogne, S.-M. Consoli, M. Melchior, H. Nabi, M. Coeuret-Pellicer, F. Limosin, M. Goldberg et M. Zins, « Depression and the risk of cancer: a 15-year follow-up study of the GAZEL cohort », in *American Journal of Epidemiology*, 178, 12, p. 1712-1720, 2013.

le risque de cancer, elle semble influencer négativement sur l'évolution de la maladie après sa survenue. Cette situation peut être comprise comme la conséquence des difficultés à accepter ou à suivre des traitements souvent lourds. Il faut en revanche relativiser l'impact des *facteurs psychologiques* qui, dans l'état actuel des connaissances, ne peuvent être accusés d'aggraver directement le pronostic du cancer. L'élément essentiel permettant d'espérer une guérison est de suivre rigoureusement les traitements – un conseil d'ailleurs aussi valable pour le cancer que pour la dépression. Que l'on y « croit » ou non, les médicaments ont globalement les mêmes effets, à condition de respecter strictement les prescriptions.

Dépression et maladies cardiovasculaires

Ce que nous venons d'évoquer pour le cancer est en partie vrai pour les maladies cardiovasculaires (l'infarctus, l'angine de poitrine, les troubles du rythme cardiaque, l'hypertension artérielle et, dans une certaine mesure, les accidents vasculaires cérébraux). Ces maladies, responsables de la majorité des décès en France, connaissent un pronostic moins bon lorsqu'elles sont conjointes à une dépression, surtout lorsque cette dernière dure longtemps. Comme pour les cancers, les risques cardiovasculaires augmentent avec la consommation chronique de tabac et d'alcool, ce qui est plus fréquent chez les personnes déprimées.

À ces effets néfastes indirects s'ajoutent des liens probablement plus intimes et spécifiques entre dépression et maladies cardiaques. Ces liens mettent en jeu des substances et des hormones impliquées dans le stress (cortisol, agents oxydants), l'activité cardiovasculaire (adrénaline) et les émotions (noradrénaline, sérotonine, etc.). Ces différents systèmes interagissent les uns avec les autres pour adapter l'organisme aux perturbations extérieures et peuvent connaître des dérèglements com-

muns. Cette corrélation explique que les personnes souffrant de dépression ont plus de problèmes cardiovasculaires que les autres et, à l'inverse, que les malades du cœur présentent plus de troubles dépressifs que les non-malades. On sait ainsi que présenter des signes dépressifs dans la période suivant un infarctus augmente le risque de mortalité ultérieure.

Soigner la dépression... pour protéger son cœur !

Des cardiologues de l'hôpital universitaire Columbia à New York ont examiné 209 patients présentant des signes de préinfarctus (maladie des artères coronaires) et les ont suivis pendant 42 mois après avoir repéré ceux qui présentaient des signes de dépression, même légers, lors du premier examen. Une première étude* montre clairement un lien nocif entre la maladie cardiovasculaire et la dépression : les personnes souffrant de signes dépressifs lors du premier épisode cardiaque ont environ deux fois plus de complications cardiovasculaires, durant les 42 mois suivants, que ceux n'ayant aucun signe dépressif. Dans une seconde étude,** certains patients ont été pris en charge de manière renforcée pour leur dépression, à l'aide de traitements médicamenteux ou de psychothérapies. À la fin de l'étude, les malades ayant bénéficié de ces interventions spécifiques présentaient une amélioration notable de leur humeur, mais également de leur état cardiaque, puisque seulement 4 % d'entre eux ont souffert d'un accident cardiaque grave durant l'étude, contre 13 % pour les patients comparables n'ayant pas été pris en charge pour leur dépression.

* W. Whang, D. Shimbo, I.M. Kronish, W.L. Duvall, H. Julien, P. Iyer, M.M. Burg et K.W. Davidson, « Depressive symptoms and all-cause mortality in unstable angina pectoris (from the Coronary Psychosocial Evaluation Studies [COPEs]) », in *American Journal of Cardiology*, 106, 8, p. 1104-1107, 2010.

** K.W. Davidson, N. Rieckmann, L. Clemow, J.E. Schwartz, D. Shimbo, V. Medina, G. Albanese, I. Kronish, M. Hegel et M.M. Burg, « Enhanced depression care for patients with acute coronary syndrome and persistent depressive symptoms: coronary psychosocial evaluation studies randomized controlled trial », in *Archives of Internal Medicine*, 170, 7, p. 600-608, 2010.

Il est notable que d'autres composantes psychologiques, souvent associées à la dépression, présentent également un impact négatif sur le pronostic des maladies cardiaques : anxiété, hyperactivité, *alexithymie* (difficulté à comprendre ses émotions).



Les causes de la dépression

La dépression n'est *pathologique* que si elle dure (au moins deux semaines et souvent beaucoup plus) et qu'elle comprend plusieurs dérèglements concomitants touchant à la fois le moral, l'énergie, le plaisir, le contenu des pensées, le sommeil, l'appétit, etc. Il ne s'agit donc pas d'une simple exagération de phénomènes normaux et isolés, mais bien d'un processus anormal et durable, même s'il est réversible. Il faudrait donc trouver la cause – ou les causes – expliquant à la fois l'installation et la prolongation de cet état pathologique – et cela malgré les systèmes de défense dont dispose l'organisme pour affronter l'adversité, comme la résilience, l'oubli, le contrôle des émotions, etc.

Personne ne peut aujourd'hui prétendre connaître LA cause de la dépression. En effet, bien que depuis trente ans de nombreuses recherches aient été engagées dans le monde, aucune explication satisfaisante n'a encore été déterminée. Pour autant, de nombreuses pistes intéressantes ont émergé grâce à l'exploration de théories scientifiques et à l'observation d'anomalies constatées chez les personnes souffrant de dépression. Il est toutefois encore difficile de dire si ces anomalies sont des causes de la dépression, si elles en sont des conséquences, s'il s'agit de signes d'accompagnement sans importance, ou si elles reflètent d'autres processus qui restent à découvrir.

🔴 Les événements favorisants

Il arrive que des événements de la vie – un événement traumatique (tel que la perte d'un proche) ou des difficultés répétitives (comme des tensions permanentes dans la

famille ou au travail) – mènent à une dépression véritable, ou la précèdent. L'analyse de la biographie récente de personnes souffrant d'un épisode dépressif révèle qu'en moyenne 60 % d'entre elles ont vécu un événement stressant (selon des critères bien établis) au cours des six mois précédant leur dépression. En comparaison, ce chiffre n'est que de 20 % chez les individus non déprimés dans la population générale. Ces dépressions, parfois entièrement provoquées par la confrontation à un problème de la vie, sont appelées *réactionnelles*. Il ne faudrait toutefois pas en conclure que les événements négatifs et les conditions de vie difficiles conduisent systématiquement à une dépression. Généralement, on constate plutôt des symptômes de stress isolés, comme une anxiété importante, des troubles du sommeil, ou une tendance au découragement. Sans qu'il faille banaliser ou négliger cette souffrance née de difficultés d'ajustement à des conditions de vie réellement pénibles, il s'agit de mécanismes psychologiques différents, appelés *troubles de l'adaptation*, qui peuvent dans certains cas également justifier une aide psychologique.

Diverses théories ont tenté d'expliquer l'origine de ce type de dépression. Selon les théories les plus classiques, notamment de la psychanalyse freudienne, ce phénomène s'explique par la notion de *perte*. La dépression résulterait d'une réaction à la perte d'un *objet* – une rupture affective, un deuil, un licenciement, etc. –, l'origine du syndrome dépressif trouvant sa source dans le travail psychique nécessaire à la reconstruction de soi et à l'adaptation à une situation nouvelle. D'autres hypothèses, issues de la psychologie évolutionniste – qui tente d'expliquer nos comportements et réactions psychiques par leurs effets favorables sur la survie de l'espèce –, suggèrent que la tristesse intense, et peut-être la dépres-

sion, permettraient aux êtres humains d'apprendre à tout faire pour éviter lesdites pertes, du fait de leur caractère très pénible pour l'individu. Il pourrait s'agir également de mobiliser les congénères pour aider les personnes les plus en difficulté, en les alertant par des comportements très inhabituels et une expression bruyante de la souffrance (visage triste, pleurs, etc.). Selon des théories plus récentes – notamment celles qui servent de base aux thérapies comportementales et cognitives –, le stress et les événements négatifs altèrent notre grille de lecture du monde et conduisent à une perception négative de soi, de l'environnement et de l'avenir, déclenchant ainsi une cascade de comportements et de ressentis menant à la dépression.

De toutes ces hypothèses, qui apportent chacune des éléments de compréhension intéressants, les théories comportementales et cognitives sont les plus convaincantes scientifiquement puisque basées sur des concepts validés à la fois par des travaux expérimentaux et par la pratique clinique et thérapeutique.

🔴 Un terrain propice

Plusieurs arguments plaident en faveur de l'existence d'une vulnérabilité de certaines personnes face à la dépression. Le plus évident est qu'une dépression peut apparaître sans aucun événement ni contexte déclencheurs. Par ailleurs, toutes les personnes qui subissent des stress intenses, voire de véritables traumatismes, ne tombent pas dans la dépression. Manifestement, des facteurs plus internes à la personne interviennent, qu'ils soient protecteurs ou aggravants. Depuis près de trente ans, des recherches tentent de répondre à deux questions : peut-

on distinguer l'inné et l'acquis ? et existe-t-il un gène de la dépression ?

Grâce à l'étude d'un très grand nombre de familles, dont des jumeaux, on peut déterminer si les dépressions sont favorisées, ou non, par un terrain génétique particulier. Les résultats de ces recherches sont relativement clairs aujourd'hui. Pour certaines formes particulières de la maladie, il existe une hérédité dépressive – c'est notamment le cas du trouble bipolaire, pour lequel le risque d'être touché est multiplié par dix lorsqu'une personne de la parenté au premier degré (parents, enfants, frères ou sœur) est atteinte. Même si la transmission n'est jamais certaine pour une personne donnée, cela suggère que des facteurs héréditaires, et donc biologiques, comptent pour une part importante dans le déclenchement de la maladie. Certaines affections assez proches du trouble bipolaire, comme le trouble *dépressif unipolaire* (répétition, au cours de la vie, de dépressions sévères sans épisodes maniaques associés), semblent également marquées par un risque de transmission génétique assez élevé. On estime la part de la génétique à environ 30 % de la propension à souffrir de dépression. Ceci n'est pas négligeable, et nous ne sommes donc pas tous égaux face au risque dépressif – toutefois, cela implique en retour que d'autres facteurs jouent un rôle prépondérant.

Depuis l'avènement d'une *psychiatrie génétique*, portée par de nombreuses équipes en France et dans le monde depuis les années 1990, la recherche des *gènes de la dépression* a été très active. Ces travaux ont d'abord logiquement porté sur des gènes impliqués dans des systèmes jouant un rôle dans les émotions et la dépression, notamment des neurotransmetteurs comme la sérotonine ou la noradrénaline. Par la suite, grâce aux progrès des techniques de génétique moléculaire, il a été possible de pas-

ser presque tout l'ADN en revue pour faire apparaître des liens avec la transmission du risque dépressif. Les résultats positifs trouvés pour une population donnée sont rarement retrouvés dans une autre population. Certains gènes semblent avoir un impact dans différentes études, mais leur poids est en fait très minime, augmentant seulement de quelques pourcents le risque dépressif. Les experts ont donc conclu qu'il n'existe pas un gène permettant d'expliquer la dépression, mais probablement une combinaison de gènes augmentant le risque lorsqu'ils sont conjoints. Ces résultats ne permettent, à l'heure actuelle, ni dépistage génétique pour les personnes à risque, ni traitements biologiques basés sur la génétique.

Pourtant, un gène relativement célèbre aujourd'hui est considéré, sur la base de nombreuses recherches concordantes, comme un pivot du risque dépressif : le 5-HTT (pour *5-hydroxytryptamine transporter* ou transporteur de la sérotonine). Ce gène influence directement le niveau de fonctionnement de la sérotonine dans le cerveau en faisant varier la vitesse de sa destruction dans les neurones. La sérotonine est un neurotransmetteur qui intervient dans de nombreuses fonctions essentielles de l'organisme, comme le contrôle de l'alimentation, de la température corporelle ou de la sexualité, mais aussi des comportements agressifs, de l'anxiété, et plus globalement le contrôle des émotions. Il n'est donc pas du tout absurde que des variations d'effets de la sérotonine, liées à un profil génétique particulier du 5-HTT, aient à voir avec le risque dépressif. De fait, certaines formes de ce gène semblent associées à des états émotionnels ou à des tempéraments particuliers (anxieux, émotifs, impulsifs, etc.). Différentes études ont montré qu'une forme particulière du 5-HTT, plus courte que les autres, est responsable d'une vulnérabilité marquée à la dépression chez

des personnes soumises par ailleurs à des événements stressants ou traumatisants, comme des maltraitances dans l'enfance. Ainsi, le gène seul n'est pas responsable d'une dépression mais favorise son éclosion dans un contexte de vie propice. Il s'agit là de l'hypothèse d'une interférence entre les gènes et l'environnement, qui correspond assez bien à ce que l'on observe en étudiant les parcours de vie des personnes souffrant de dépression.

🔴 La biologie de la dépression

Les avancées des neurosciences, qui permettent de mieux connaître le cerveau et le fonctionnement des neurones, ont permis depuis vingt ans de faire progresser notablement la recherche sur la dépression. De nombreuses anomalies biologiques, et même anatomiques, ont ainsi été repérées chez les personnes touchées par la dépression, qui n'est donc ni un phénomène abstrait de l'âme, ni une maladie imaginaire.

Pour autant, il reste encore beaucoup à comprendre : pour le moment, il est difficile d'établir si les anomalies observées sont la cause ou la conséquence de la dépression, ou même des modifications concomitantes liées à d'autres facteurs. Quand des examens sont réalisés pendant une dépression puis à nouveau après guérison, certaines anomalies disparaissent alors que d'autres persistent. Les travaux actuels se focalisent sur l'identification de *biomarqueurs* – anomalies objectives pouvant refléter une vulnérabilité à la dépression ou un indice de gravité de l'état dépressif en cours –, de séquelles durables, ou encore d'éléments qualitatifs permettant de prédire l'évolution de la maladie et de choisir un traitement personnalisé.

Au plan moléculaire, les hypothèses les plus classiques portent sur un dysfonctionnement des neurotransmetteurs, comme la noradrénaline, la sérotonine ou encore la dopamine. Ces substances, qui régulent l'activité des neurones, sont impliquées dans le contrôle des comportements, des émotions ou d'autres systèmes importants dans la dépression. Par ailleurs, les médicaments antidépresseurs modifient l'activité de ces neurotransmetteurs, en général en l'augmentant. Ceci conduit à penser que la dépression pourrait être liée à un défaut de leur production ou de leur fonctionnement. Il n'est cependant pas possible de mesurer directement ces substances, dont le métabolisme et les effets dans le cerveau sont très complexes. De plus, très peu d'explications sont encore avancées sur les raisons du dysfonctionnement supposé.

Des recherches plus récentes ont donc porté sur d'autres types de molécules qui pourraient jouer un rôle dans le déclenchement ou le maintien des états dépressifs : glutamate, cannabinoïdes, autres neuropeptides, etc. Ce sont des pistes intéressantes mais les résultats les plus prometteurs concernent actuellement les mécanismes du développement des neurones et des connexions qu'ils entretiennent entre eux. Nous savons en effet aujourd'hui que le fonctionnement du cerveau repose sur des milliards d'échanges qui s'établissent en permanence entre les neurones, avec une construction et une déconstruction continue de connexions, en fonction des besoins et de l'environnement. Une réduction ou une altération, même passagère, de ce maillage de haute précision peut pénaliser sensiblement nos capacités de mémoire, d'attention, de réflexion, mais aussi de régulation de nos émotions. La *plasticité* du cerveau et des neurones, c'est-à-dire leurs capacités à s'adapter physiquement à des contraintes et à des objectifs donnés, est altérée lors des phases dépressives.

Cela pourrait expliquer le ralentissement de la pensée et de l'action, les troubles de la concentration et de la mémoire, et l'impossibilité de sortir d'un mode émotionnel négatif une fois qu'il a été enclenché. La perte de la plasticité cérébrale peut s'expliquer de différentes manières. L'hypothèse la plus courante aujourd'hui est que le stress lui-même pourrait avoir un effet néfaste sur les connexions cérébrales *via* des substances comme le cortisol ou des mécanismes d'oxydation. Ces effets sont clairement établis chez l'animal, et commencent à l'être chez l'homme. Les événements vécus et leur retentissement psychologique peuvent en effet avoir de très nombreuses conséquences négatives, plus ou moins durables, sur notre équilibre hormonal, notre système immunitaire, notre fonctionnement cardiovasculaire, etc. Les effets collatéraux sur la plasticité cérébrale, et donc sur notre vie psychique, peuvent être majeurs. Dans la dépression, il pourrait exister un véritable cercle vicieux, dans lequel des événements stressants altèrent le fonctionnement neuronal au point de provoquer des troubles émotionnels et cognitifs, ces stress internes aggravant en retour les anomalies cérébrales. En plus des perturbations provoquées par les événements douloureux, des agents physiques peuvent jouer un rôle toxique pour le cerveau et augmenter le risque dépressif : alcool et autres drogues, mais aussi des infections diverses. Sans parler des maladies infectieuses graves provoquant des dysfonctionnements cérébraux majeurs – telles que les encéphalites liées au virus du sida ou au méningocoque –, de nombreux éléments indiquent aujourd'hui que des infections discrètes et courantes (grippe, toxoplasmose, etc.) peuvent également avoir des répercussions importantes sur la vulnérabilité neuronale aux troubles psychiatriques, dont ceux de l'humeur.

● Une maladie infectieuse ?

Présenter la dépression comme une maladie infectieuse pourrait paraître surprenant, voire iconoclaste. Pourtant, depuis quelques années, c'est une piste de recherche très sérieuse, au moins pour certaines pathologies de l'humeur telle que le trouble bipolaire ou la schizophrénie. Si ces hypothèses sont loin de tout expliquer, les arguments en leur faveur sont assez nombreux : les personnes malades naissent plus souvent à certaines saisons de l'année (hiver et printemps), on retrouve chez elles plus de marqueurs d'infections virales ou parasitaires, et les bilans sanguins effectués témoignent de réactions inflammatoires excessives. Une des explications actuelles est que les personnes souffrant de troubles de l'humeur sont porteurs de *rétrovirus*, des morceaux d'ADN d'origine infectieuse incorporés au génome normal. Ces séquences d'ADN peuvent être transmises de génération en génération, mais aussi être ajoutées ou modifiées durant la vie fœtale. Ces rétrovirus endogènes peuvent être réactivés à tout moment de la vie de l'individu, notamment sous l'influence d'autres infections banales, comme la grippe ou la toxoplasmose. Ces stimulations peuvent être à l'origine de la production d'agents toxiques pour les neurones et donc pour le cerveau, qu'il s'agisse d'autoanticorps (anticorps dirigés spécifiquement contre certains tissus de la personne elle-même) ou d'autres substances très agressives impliquées dans des réactions immuno-inflammatoires. Les cytokines, par exemple, sont sécrétées par les globules blancs pour participer à l'inflammation, et sont retrouvées en quantités trop élevées chez les personnes déprimées.

* M. Leboyer *et al.* « Can bipolar disorder be viewed as a multi-system inflammatory disease? », in *Journal of Affective Disorders*, 1, **141**, p. 1-10, 2012.

❖❖ Le cerveau déprimé

Outre les modifications biologiques de niveau moléculaire, la dépression s'accompagne également de modifications du cerveau au niveau macroscopique. Il ne s'agit pas

vraiment de lésions anatomiques comme on peut les voir dans les affections neurologiques (tumeurs, démences, accidents vasculaires cérébraux, etc.), mais plutôt d'anomalies de fonctionnement qui peuvent être mises en évidence par des examens d'imagerie cérébrale spécifiques. Pour les mettre en lumière, les chercheurs comparent un groupe de personnes souffrant de dépression à un groupe de personnes non malades, en les soumettant à des examens d'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf). Durant l'examen, à l'intérieur de la machine, les personnes doivent effectuer des exercices choisis pour faire fonctionner plus particulièrement une région cérébrale donnée (chaque tâche intellectuelle est reliée à une ou plusieurs zones du cerveau qui assure sa réalisation). Cette méthode permet de constater que le fonctionnement du cerveau des personnes déprimées se distingue de la normale par au moins deux types d'anomalies : les structures cérébrales qui produisent les émotions ou les contrôlent (cortex orbitofrontal, striatum, cortex cingulaire antérieur) sont plus actives que chez les personnes non déprimées. À l'inverse, les structures cérébrales impliquées dans les efforts de concentration et de réflexion (cortex préfrontal dorsolatéral) sont moins actives que chez les personnes en bonne santé. On peut résumer schématiquement ces anomalies par une suractivité des neurones émotionnels associée à un ralentissement du cortex qui pense. Ces dysfonctionnements peuvent, en partie, être expliqués par les perturbations biologiques des neurotransmetteurs et d'autres substances modifiées lors des phases dépressives. Certaines études utilisant l'IRM montrent d'ailleurs des modifications anatomiques de certaines régions cérébrales, qui pourraient s'expliquer par les effets du stress sur les neurones et leurs connexions, et entraîner certains troubles cognitifs. Par exemple, l'épaisseur du cortex orbitofrontal ou du cortex cingulaire antérieur est, en

moyenne, plus réduite chez les personnes déprimées. Ces anomalies semblent s'aggraver au fil du temps, en cas de répétition de rechutes dépressives.

L'étude de l'anatomie du *cerveau déprimé* est intéressante pour chercher les mécanismes, et peut-être les causes, de la dépression ; elle peut aussi s'avérer très utile pour mettre au point de nouveaux traitements. Deux avancées récentes, basées sur des méthodes de stimulation cérébrale, le confirment : l'une par un champ magnétique, et l'autre par des courants électriques. La mise en évidence d'une insuffisance d'activité du cortex cérébral préfrontal (couche de neurones située à la surface du cerveau, dans la région du front) a ainsi permis la mise au point de protocoles de traitement par *stimulation magnétique transcrânienne*. Un dispositif d'aimant en anneau, placé sur le front sans aucun caractère invasif, émet un champ magnétique capable d'augmenter l'activité des neurones voisins. Chez certaines personnes déprimées, la répétition de séances quotidiennes d'environ une demi-heure permet d'obtenir de bons résultats thérapeutiques. La seconde méthode est plus lourde et encore très expérimentale : elle consiste à implanter des électrodes dans le cerveau, par voie chirurgicale, pour moduler très précisément l'activité de certains circuits de neurones dont l'activité est anormale dans la dépression. Grâce à l'imagerie cérébrale fonctionnelle, des chercheurs ont donc pu identifier les zones-clés à moduler, situées sous le cortex cingulaire antérieur notamment, avec de bons résultats thérapeutiques d'après les premières études réalisées.

⦿ De nombreuses causes, toutes importantes

Plusieurs causes concourent donc à la dépression chez beaucoup d'entre nous, avec une équation certainement

propre à chacun. On peut distinguer très grossièrement trois types de facteurs : la personnalité, la biologie, et les aléas de la vie. Notons que la définition de ces trois facteurs est très artificielle puisqu'ils sont en fait très liés les uns aux autres. La personnalité et le tempérament, par exemple, sont construits à la fois sur une base constitutionnelle (environ 30 % de nos traits de caractères proviendraient de l'hérédité biologique) et sur les apprentissages faits dès le plus jeune âge, en fonction de l'environnement de vie et des événements vécus. La biologie, quant à elle, est un mélange de notre patrimoine génétique, codé dans toutes nos cellules, et des nombreuses interférences avec un environnement, et ce dès la vie intra-utérine (infections diverses, autres maladies, prises d'alcool ou de drogues, etc.). Enfin, même l'environnement et le stress ne peuvent pas être considérés comme indépendants de la personnalité et de la biologie : nos comportements et attitudes nous exposent à des événements plus ou moins favorables. Par exemple, être très dépendant affectivement peut exposer certains anxieux à des ruptures douloureuses et fréquentes, puisque trop en demander à l'autre peut générer des conflits et être mal vécu par l'entourage. De même, une consommation excessive d'alcool ou de tranquillisants pour calmer son anxiété peut avoir des conséquences néfastes pour le fonctionnement cérébral, au point de générer un risque dépressif supplémentaire.

Les hypothèses actuelles, issues de la recherche dans de nombreux domaines différents, tentent d'intégrer toutes ces variables dans un modèle qui tiendrait compte de toutes ces interactions. En résumé, les facteurs héréditaires défavorables seraient, d'une part, des gènes responsables d'une fragilité émotionnelle (comme celui du 5-HTT) et, d'autre part, des gènes rendant les personnes plus sensibles à des perturbations biologiques extérieures.

On peut également imaginer des gènes plus spécifiquement en cause dans la transmission d'une forme particulière de trouble de l'humeur (comme le trouble bipolaire), mais aucun n'a pu être identifié jusqu'à présent. Sur ce terrain favorable, une accumulation de facteurs de stress, psychologiques ou physiques, pourrait faire apparaître la maladie sous la forme d'un premier épisode dépressif. En cas de prise en charge insuffisamment efficace, le trouble de l'humeur peut se pérenniser, voire s'aggraver, même après la guérison de ce premier épisode. Il est courant, en effet, de constater que les premières dépressions surviennent à la suite d'un événement grave et traumatisant (licenciement, rupture, deuil, etc.), alors que les suivantes se déclenchent de moins en moins en lien avec des facteurs extérieurs. Ce phénomène pourrait s'expliquer par les mécanismes biologiques que nous avons évoqués, la dépression devenant en elle-même un stress pour l'individu et son cerveau, qui deviendraient alors de plus en plus vulnérables avec la répétition des épisodes.

Ces constatations et ces hypothèses conduisent à deux conclusions essentielles pour la pratique, et surtout pour les traitements à mettre en œuvre. Tout d'abord, aucun facteur ne doit être négligé ni considéré *a priori* comme plus important que les autres. Les tenants du *tout psychologique* comme du *tout biologique* sont dans l'erreur. En effet, même pour une part minime, les causes sont toujours multiples et toutes doivent être prises en compte dans l'analyse. Par ailleurs, l'équation à plusieurs inconnues est individuelle, et le traitement doit l'être également. Comme c'est maintenant le cas dans la plupart des disciplines médicales, la *médecine personnalisée* doit s'appliquer aussi à la psychiatrie et à la dépression ; c'est le seul moyen de contrôler efficacement les multiples facteurs de risque dont nous sommes tous, à un niveau ou à un autre, porteurs.



Soigner la dépression



∴ Les clés d'un traitement efficace

La dépression est une maladie comme les autres, elle peut donc faire l'objet de traitements médicaux. L'approche scientifique qui sous-tend la psychiatrie depuis une trentaine d'années a conduit à de grands progrès dans la connaissance de ces traitements et dans la manière de les mener, avec des résultats indiscutables.

Précisons d'abord que traitement médical n'est pas obligatoirement synonyme de médicaments. Bien sûr, dans la plupart des cas, les médicaments antidépresseurs sont au cœur du traitement, mais la réussite des soins peut reposer sur beaucoup d'autres éléments. Il s'agit en premier lieu des *psychothérapies*, dont les effets peuvent être décisifs à court terme, mais aussi et surtout à long terme. Par ailleurs, il existe depuis peu des traitements biologiques, autres que les médicaments, regroupés dans la catégorie des *stimulations cérébrales*. Au-delà des outils, l'essentiel est de bien établir le *plan de traitement* d'une dépression et, surtout, que celui-ci soit bien suivi dans le temps pour coordonner les soins et évaluer rigoureusement les résultats obtenus. En outre, les soins doivent être encadrés par un *chef d'orchestre* en charge des décisions importantes qui doivent fréquemment être prises durant le déroulement du programme de soin, et qui coordonne les multiples intervenants. Même si les grandes lignes du traitement sont assez bien codifiées, il est indispensable de personnaliser et d'adapter le plus finement possible la thérapeutique en fonction de l'évolution du malade :

choix de la médication, détermination de la dose, durée du traitement, choix de la méthode de psychothérapie et du moment de la mettre en place, décision éventuelle d'un arrêt de travail, voire d'une hospitalisation, etc. Pour obtenir un résultat optimal, toutes les décisions doivent être prises par un médecin qui connaît bien le malade et l'accompagne tout au long de son parcours de soin.

Le chef d'orchestre des soins

Le premier interlocuteur d'une personne déprimée doit être son médecin généraliste. Comme pour toutes les maladies, le lien de confiance établi sur la durée est important, et cela présente l'intérêt de centraliser les informations. Si d'autres médecins ou praticiens interviennent ultérieurement, il est essentiel que le médecin traitant reste impliqué dans le parcours de soin, la dépression et ses traitements pouvant avoir des implications médicales plus générales.

Certaines personnes, surtout jeunes et en bonne santé, n'ont pas de médecin généraliste attitré et peuvent alors être tentées de consulter directement un spécialiste, psychiatre notamment, lorsqu'elles sont confrontées à une dépression. Cette solution n'est pas forcément la meilleure dans la mesure où l'absence complète de médecin généraliste dans les soins peut, à un moment ou à un autre, soulever certains problèmes (difficultés pour renouveler une ordonnance, surveillance de certains symptômes physiques, etc.). Un trouble psychique peut donc constituer une bonne occasion pour commencer un suivi avec un médecin généraliste, une démarche d'ailleurs nécessaire pour que la Sécurité sociale puisse prendre en charge l'intégralité des consultations du spécialiste.

Une fois le contact établi, le médecin traitant évalue les symptômes présentés par son patient afin de confirmer, ou non, le diagnostic de dépression. Le cas échéant, il peut ensuite proposer un traitement, et l'accompagner. Un médecin généraliste peut donc tout à fait jouer le rôle de coordonnateur des soins, et c'est d'ailleurs le cas le plus fréquent en France. Parfois, le médecin ou le malade préfèrent recourir à un spécialiste pour un avis ponctuel ou pour organiser les soins. Cette situation est justifiée si la situation s'avère complexe au plan du diagnostic ou du traitement, si le médecin généraliste n'a pas l'expérience nécessaire – il est très difficile d'être compétent dans tous les domaines –, ou si le malade préfère séparer les rôles pour des raisons personnelles qui peuvent être tout à fait légitimes. Le *chef d'orchestre* peut donc être aussi bien le médecin traitant qu'un psychiatre, mais, dans les deux cas, il est préférable que des contacts réguliers soient maintenus entre les praticiens, par des échanges de courriers ou par téléphone.

Nous venons de répondre à la question du *qui* consulter ? Il faut aussi se demander *quand* ? La réponse est très individuelle, selon la personnalité de chacun, les symptômes présentés, les antécédents ou non de dépression, le contexte de vie, etc. Par précaution cependant, la réponse médicale la plus adéquate est de considérer que le plus tôt est le mieux. Il est en effet bien établi que tous les troubles psychiques sont plus difficiles à soigner s'ils sont installés depuis longtemps. Plus le temps passe, plus les symptômes s'aggravent, généralement par un effet *boule de neige* : la personne se sent triste, elle ne sort plus, donc elle n'a aucun plaisir, ce qui accentue sa tristesse ; autre exemple : la perte d'appétit conduit à un amaigrissement, or la sous-nutrition peut accentuer la fatigue, et donc le sentiment d'impuissance. Par ailleurs, quand

l'état dépressif dure longtemps, de nouvelles pathologies peuvent apparaître, comme l'utilisation nocive d'alcool ou d'autres toxiques.

Il n'y a, en revanche, aucun risque à consulter tôt, au moins pour demander un avis. Si le diagnostic de dépression est confirmé, le traitement pourra être mis en place rapidement, mais sans aucune obligation. Si la personne qui consulte ne souhaite pas suivre les conseils donnés, rien ne l'y oblige. À l'inverse, si la consultation se conclut par l'absence de syndrome dépressif, la démarche peut s'arrêter là, ou déboucher sur une simple surveillance ou des conseils pour d'éventuels autres symptômes constatés.

La place des psys

La coordination par un médecin n'exclut pas, bien sûr, l'intervention d'autres professionnels. Les psychologues, en particulier, sont des partenaires parfois essentiels pour au moins deux missions : l'évaluation initiale et les psychothérapies. Certaines personnes – mais ceci est très variable selon les perceptions de chacun – acceptent plus facilement l'idée de consulter un psychologue qu'un psychiatre. En dehors de dépressions très légères, il est cependant préférable de consulter au moins une fois un médecin pour vérifier l'absence de pathologie somatique, préciser le diagnostic, et se prononcer sur les traitements les plus adéquats. Lorsque la psychothérapie est envisagée comme meilleure orientation de traitement, celle-ci peut être réalisée par tout praticien formé à la méthode requise, psychologue ou médecin.

Il est toujours difficile de s'y retrouver dans les noms de professionnels en « psy », dont on ignore souvent les rôles et les statuts respectifs. Il faut en fait distinguer les *métiers* et les *fonctions*. Les métiers reposent sur la for-

mation, médicale d'un côté (médecins généralistes, psychiatres, autres spécialités) et psychologique de l'autre. Il existe plusieurs catégories de psychologues (du travail, du sport, etc.), mais ceux qui nous intéressent ici sont ceux que l'on nomme *psychologues cliniciens* puisqu'ils disposent d'une formation sur les pathologies mentales et ont une expérience du soin. Qu'il s'agisse de médecins ou de psychologues, les praticiens peuvent avoir en plus des fonctions de psychothérapeutes. Cette compétence est désormais officielle, et attribuée par l'État selon des critères stricts de formation et d'expérience. Un *psychothérapeute* doit avoir suivi une formation spécifique pour une méthode de soin psychologique donnée qui peut être : la *thérapie comportementale et cognitive* (TCC), la *thérapie familiale*, ou encore la *psychanalyse*. Tous les psychologues cliniciens ne sont donc pas psychothérapeutes, mais peuvent avoir des compétences dans l'évaluation de la personnalité, dans les tests intellectuels dits *cognitifs* (les praticiens se nomment alors *neuropsychologues*), ou encore dans le soutien psychologique.

Comme tous ces aspects sont un peu complexes et pas toujours clairement énoncés par les professionnels eux-mêmes, il est fortement conseillé de se renseigner précisément sur deux choses lorsqu'il est question de consulter un psy : son métier (et donc son diplôme principal) et ses pratiques de psychothérapie (toutes les méthodes ont des noms et peuvent être décrites). Beaucoup de professionnels se présentent comme thérapeutes alors qu'ils n'en ont pas réellement la formation, et ne sont en fait ni psychologues ni médecins. Ce sont peut-être par ailleurs de bons thérapeutes, mais rien ne permettant vraiment d'en attester, la méfiance doit être de mise.

Enfin, d'autres soignants ou intervenants peuvent jouer un rôle important dans le traitement de la dépression, en

tout cas pour certaines personnes : infirmiers, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, aides-soignants à domicile, éducateurs, assistantes sociales, animateurs sportifs, etc. Il s'agit alors plutôt d'interventions ponctuelles dans un contexte particulier (personne âgée nécessitant un accompagnement pour les sorties ou les activités de base, adolescents ou adultes pour lesquels le sport peut avoir un effet bénéfique, etc.) ou au sein d'une équipe multidisciplinaire, mais bien sûr le traitement principal de la maladie ne repose pas sur eux.

Les ingrédients du traitement

Le traitement d'une dépression ne se limite pas à une consultation ou à la prescription d'un médicament, mais constitue un *programme de soin* qui peut comporter différents éléments. Ce programme est adapté au cas de chaque malade, même si certains ingrédients s'y retrouvent très souvent.

Les consultations de suivi

Les consultations de suivi, réalisées avec le praticien désigné plus haut comme le *chef d'orchestre* des soins, constituent le socle du programme de soin. Ces consultations sont essentielles car elles servent de fil rouge, avec une personne référente tout au long du parcours pour évaluer les résultats et prendre les décisions thérapeutiques. Le rythme de ces consultations est variable selon le contexte et les possibilités : en moyenne une fois par semaine au début de la prise en charge, parfois plus dans les situations très problématiques, et souvent un peu moins (une à deux fois par mois) quand la gravité est réduite.

Ces consultations ont plusieurs objectifs différents : *accompagner* et *soutenir* psychologiquement la personne dans ses difficultés, *prendre des décisions* quand elles s'im-

posent (hospitalisation, arrêts de travail, etc.), *prescrire* les traitements, *évaluer* leurs effets, etc. S'ajoutent souvent à ces consultations quelques contacts brefs par téléphone ou échanges de courriels, selon des modalités qui sont fixées au début de la prise en charge, pour répondre à des questions ponctuelles ou prévenir d'une situation urgente. Il peut être aussi utile, voire indispensable, de recevoir au moins une fois l'entourage familial le plus proche, avec l'accord bien sûr du malade, afin de compléter l'analyse de la situation et répondre à leurs questions. La durée de ce suivi est très variable mais s'étend obligatoirement sur au moins plusieurs mois. En effet, si l'on est bien dans la situation d'un épisode dépressif, les symptômes peuvent s'améliorer progressivement en quelques semaines, mais une surveillance s'impose sur au moins six mois, sans compter que certaines *dépressions récurrentes* nécessitent un traitement préventif de très longue durée. Naturellement, le rythme des consultations est soutenu au cours des premières semaines, mais il peut s'espacer nettement (une fois par mois, voire moins) quand les troubles sont bien stabilisés et le traitement bien établi.

La prescription médicamenteuse

La prescription médicamenteuse n'est pas systématique, mais, dans la majorité des cas, l'utilisation d'un traitement antidépresseur est nécessaire. L'antidépresseur est l'agent principal du traitement et doit être pris pendant au moins six mois. D'autres types de médicaments peuvent être prescrits pour des besoins particuliers : anxiolytiques, hypnotiques (somnifères), et parfois des médicaments *correcteurs* des effets secondaires de l'antidépresseur. D'une manière générale, ces traitements complémentaires n'ont pas vocation à être pris sur de longues durées, et il est préférable de limiter le nombre des médicaments à prendre en même temps. S'ajoutent parfois aussi à l'antidépresseur

des médicaments visant à amplifier ses effets en cas de *résistance*. Notons que les prescriptions médicamenteuses diffèrent lorsque la dépression survient dans le cadre d'un trouble bipolaire.

Les psychothérapies

Les psychothérapies peuvent constituer une composante essentielle du plan de traitement. Plus complexe à mettre en œuvre, leur utilisation est décidée selon les symptômes présentés, les antécédents, le souhait du malade, et aussi selon les possibilités pratiques existantes. En plus du choix de la méthode, se pose souvent la question des objectifs et, ainsi, du moment où la thérapie peut être pertinente. Certaines psychothérapies visent à accompagner le malade vers la guérison de l'épisode dépressif, alors que d'autres ont plutôt pour objectif d'éviter les rechutes lorsque la situation est rétablie.

Les autres ressources

À côté des médicaments et des psychothérapies, les *sismothérapies* – appelées également *électroconvulsivothérapie* (ECT) – constituent un autre recours possible, pour les dépressions les plus sévères. Ces *traitements physiques* sont mis en œuvre en milieu hospitalier (hôpital ou clinique). L'hospitalisation peut être justifiée par plusieurs raisons : affiner le diagnostic par des examens approfondis (en recherchant par exemple des causes organiques à la dépression), permettre au malade de se reposer en l'éloignant des facteurs de stress de sa vie quotidienne, ou encore mettre en place un traitement difficile à adapter et à surveiller en consultations simples. Les personnes qui présentent les dépressions les plus sévères ou les plus résistantes, et les personnes âgées ou celles souffrant par ailleurs de maladies physiques, sont plus souvent hospita-

lisées. La durée du séjour en milieu hospitalier peut varier de quelques jours à quelques semaines, selon les besoins et l'évolution des symptômes.

Enfin, évoquons rapidement des méthodes thérapeutiques qui pourraient s'avérer intéressantes mais qui ne sont pas encore validées scientifiquement : la *stimulation magnétique transcrânienne*, la *remédiation cognitive*, ou encore les *thérapeutiques complémentaires* comme l'acupuncture ou la phytothérapie.

Le déroulement du traitement

Schématiquement, le traitement d'un épisode dépressif est divisé en quatre grandes périodes. La première est celle du *diagnostic* et de l'*évaluation*, qui nécessite une à trois consultations en général, donc une à deux semaines environ – sauf en cas d'extrême urgence où les décisions doivent être prises dès la première visite. La seconde période est celle du *traitement curatif*, que l'on appelle aussi souvent la *période du traitement aigu*. Elle vise à obtenir une rémission des troubles, c'est-à-dire une disparition de tous les symptômes de la dépression, ce qui nécessite en général un à deux mois, parfois plus quand il faut essayer plusieurs médicaments successivement. On passe ensuite au *traitement de consolidation*, qui vise à éviter des rechutes au cours des six mois. En réalité, le traitement utilisé pour cette consolidation est souvent le même que celui prescrit comme traitement curatif, mais auquel on peut adjoindre des méthodes de psychothérapie qui n'ont pas encore été mises en œuvre. Enfin, la *quatrième période* peut prendre deux voies différentes : soit un arrêt progressif du traitement – ce qui demande des précautions particulières –, soit une prolongation de celui-ci lorsqu'une stratégie préventive est jugée nécessaire. Il peut s'agir d'un traitement médicamenteux, qui

sera alors prescrit pendant plusieurs années afin d'éviter la survenue de nouveaux épisodes dépressifs, ou d'une psychothérapie ayant le même objectif. L'intérêt de ces approches préventives est évalué spécifiquement pour chaque malade, en fonction surtout des antécédents et donc du risque de *réurrence*, notamment dans le cadre d'un trouble de l'humeur unipolaire.

L'évaluation des résultats

L'évaluation des résultats du programme de soin est essentiel. Elle a pour enjeux le choix des traitements et éventuellement de leurs modifications. Tout comme il n'existe pas d'outil à même d'évaluer précisément la gravité de la dépression lors des premières consultations, il n'existe pas d'instrument de mesure parfait et objectif pour évaluer l'efficacité des traitements. Toutefois, comme le traitement curatif vise à faire disparaître complètement les symptômes dépressifs, le meilleur repère reste l'état général du malade qui peut être évalué selon les symptômes exprimés. Notons que ce retour à l'*état normal* de la personne est tout à fait possible avec les traitements actuels, et l'on sait même aujourd'hui qu'il s'agit d'une condition essentielle pour éviter une rechute dans les semaines ou les mois suivant l'épisode critique.

Lors des consultations de suivi, le médecin doit donc faire le point très précisément sur tous les symptômes de la dépression, tels qu'ils s'exprimaient au début de la prise en charge, ou éventuellement tels qu'ils ont pu apparaître ensuite. Il s'agit par exemple d'étudier le sommeil, l'appétit et le poids, l'humeur, l'énergie, le plaisir, etc. Pour que l'on puisse parler de *rémission*, voire de *guérison* – la guérison étant une rémission qui reste stable dans le temps, au moins six mois par exemple –, chacun de ces éléments, ou en tout cas la majorité d'entre eux, doit retrouver un

état identique à celui d'avant la dépression. Pour affiner cette évaluation, les médecins peuvent parfois s'aider de grilles ou de questionnaires qui passent en revue les différents symptômes et donnent un *score de dépression* pour l'état du malade à un moment donné. Ces mêmes outils permettent à la recherche clinique d'établir l'efficacité d'un traitement, qu'il s'agisse de médicaments, de psychothérapies ou de toute autre méthode.

La disparition des symptômes ne suffit toutefois pas à évaluer le traitement. En effet, malgré la disparition de quasiment tous leurs symptômes, certaines personnes déprimées ne peuvent reprendre complètement leurs activités antérieures et retrouver leur qualité de vie. Les raisons peuvent être complexes : influence des effets secondaires des traitements reçus, dimensions psychologiques personnelles mal prises en compte lors des soins, ou encore problèmes causés par l'entourage du malade. Mettre à jour ces difficultés, et bien les comprendre, nécessite du temps et implique une relation de confiance et une bonne connaissance entre le médecin et le malade. Dans la mesure où la persistance de difficultés de ce type est un facteur de *mauvais pronostic* (rechutes, risque d'arrêt des traitements, etc.), il est important de les repérer et de chercher des solutions – adaptation du traitement médicamenteux, proposition de psychothérapie individuelle ou de couple, mise en place d'autres aides adaptées, etc.

Au-delà de la rémission ou de la guérison d'un épisode dépressif à un moment donné, on voit que la prise en charge médicopsychologique permet d'ouvrir d'autres réflexions sur la situation personnelle du malade. D'autres troubles peuvent ainsi être mis en évidence et soignés, et certaines vulnérabilités peuvent être dépistées et travaillées. Il arrive donc que le traitement d'une dépression

conduise la personne non seulement à se sentir « comme avant », mais parfois même « mieux qu'avant »... même si tout ceci peut prendre du temps et nécessiter un accompagnement soutenu.

🔴🔴 **Asseoir la guérison**

La durée moyenne d'un épisode dépressif est d'environ 9 à 12 mois. Comme il s'agit d'une moyenne, cela signifie que certains épisodes peuvent durer quelques semaines et d'autres plusieurs années. Ce repère de 9-12 mois permet de prendre toutes les précautions nécessaires pour programmer les traitements. En effet, si la plupart des traitements conduisent à la disparition des symptômes, voire rendent possible le retour à une vie normale, ils ne guérissent généralement pas définitivement l'épisode en cours. Interrompre trop précocement le traitement risque donc d'entraîner une rechute, ce qui se produit assez fréquemment. Le corps médical considère donc que la guérison est *réelle* si l'état de la personne demeure normal et stable pendant au moins six mois, et ce même lorsqu'elle a complètement arrêté son traitement. Avant la guérison réelle, elle peut connaître des hauts et des bas, avec des périodes d'amélioration puis des retours en arrière sans raison claire ou à l'occasion d'un stress, d'une fatigue importante ou de tout autre événement fragilisant. C'est en cela que le terme de *tunnel* de plusieurs mois est évocateur, traduisant l'existence d'une issue réelle au bout du compte. Les personnes déprimées ont pourtant beaucoup de mal à espérer cette évolution favorable, se sentant changées à jamais.

Après un premier épisode dépressif, plusieurs scénarios sont possibles. Dans environ la moitié des cas, il n'y aura plus aucun autre épisode, au moins avant cinq ans. Ceci

peut correspondre au fait que la dépression était la conséquence d'une accumulation de facteurs exceptionnels qui ne se reproduiront plus, ou alors à la mise en place de mécanismes de défense plus efficaces – une psychothérapie pour éviter une rechute dans des circonstances difficiles par exemple. En revanche, pour l'autre moitié, le risque de *récidive* est élevé, avec de nouveaux épisodes dans les cinq ans. Ceci peut s'expliquer par un contexte défavorable, mais aussi par une vulnérabilité *endogène* (interne) à la dépression. Cette fragilité peut avoir des causes en partie biologiques, créant une instabilité propice à des décompensations plus ou moins dépendantes des événements vécus. Cette fragilité est appelée par les médecins *dépression récurrente*, ou *trouble unipolaire*. Contrairement au trouble bipolaire, la polarité maniaque étant absente du trouble unipolaire, le malade ne présente que des épisodes dépressifs. On considère cependant que cette affection est assez proche du trouble bipolaire, notamment parce que, dans les deux cas, les épisodes dépressifs semblent se répéter sans facteurs déclenchants externes. L'hypothèse scientifique est que troubles unipolaire et bipolaire sont sous-tendus par des facteurs physiologiques en partie communs, peut-être génétiques et cérébraux. Leur diagnostic conduit en tout cas assez logiquement à proposer un traitement préventif sur de nombreuses années, même chez une personne qui a retrouvé son état normal, afin d'éviter la survenue d'un nouvel épisode.

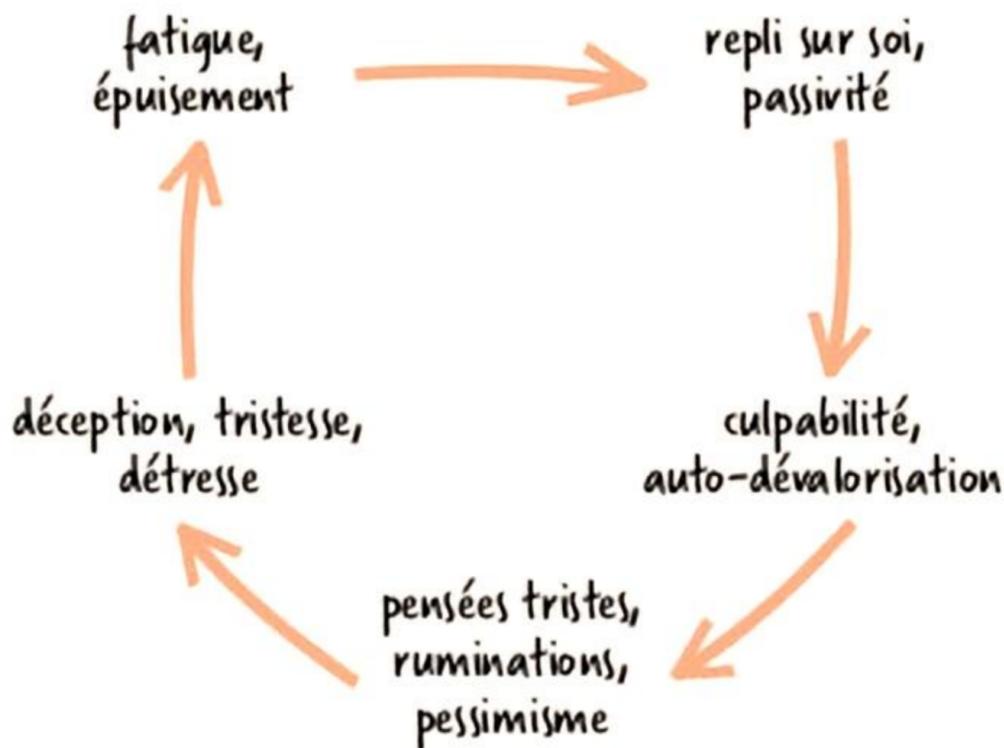
Les psychothérapies

La psychothérapie occupe une place importante dans le traitement des dépressions. Cependant, le type de thérapie, et surtout le moment idéal pour la mettre en œuvre, varient beaucoup d'une personne à l'autre et

d'une dépression à l'autre. Le terme *psychothérapie* désigne toute méthode de soin basée sur la parole et les échanges entre un soignant et son patient. Cette définition peut correspondre à de multiples formes d'intervention, du soutien simple à des techniques très élaborées. Pour toute personne déprimée, les notions d'accompagnement humain et de soutien psychologique sont très importantes, même si ces approches ne suffisent pas à soigner véritablement les symptômes de la maladie. En revanche, des méthodes plus structurées sont réellement déterminantes au plan thérapeutique, et peuvent intervenir à deux stades : soit en phase dépressive à proprement parler si les symptômes ne sont pas trop sévères, soit en phase de rémission lorsque le malade est sorti de l'épisode aigu. Dans le second cas, il s'agit de thérapies de consolidation et de prévention des rechutes, objectifs essentiels à long terme.

En phase dépressive, les thérapeutes privilégient des méthodes simples avec des objectifs à court terme. Il s'agit d'abord de briser le cercle vicieux responsable de l'enlèvement. En résumé : « je me sens mal, donc je ne fais rien, et je me sens encore plus mal de ne rien faire ». Cette représentation ne fait pas vraiment d'hypothèse sur le point de départ de ce cercle vicieux et sur ses causes, mais elle permet d'en comprendre la persistance dans le temps et de définir des leviers d'actions thérapeutiques. Les émotions elles-mêmes ne sont pas directement accessibles à la volonté, car l'humeur dépressive est, par nature, pathologique et non contrôlable. En revanche, au prix d'efforts et d'une méthodologie particulière, il est plus réaliste d'espérer agir sur les comportements et sur le contenu des pensées. Ce sont là les principes des thérapies comportementales et cognitives.

Le cercle vicieux de la dépression



En ce qui concerne le *comportement*, la personne suivie est amenée à repérer la spirale de l'inaction dans laquelle elle est piégée. Cette prise de conscience est généralement facilitée par des relevés quotidiens, sur quelques jours, de séquences où s'enchaînent comportements, pensées et émotions négatives. Un plan de reprise d'activités, ciblées et dosées, est ensuite mis au point. La personne choisit des objectifs réalistes, qui ne demandent pas une énergie considérable et qui sont susceptibles de générer plaisir ou intérêt : téléphoner à un ami, aller au cinéma, lire des revues agréables, etc. L'essentiel est de faire constater objectivement, par l'expérience, à la personne qu'elle a les capacités de refaire des choses et de s'en sentir bien. Cette expérience, répétée tous les jours, renforce la motivation et relance certaines fonctions qui étaient inhibées jusque-là.

La partie *cognitive* de la thérapie, chez un malade en phase dépressive, consiste à l'aider à repérer le flot de ses pensées négatives et leurs effets néfastes. On les appelle

des *pensées automatiques* – parce qu'elles échappent au contrôle de la personne et parfois même à sa conscience. Comme une litanie pessimiste, des jugements à l'emporte-pièce surgissent régulièrement à tout propos : après une simple erreur (« je suis nul »), à l'occasion d'une mauvaise nouvelle bénigne (« tout va mal »), ou encore à la moindre contrariété (« personne ne m'apprécie »). Naturellement, ces pensées automatiques négatives ne peuvent qu'entretenir la tristesse, la morosité, voire le désespoir, lorsqu'elles se répètent à longueur de journée. Or, elles ne sont généralement fondées sur aucun élément rationnel, ou en tout cas dépassent largement le cadre des petits événements qui peuvent les déclencher. Pour le médecin, la thérapie consiste donc à inciter le patient à les repérer sur le moment même, ou à distance. La brève analyse qui est préconisée alors est de rechercher à la fois le déclencheur des pensées négatives et leurs conséquences émotionnelles. Avec un peu d'entraînement, il devient assez facile de prendre de la distance avec ces jugements lapidaires, ce qui produit un réel soulagement, au moins momentané. La personne apprend notamment à envisager des alternatives plus réalistes, en essayant par exemple d'imaginer ce qu'une autre personne aurait pensé à sa place dans la même situation. Elle peut également rechercher ce qu'elle pourrait dire à un ami qui exprimerait de telles idées négatives. Cette décentration conduit en général à des jugements plus positifs sur soi-même.

En dehors des thérapies comportementales et cognitives, quelques autres méthodes de psychothérapies brèves, sur quelques semaines, peuvent être proposées en phase dépressive. Elles sont moins connues et validées, et encore peu appliquées en France. Il s'agit par exemple des *thérapies interpersonnelles* (travail sur les relations aux autres), des *thérapies des rythmes sociaux* (travail centré sur les dérègle-

ments des horaires de vie, conduisant notamment à un isolement social accru) ou encore de thérapies dérivées de la *psychanalyse*, mais avec des objectifs très ciblés et concrets.

Thérapies cognitives et autres méthodes de prévention

Après quelques semaines ou mois de traitement, les symptômes de la dépression peuvent avoir complètement disparu. On entre alors, comme pour les médicaments, dans une phase de consolidation et de prévention, pour éviter une rechute à court ou long terme. C'est probablement à ce stade que les psychothérapies trouvent leur utilité principale : lorsque la personne a récupéré ses capacités de réflexion et son énergie, et peut donc mieux travailler sur elle-même. Les psychothérapies visent toutes à développer une meilleure connaissance de soi-même, de ses fragilités et des facteurs psychologiques qui ont pu conduire à la dépression. Elles permettent par exemple de renforcer les ressources et les mécanismes de défense du malade, à l'aide de moyens très concrets comme la psychoéducation ou *via* des psychothérapies plus complexes et longues comme les thérapies cognitives ou psychanalytiques.

La *psychoéducation* consiste à s'informer sur la maladie, et à savoir par exemple comment repérer les premiers symptômes, les événements déclencheurs, ou les bons réflexes à avoir quand on commence à se sentir mal. Il s'agit d'une information pour partie assez générale, qui peut se faire en séances de groupe, mais qui doit aussi être personnalisée car beaucoup des éléments en cause sont individuels. Toutes les autres formes de psychothérapie ont des objectifs et des méthodes propres. Le choix est individuel, sur les conseils du spécialiste qui connaît le mieux le malade. Il est important que la méthode (type d'entretiens, contenu

des séances, etc.) convienne bien à la personne afin qu'elle puisse s'y investir pleinement. Comme il n'est pas toujours possible de connaître à l'avance le niveau d'adhésion, déterminer la méthode adéquate peut prendre un peu de temps. Il faut aussi que la thérapie choisie soit adaptée aux problèmes et au profil du malade. On entre là dans des considérations plus subjectives, car il n'existe pas d'arguments de certitude pour prévoir l'efficacité d'une méthode chez une personne donnée. Cependant, certaines thérapies ont fait l'objet d'évaluations assez précises, avec de bons résultats sur l'objectif de prévention chez des personnes ayant déjà présenté plusieurs épisodes dépressifs. Sans prétendre bien sûr à des résultats parfaits pour l'ensemble des personnes suivies, les méthodes cognitives sont celles qui, pour le moment, ont démontré la meilleure efficacité dans ce domaine.

Il existe plusieurs formes de *thérapies cognitives*, mais leur principe est toujours d'aider la personne à décrypter ses modes de pensée et d'analyse, afin de repérer ce qu'ils peuvent avoir de fragilisant. Comme déjà évoqué lors de la phase dépressive, certaines personnes ont en effet, même lorsqu'elles vont bien, des grilles de lecture plutôt négatives : pessimisme, dévalorisation, sentiment de vulnérabilité, etc. Ces tendances s'expriment par des pensées automatiques, mais aussi par des interprétations arbitraires que l'on appelle des *biais de pensée* dans la mesure où ils transforment les événements vécus en motifs d'autodénigrement ou de pessimisme. Un fait banal, comme l'absence d'un ami à une soirée, peut par exemple être vécu à tort comme le signe d'une désapprobation ou d'un désintérêt. L'accumulation de ces biais négatifs vient renforcer une vision péjorative de soi-même et du monde, et exposer la personne à une rechute dépressive. Le postulat des thérapies cognitives est que ces tendances

négatives sont sous-tendues par des certitudes profondes et implicites, enfouies dans la mémoire de la personne. Ce sont des principes de vie rigides que l'on s'impose à soi-même, sans en avoir vraiment conscience : « je dois être parfait en tout, sinon je ne serai pas quelqu'un de bien », « je dois être aimé de tous pour ne pas me retrouver seul », ou encore « les autres sont mieux que moi, je ne peux pas espérer être à leur hauteur ». Ces règles implacables conduisent à des objectifs inaccessibles et à un découragement rapide face aux difficultés, d'où un sentiment d'échec ou de culpabilité injustifié. Grâce à des méthodes d'auto-observation et d'analyse objective, les thérapies cognitives visent à identifier ces croyances inadaptées, d'abord avec le thérapeute, puis seul dans la vie quotidienne. Elles permettent aussi d'acquérir des techniques mettant à distance les croyances les plus néfastes pour l'équilibre émotionnel.

Dans la même perspective, mais avec quelques spécificités, la *thérapie des schémas* est une méthode cognitive faisant le lien entre les croyances inadaptées et les émotions vécues à une période ancienne, dans l'enfance en particulier. L'hypothèse est que ces schémas profonds ont été mis en place dans des circonstances où l'enfant se sentait vulnérable. Ces schémas précoces restent actifs à l'âge adulte, et ce bien que l'environnement et la position du sujet aient changé. La thérapie des schémas aide donc à faire un retour en arrière, guidé par l'émotion du moment qui renvoie à des émotions du passé. La personne suivie est, par exemple, encouragée à *reparenter* l'enfant qu'il était, en lui apportant le réconfort dont il a manqué à une période de sa vie. Retrouvant des émotions plus apaisées, il peut ainsi mieux gérer le stress et les événements fragilisants de la vie quotidienne.

Depuis plusieurs années, des méthodes basées sur la gestion des émotions ont connu un certain essor. La plus en vogue est la *thérapie de méditation en pleine conscience* (ou *mindfulness*), située au carrefour des thérapies cognitives et des pratiques orientales de méditation⁴. Ces méthodes comportent un véritable entraînement de l'esprit, associé à un changement d'appréhension des émotions, basé sur l'acceptation et l'absence de jugement. D'autres thérapies récentes peuvent également être citées comme la *thérapie d'acceptation et d'engagement* (ACT) ou la *thérapie de désensibilisation et de reprogrammation par les mouvements oculaires* (EMDR). Cette dernière s'adresse en premier lieu aux personnes qui souffrent de syndromes de stress post-traumatiques, mais peut également être utile pour éviter des rechutes dépressives quand le trouble de l'humeur semble lié à un traumatisme psychologique.

Enfin, la question de la *psychanalyse* et des thérapies psychanalytiques est souvent posée. Leur utilisation est difficile à codifier car leur efficacité est mal connue sur un objectif précis comme la prévention des rechutes dépressives. Le but de ces thérapies est d'améliorer la connaissance de soi et de lever des conflits psychologiques, inconscients et souvent anciens. La principale méthode utilisée est la libre parole, le thérapeute offrant une écoute bienveillante, plus ou moins active. Pour parler trivialement, il s'agit de « vider son sac », un peu comme dans les thérapies cognitives ou émotionnelles, mais de manière moins dirigée et moins lisible, puisque l'hypothèse de la psychanalyse est que les changements ne peuvent pas être guidés par la conscience et la volonté. Cette méthode, peu soutenante et sans repères temporels prédéfinis, convient à relativement peu de malades,

4. S. Orain-Pelissolo, « Dépression, quand tu nous tiens », in C. André (dir.), *Secrets de psys, ce qu'il faut savoir pour aller bien*, Odile Jacob, 2013.

et si les résultats sont parfois très bons, ils demeurent aléatoires.

● La méditation en pleine conscience, un vaccin contre la dépression ?

La thérapie de méditation en pleine conscience est une méthode de gestion du stress créée dans les années 1980 par le biologiste américain John Kabat-Zinn. Elle a ensuite été adaptée par des psychologues pour prévenir les rechutes dépressives. Il s'agit d'une méthode de méditation qui se pratique en groupe mais qui nécessite également des exercices personnels quotidiens. Le principe est de s'entraîner à adopter une attitude mentale d'observation de ce qui se passe en soi, et autour de soi, pleinement consciente mais sans jugement de valeur ni rejet. Ceci demande un contrôle durable de l'attention, qui s'acquiert au fur et à mesure de la pratique, et une acceptation de toutes les émotions, même les plus pénibles. Beaucoup des pathologies anxieuses et dépressives reposent en effet sur une peur excessive des émotions qui aboutit à leur aggravation du fait de leur nature incontrôlable. La méditation en pleine conscience s'inspire des pratiques orientales, sans leur composante spirituelle, même si elle vise aussi à une évolution de la philosophie de vie (bienveillance envers soi et envers les autres, acceptation, etc.). Chez des personnes qui ont souffert de dépression, il a été montré que cette thérapie pouvait protéger aussi efficacement que les antidépresseurs contre les rechutes*. Cet effet repose probablement sur une prise de distance avec le stress et surtout sur un meilleur contrôle des phénomènes de *ruminatio*n (ressassement mental et stérile des problèmes), souvent facteur de rechute dans la dépression. D'autres études ont montré que cette pratique améliore le fonctionnement cérébral et réduit l'impact biologique du stress**.

* W. Kuyken *et al.*, « Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Prevention of Depressive Relapse: An Individual Patient Data Meta-analysis From Randomized Trials », in *JAMA Psychiatry*, **73**, p. 565-74, 2016.

** M. Goyal *et al.* « Meditation programs for psychological stress and well-being: a systematic review and meta-analysis », in *JAMA International Medicine*, **174**, p. 357-368, 2014.

⦿ Les antidépresseurs

Le traitement de la dépression repose en grande partie sur les médicaments antidépresseurs. Cependant, souvent par méconnaissance, les craintes sont nombreuses lorsqu'on évoque ce sujet. L'erreur la plus fréquente consiste à confondre tous les types de médicaments *psychotropes*, c'est-à-dire de médicaments qui agissent sur les troubles psychiques. Le risque est alors d'assimiler les antidépresseurs à d'autres médicaments psys, comme les tranquillisants ou les neuroleptiques, avec un certain nombre d'inconvénients qui leur sont attribués, à tort ou à raison. Or, les antidépresseurs constituent une classe bien définie, différente des autres familles de psychotropes, dont les effets sont connus des médecins depuis plusieurs décennies ; dans le cadre d'un suivi médical adéquat, leur utilisation est relativement simple et dénuée de risques majeurs. Il s'agit de traitements de fond de la dépression, c'est-à-dire qu'ils n'agissent pas immédiatement après une prise, mais ont un effet durable sur les troubles, à condition de les prendre tous les jours et longtemps, plusieurs mois le plus souvent. Les antidépresseurs sont donc principalement utilisés pour traiter des épisodes dépressifs, en curatif ou en préventif, mais ils ont d'autres effets thérapeutiques intéressants dans des pathologies variées : troubles obsessionnels-compulsifs, attaques de panique, phobies sociales, anxiété généralisée, douleurs, migraines, énurésie, etc.

Un choix assez large

Les premiers antidépresseurs ont été commercialisés à la fin des années 1950, et de nouveaux sont apparus régulièrement ensuite. Les trois antidépresseurs les plus couramment prescrits aujourd'hui sont l'escitalopram

(Séroplex®), la venlafaxine (Effexor®) et la paroxétine (Déroxat®)⁵. Beaucoup d'autres sont disponibles mais utilisés un peu moins souvent : la fluoxétine (Prozac®), la sertraline (Zoloft®), la duloxétine (Cymbalta®), la mirtazapine (Norset®), la clomipramine (Anafranil®), etc.

La plupart des antidépresseurs actuels agissent en augmentant les effets de la sérotonine dans le cerveau et, pour certains, de la noradrénaline. Leur activité s'appuie donc sur les neurotransmetteurs *naturels*, dont on suppose qu'ils sont affaiblis au cours d'un épisode dépressif. La sérotonine et la noradrénaline jouent un rôle important sur nos émotions, nos comportements, notre énergie, etc. Leur défaillance ne constitue pas forcément LA cause de la dépression, mais y participe comme un maillon important. En particulier, la sérotonine réduit la sensibilité aux émotions négatives, permettant de mettre à distance les émotions douloureuses et les répercussions psychologiques du stress.

Même si les mécanismes d'action se ressemblent, chaque antidépresseur est différent des autres et peut donc avoir des effets distincts chez une personne donnée. Cela est vrai aussi bien pour l'efficacité thérapeutique que pour les effets secondaires. Il faut surtout préciser que ces effets, positifs ou négatifs, sont difficilement prévisibles, chaque personne réagissant différemment. Il existe bien des tendances prédominantes, mais il est courant de constater des effets très différents, voire strictement inverses, d'une personne à l'autre avec le même médicament : guérison de la dépression chez les uns, aucun effet chez les autres ; prise ou perte de poids ; amélioration ou détérioration du

5. Les médicaments seront cités par le nom de leur molécule active (utilisé pour les noms des médicaments génériques), sauf lors de la première citation où le nom commercial sera aussi indiqué, reconnaissable par la première lettre en majuscule. Un tableau récapitulatif se trouve en annexe.

sommeil, etc. Il suffit de consulter les forums consacrés à la dépression pour s'en convaincre, les témoignages reflétant des expériences très variées. Deux conclusions s'imposent : il existe suffisamment d'antidépresseurs différents pour en trouver un adapté à chaque malade, et il faut se méfier des témoignages individuels qui n'ont aucune valeur générale. Le choix de l'antidépresseur adéquat revient au médecin qui, en fonction du profil et de l'histoire de chaque patient, doit déterminer celui qui a les meilleures chances de fonctionner avec le moins d'inconvénients possible.

D'une manière générale, les antidépresseurs utilisés aujourd'hui ont une efficacité similaire sur un grand nombre de personnes. En dehors de cas particuliers, les médicaments prescrits en premier pour une dépression sévère sont ceux qui appartiennent à la famille des *inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine* (ISRS). Ils ont en commun d'augmenter les effets de la sérotonine en diminuant sa destruction dans les neurones. Leur efficacité est avérée avec relativement peu d'effets secondaires chez la plupart des utilisateurs. Les plus couramment prescrits aujourd'hui sont l'escitalopram, la paroxétine, la sertraline et la fluoxétine. En cas d'échec de l'un ou de plusieurs de ces médicaments *de première intention*, deux autres sont habituellement prescrits : la venlafaxine ou la clomipramine. Ils sont réputés plus puissants, et peuvent d'ailleurs être prescrits en premier lorsque les symptômes sont très sévères, notamment quand les malades doivent être hospitalisés. Ils ont potentiellement un peu plus d'effets secondaires et de contre-indications que les ISRS, surtout la clomipramine. Une autre pratique assez courante, notamment dans les dépressions sévères, est de prescrire deux antidépresseurs simultanément : un de ceux déjà cités et un autre, en général la mirtazapine, qui permet d'augmenter les effets du premier.

Le déroulement du traitement

Le traitement antidépresseur est découpé en trois temps : la phase aiguë, la phase de maintenance, puis (selon les cas) la phase d'arrêt ou de prévention.

La *phase aiguë* consiste, pour le médecin, à initier le traitement et à ajuster la posologie en fonction des effets observés. Selon les médicaments, la dose active peut être atteinte immédiatement ou par paliers, en une à deux semaines. Il est rare d'observer des changements très nets avant la troisième semaine, mais certains symptômes peuvent s'atténuer au moins partiellement dans un délai plus court. Si le traitement est efficace, une amélioration franche peut être constatée après quatre à six semaines. Si ce n'est pas le cas, le médecin peut augmenter la posologie (pour la plupart des antidépresseurs, la dose peut facilement être doublée si nécessaire) ou changer le traitement en remplaçant l'antidépresseur par un autre ou en ajoutant un autre médicament au premier. La phase aiguë se prolonge jusqu'à la disparition complète des symptômes, ce qui peut prendre quelques semaines.

Débute ensuite la *phase de consolidation* durant laquelle le traitement est poursuivi de la même manière, et en général à la même dose. Ceci est nécessaire pendant environ six mois supplémentaires, même lorsque les symptômes ont totalement disparu. Comme on l'a vu, le risque de rechute est très élevé en cas d'interruption avant la guérison réelle. Quand tout va bien, les consultations peuvent être espacées à cette période, par exemple tous les mois, voire tous les deux ou trois mois, indépendamment d'une éventuelle psychothérapie.

Après six à neuf mois, surtout si aucun symptôme n'est réapparu, la question de l'*arrêt* du traitement peut se poser. Toutefois, cette décision doit être prise en accord entre

le médecin et son patient après avoir pesé les arguments pour et contre : état actuel, antécédents d'épisodes dépressifs, gravité des troubles antérieurs, contexte de vie, etc. L'arrêt du traitement doit se faire de manière progressive et surveillée, avec des consultations plus fréquentes afin de repérer au plus tôt les prémices d'une éventuelle rechute, et de réajuster le traitement si nécessaire. Une autre option, à cette période, est de poursuivre à long terme un traitement *préventif*. Si la personne a exprimé plusieurs épisodes dépressifs au cours des dernières années, et surtout si les troubles sont réapparus lors des essais d'arrêt de traitement, il est légitime de continuer à prescrire un antidépresseur pendant plusieurs années, même s'il semble y avoir un retour à la normale. Il vaut mieux alors choisir le médicament qui a démontré son efficacité en phase aiguë, et à la même dose, s'il n'a pas eu d'effets secondaires gênants. Il est, en revanche, délicat de prévoir une durée de traitement précise pour ces traitements préventifs : en général, le traitement perdure au moins cinq ans, et parfois plus longtemps sans limitation. Là aussi, les consultations spécialisées peuvent être espacées, avec un renouvellement du traitement, par exemple tous les trois ou six mois quand tout se passe bien.

Les effets secondaires

Les antidépresseurs sont des médicaments actifs et, à ce titre, ils peuvent avoir des effets secondaires. Ceux qui sont utilisés depuis les années 1990, notamment les *inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine* (ISRS) comme la paroxétine ou l'escitalopram, posent nettement moins de problèmes à ce sujet que les plus anciens comme la clomipramine. Dans la très grande majorité des cas, ces effets secondaires n'ont pas de conséquence vitale et disparaissent à l'arrêt du médicament. Il demeure que tous

les antidépresseurs peuvent avoir des effets secondaires gênants chez certaines personnes, et peuvent conduire à la modification, voire à l'arrêt du traitement. Par ailleurs, ces effets indésirables sont très peu prévisibles pour une personne donnée : il existe bien des tendances générales avec des réactions plus fréquentes statistiquement, mais elles s'avèrent dans la réalité très variables d'une personne à l'autre en types de manifestation et en intensité. Naturellement, toute prise d'antidépresseur doit faire l'objet d'une prescription médicale et d'une surveillance spécifique, ce qui permet notamment de vérifier l'absence de contre-indication, même si elles sont assez rares.

Dans l'ensemble, 20 à 25 % des personnes qui utilisent un antidépresseur peuvent avoir des effets secondaires significatifs. Pour les ISRS, les plus fréquents sont au début des troubles digestifs (nausées, troubles du transit), une fatigue ou une somnolence excessive, et des troubles du sommeil. Le plus souvent, ces symptômes disparaissent en quelques jours, même en poursuivant le traitement, au prix éventuellement d'une réduction transitoire de la posologie. Certains effets secondaires peuvent persister, avec une gêne plus ou moins importante. Il s'agit essentiellement de trois types de symptômes : somnolence ou fatigue, troubles sexuels, prise de poids. Les troubles sexuels les plus typiques chez les hommes sont le retard ou l'absence d'éjaculation, mais il peut s'agir également de réduction de libido aussi bien pour les hommes que pour les femmes. La prise de poids est en général limitée à quelques kilos, mais est souvent une source d'inquiétude et de renoncement au traitement. Il faut rappeler que tous ces effets secondaires disparaissent lorsqu'on arrête le traitement. S'il n'existe pas de solution miracle pour supprimer facilement ces effets indésirables, un dialogue avec le médecin permet généralement de trouver

des solutions pour les réduire. Le diagnostic précis de l'origine des symptômes peut par ailleurs être difficile puisqu'ils ressemblent souvent aux signes de la dépression et qu'ils sont favorisés par une certaine anxiété à l'égard de la prise de médicaments.

À côté des ISRS, les autres catégories d'antidépresseurs ont des profils de tolérance, et donc d'effets secondaires, un peu différents. La clomipramine, et quelques autres molécules appartenant à la famille des tricycliques (Tofranil®, Laroxyl®, Ludiomil®), sont des antidépresseurs très efficaces mais qui peuvent générer des effets secondaires limitant parfois leur utilisation : hypotension, troubles du rythme cardiaque, sécheresse de la bouche, glaucome, rétention urinaire, constipation, etc. Ces réactions sont plus ou moins intenses selon les personnes, et s'accroissent généralement lors des augmentations de posologie. Un autre antidépresseur ancien et parfois très efficace, l'iproniazide (Marsilid®), impose une surveillance stricte de la tension artérielle et l'observation d'un régime alimentaire excluant les aliments fermentés comme les fromages, la bière ou les excès de chocolat.

Aux effets secondaires que nous venons d'évoquer, il faut toujours ajouter le risque potentiel d'une inversion excessive de l'humeur, c'est-à-dire l'apparition de symptômes d'excitation qui pourraient correspondre à un état maniaque ou hypomaniaque. Ce risque est évident chez les personnes souffrant d'un trouble bipolaire, mais un certain nombre de personnes déprimées ont cette potentialité sans le savoir. Tous les antidépresseurs peuvent favoriser l'inversion de l'humeur que l'on appelle *virage maniaque* (comme pour le trouble bipolaire). En cas de modification franche et rapide de l'humeur (joyeuse à la place de triste), du sommeil (disparition brutale de la fatigue et du besoin de dormir), de l'activité (accélération

de la parole et des actes, multiplication des envies et des projets, dépenses) ou encore du rapport aux autres (familiarité excessive, voire désinhibition), il est indispensable d'alerter rapidement le médecin. Une modification des doses ou des médicaments peut être nécessaire, mais est très dépendante des symptômes observés et de leur évolution, qui peut refléter un retour à la normale mais aussi un virage de l'humeur à risque.

Ce qu'il n'y a pas à craindre des antidépresseurs

Les idées reçues et les craintes sont nombreuses à l'égard des psychotropes, mais beaucoup d'entre elles ne concernent pas, en réalité, les antidépresseurs. Tout d'abord, ces médicaments sont faits pour traiter la dépression uniquement, et non pas pour modifier artificiellement le comportement de la personne qui en prend. En supprimant les symptômes de la dépression, il s'agit de retrouver un état normal et sa personnalité habituelle, ni plus ni moins. Il n'y a donc pas de risque de se sentir « comme un zombie » ou de ne plus se reconnaître ; un traitement efficace permet de travailler et de vivre normalement, sans perte de capacités intellectuelles ni affectives. À l'inverse, il n'y a pas non plus à attendre ou à espérer un effet dopant artificiel. Même si ces médicaments sont souvent présentés dans les médias comme les « pilules du bonheur », ou comme des drogues permettant d'améliorer ses performances, il n'en est rien. Une personne déprimée, triste et fatiguée, retrouvera donc son énergie et son état d'esprit habituel si le traitement est efficace, mais sans créer des émotions ni des comportements anormaux. En l'absence de dépression, un antidépresseur n'a donc aucun effet sensible, sauf quelques réactions individuelles généralement faibles et non durables.

Le deuxième point essentiel à souligner est l'absence de risque de dépendance. Contrairement à d'autres psychotropes, les anxiolytiques en particulier, les antidépresseurs ne créent pas d'accoutumance, ni de syndrome de sevrage quand on les arrête. Il s'agit d'un fait établi depuis plusieurs dizaines d'années, et l'on peut être tout à fait catégorique sur ce point. Certains malades suivent des traitements antidépresseurs sur des périodes très longues sans que cela ne pose de problème lors de l'arrêt du traitement. Certes cet arrêt doit toujours être progressif, pour surveiller d'éventuels signes de rechute, et certains symptômes désagréables peuvent survenir si l'on stoppe brutalement certains antidépresseurs (notamment la venlafaxine et la paroxétine), mais cela n'induit pas de réaction de manque, ni l'envie de reprendre le médicament comme avec les drogues. Par ailleurs, une utilisation prolongée d'antidépresseur n'engendre pas de phénomène de résistance (perte d'efficacité), mais il peut arriver qu'un médicament actif à un moment ne le soit plus à un autre. Aucune observation à ce jour ne peut faire craindre des effets délétères à long terme de la prise prolongée d'antidépresseurs, et notamment pas d'effets toxiques sur le cerveau (c'est même plutôt un effet de protection neuronale qui est observé). Ceci s'oppose à ce qui est actuellement mis en avant avec une autre classe de psychotropes, les benzodiazépines (anxiolytiques), dont la consommation prolongée pourrait augmenter le risque de démence de type maladie d'Alzheimer, même si cela demande encore à être confirmé.

Les autres médicaments de la dépression

Les médicaments principaux de la dépression sont les antidépresseurs et sont souvent prescrits isolément de tout autre produit. Cependant, il peut être nécessaire de les associer à d'autres médicaments pour au moins deux rai-

sons : atténuer rapidement certains symptômes gênants avant que les antidépresseurs deviennent pleinement efficaces – leur délai d'action étant en moyenne de 3 à 4 semaines –, et renforcer l'effet de l'antidépresseur sur certaines cibles thérapeutiques.

Pour le premier objectif, il s'agit surtout de calmer l'anxiété et d'améliorer le sommeil transitoirement avec des anxiolytiques ou des hypnotiques (alprazolam, bromazépam, zolpidem, zopiclone, etc.). Ces médicaments, très prescrits en France, sont souvent efficaces rapidement et apportent ainsi un soulagement non négligeable, mais ils ne doivent pas être poursuivis plus d'un mois ou deux à cause du risque de dépendance.

En ce qui concerne le second objectif, certaines dépressions nécessitent de compléter l'action de l'antidépresseur par un produit augmentant ses effets. Il s'agit souvent de médicaments appartenant à la famille des thymorégulateurs, prescrits habituellement dans le cadre des troubles bipolaires. Même en dehors de cette pathologie, le lithium et autres produits de cette famille sont utiles dans des dépressions sévères ou récurrentes qui nécessitent un traitement renforcé ou préventif. Ce sont alors des prescriptions au long cours. En cas de difficultés à soigner un épisode dépressif sévère avec un, voire deux antidépresseurs, l'ajout d'autres produits (hormones thyroïdiennes, antipsychotiques, agonistes dopaminergiques, etc.) est une option intéressante. Il est toutefois préférable qu'elle soit décidée et surveillée par un médecin spécialiste.

En plus de ces psychotropes classiques figurent d'autres médicaments parfois proposés comme des alternatives. Deux molécules de ce type ont fait l'objet d'études sérieuses pour le traitement de la dépression : le millepertuis et les oméga-3. Le *millepertuis* est un extrait de l'herbe de la Saint-Jean qui a des effets sur les neurotransmetteurs

un peu similaires à ceux des antidépresseurs. Les études comparatives montrent une certaine efficacité, supérieure à celle du placebo mais inférieure à celle des antidépresseurs de référence. À la différence d'autres pays, la France ne reconnaît pas le millepertuis comme un médicament soignant la dépression, mais seulement certains symptômes dépressifs. Par ailleurs, ce produit en vente libre peut avoir des effets secondaires et surtout des interactions dangereuses avec d'autres médicaments – il est notamment contre-indiqué de prendre du millepertuis en même temps qu'un antidépresseur ISRS, qu'un contraceptif oral, qu'un antivitamine K ou que certains antiviraux (liste non exhaustive).

Les *omégas-3* font partie des acides gras dits *polyinsaturés*, connus pour leurs effets protecteurs sur le système cardiovasculaire et le cerveau. Leur impact sur l'humeur et la dépression a été beaucoup étudié au cours des dernières années, avec des résultats partiellement encourageants. Quelques études confirment en effet qu'un apport important et régulier d'omégas-3 peut améliorer les symptômes dépressifs, mais il n'existe pas à l'heure actuelle de médicament de ce type reconnu pour le traitement de la dépression. La prise de compléments alimentaires contenant des omégas-3 est souvent compliquée (beaucoup de gélules à prendre tous les jours) et peut avoir des effets secondaires gênants tels que des diarrhées. En l'absence d'intérêt mieux démontré, il est donc préférable de s'en tenir à des principes simples et naturels : un régime alimentaire équilibré, éventuellement enrichi en poissons, sardines notamment, qui apportent les quantités de nutriments et d'omégas-3 nécessaires.

Tous les autres produits commercialisés sans prescription médicale, en pharmacie ou ailleurs, pour le traitement de la dépression – prétendus extraits de sérotonine, autres

compléments alimentaires, etc. – peuvent être négligés, du fait de leur coût et de l'absence d'intérêt thérapeutique.

Le cas particulier du trouble bipolaire

Le trouble bipolaire et son traitement nécessiteraient un ouvrage entier. Nous ne ferons donc ici que résumer les grandes lignes de l'utilisation des médicaments, même s'ils ne constituent qu'une partie de la prise en charge, en plus des psychothérapies, de la psychoéducation, du suivi psychiatrique, etc.⁶

Les médicaments principaux du trouble bipolaire sont appelés *thymorégulateurs*, car ce sont des molécules qui stabilisent l'humeur. Leur objectif est double : soigner les symptômes dépressifs ou de surexcitation, et empêcher les rechutes lorsque la personne a retrouvé son état normal. La plupart des médicaments thymorégulateurs répondent à ces deux objectifs, mais de manière plus ou moins complète d'une personne à l'autre.

Le principal thymorégulateur, le plus ancien et considéré encore comme l'un des plus efficaces, est le lithium (Téralithe®). Il est très actif contre les symptômes des états maniaques et a un très bon effet de prévention des rechutes dépressives et maniaques lorsqu'il est pris au long cours. Ses effets directs sur les symptômes dépressifs sont moins bien démontrés, mais il arrive que le lithium seul traite correctement un état dépressif. Ce médicament nécessite une surveillance médicale particulière – prises de sang régulières, contre-indication de certains médicaments associés, etc. – mais convient parfaitement à de nombreuses personnes bipolaires qui voient leur trouble définitivement stabilisé, au prix il est vrai d'un traitement à vie.

6. M.-L. Bourgeois, *Manie et dépression : comprendre et soigner le trouble bipolaire*, Odile Jacob, 2007.

Deux autres catégories de médicaments sont aujourd'hui utilisées comme thymorégulateurs pour des personnes pour lesquelles le lithium n'est pas suffisamment efficace :

- ➔ les médicaments anticonvulsivants (traitement de l'épilepsie), comme le valproate (Dépakote®, Dépakote®), la lamotrigine (Lamictal®) ou la carbamazépine (Tégrétol®, Trileptal®),
- ➔ les médicaments antipsychotiques comme la quétiapine (Xéroquel®), l'aripiprazole (Abilify®), ou l'olanzapine (Zyprexa®).

Ces médicaments ont des effets propres et demandent une surveillance médicale spécifique. Il n'est pas rare de devoir prescrire ensemble deux thymorégulateurs pour arriver à un bon résultat dans le traitement d'un épisode ou dans la prévention des rechutes. Dans tous les cas, un traitement thymorégulateur doit être poursuivi sur le très long terme, pour ne pas dire toute la vie, le risque de rechute maniaque ou dépressive ne disparaissant jamais lorsqu'on souffre d'un trouble bipolaire. Les médecins peuvent être amenés à prescrire des antidépresseurs dans des cas particuliers, mais ceux-ci favorisant les virages de l'humeur, ils nécessitent des précautions et une surveillance importantes.

🔴 Les autres traitements de la dépression

Médicaments antidépresseurs et psychothérapies sont les deux piliers essentiels du traitement de la dépression. Il existe cependant d'autres options, adaptées à des cas particuliers ou complétant les traitements principaux. Certaines, que nous évoquerons en premier lieu, sont des méthodes alternatives qui ne sont pas entièrement validées et qui se destinent plutôt aux personnes qui pré-

sentent des dépressions légères. Nous verrons ensuite des solutions plus connues médicalement, basées sur diverses techniques physiques ou de stimulation cérébrale.

Les méthodes alternatives

La *médecine alternative*, ou *complémentaire*, désigne généralement les traitements qui ne reposent pas sur les outils médicaux classiques. Dans la mesure où la dépression est une pathologie fréquente, et vu que certaines personnes concernées peuvent éprouver une réticence à l'égard de ce qui est « psy » (psychiatrie, psychotropes, psychothérapies, etc.), il est important d'aborder ce type de traitement – d'autant que certaines méthodes de thérapie sont difficiles d'accès dans certaines régions par manque de spécialistes. Certaines de ces approches ont un intérêt réel, mais il faut souligner deux points importants : il serait dommage, et parfois dangereux, de se détourner complètement des traitements classiques dont l'efficacité est connue, et il faut rester très prudent quant aux allégations sur l'efficacité de certaines de ces alternatives.

Renoncer aux antidépresseurs ou à une psychothérapie est le plus souvent une décision personnelle qui peut être tout à fait acceptable. Pour autant, cette décision doit être prise avec une conscience claire et adaptée du diagnostic, des possibilités existantes et de leurs modalités précises. En effet, les refus sont souvent fortement liés à une méconnaissance des enjeux et aux *a priori* très répandus dans la population. Ils disparaissent d'ailleurs souvent après des explications précises et fiables.

On a vu qu'il était difficile de démontrer l'efficacité des traitements classiques – antidépresseurs et psychothérapies –, on considérera donc avec circonspection les allégations sur l'efficacité de telle ou telle méthode de soin.

Dans la mesure où il s'agit de recherches lourdes et complexes à mener, la majeure partie des méthodes alternatives n'a pas fait l'objet d'études scientifiques suffisantes pour affirmer une utilité réelle. Les quelques études mises en avant sont en général assez médiocres sur le plan méthodologique, portant par exemple sur un nombre de malades faible et non représentatif.

D'une manière générale, il est préférable de s'informer autant que possible auprès d'un spécialiste sur le diagnostic, les traitements classiques recommandés, et les solutions alternatives existantes. Sauf exceptions, les méthodes alternatives ne comportent pas de risques d'effets secondaires graves, ce qui permet de les envisager quand l'intensité de la dépression n'est pas excessive.

Différentes méthodes de traitement alternatif de la dépression reposent sur l'*activité physique* – sport et yoga. L'activité physique augmente le niveau de bien-être et semble avoir des effets biologiques intéressants, en améliorant l'oxygénation du cerveau ou peut-être aussi la *plasticité cérébrale* (croissance des neurones et surtout des connexions entre les neurones). Chaque personne y réagit sans doute différemment, mais toutes les activités physiques douces peuvent améliorer le rapport au corps, la confiance en soi, le plaisir et la régulation des émotions. La marche, la natation ou la course à pied, adaptées au rythme de chacun, participent à l'*hygiène de vie*, tout aussi utile pour le corps que pour l'esprit. C'est aussi par le biais de l'émulation et du lien social que ces loisirs peuvent être bénéfiques, car ils se pratiquent le plus souvent à plusieurs. Quelques études scientifiques sérieuses viennent à l'appui d'un intérêt thérapeutique à la pratique du sport (trois séances d'environ trente à soixante minutes par semaine pendant douze semaines en moyenne) et du yoga (quatre séances hebdomadaires pendant quatre à huit semaines) contre la dépres-

sion. Ces pratiques sont également utiles pour améliorer le sommeil, souvent perturbé dans la dépression.

Autre approche alternative populaire, l'*acupuncture* a fait l'objet de quelques études dans le cadre de dépressions légères. Elle semble être efficace chez certaines personnes, même si elle reste très en deçà des antidépresseurs et de la psychothérapie. Elle peut donc être associée aux traitements classiques chez les personnes qui en ressentent habituellement des bienfaits, par exemple sur leur sommeil ou sur des douleurs.

L'*homéopathie* est également une approche appréciée par une partie importante de la population. Malheureusement, aucune efficacité réelle des médicaments homéopathiques n'a jamais pu être démontrée contre la dépression, c'est-à-dire supérieure aux effets d'un placebo. Les effets secondaires et les contre-indications de ces produits étant nuls, rien n'empêche de les utiliser pour des personnes habituées et rassurées par l'homéopathie en général.

De même, en dehors de ce que nous avons évoqué précédemment au sujet des omégas-3, aucun aliment ni régime alimentaire particulier ne protège de la dépression ou ne permet de la guérir complètement. Il est important, en revanche, de respecter un bon équilibre alimentaire pour assurer un apport de nutriments diversifiés et pour éviter les surcharges en calories, en sucres et en graisses. Les personnes déprimées ont souvent un risque accru de surpoids et de complications (maladies cardiovasculaires, diabète, etc.), en raison de dérèglements alimentaires, d'une réduction des activités physiques et parfois d'excès de tabac et d'alcool. Le retour à une alimentation plus saine fait partie des objectifs de la prise en charge, même si cela peut demander du temps et un accompagnement particulier. Certaines carences en vitamines et en sels minéraux jouant un rôle dans la survenue ou le maintien d'une dépression, il

est important de s'assurer d'apports réguliers en légumes, fruits, poissons, huiles végétales, etc.

La lumière qui soigne

La *photothérapie* (ou *luminothérapie* ou *luxthérapie*) est une méthode désormais bien connue et dont on sait qu'elle est efficace dans le traitement de certaines dépressions saisonnières. Elle consiste à s'exposer à une lumière intense, et adaptée, pendant une durée d'environ trente minutes tous les matins, et cela durant toute la période hivernale. Une vérification médicale est nécessaire pour s'assurer de l'absence de contre-indication, notamment ophtalmologique. Ce programme, efficace pour traiter ou prévenir les dépressions saisonnières, est relativement contraignant, même s'il existe des lampes que l'on peut utiliser seul à son domicile. Les médicaments antidépresseurs étant également efficaces contre ce type de dépression, le choix de la méthode peut revenir au malade. Cependant, on peut aussi essayer d'agir sur le manque d'ensoleillement en s'efforçant de sortir tous les matins à la lumière du jour qui, même en hiver, peut avoir un effet stimulant. Cette habitude, associée à une petite activité physique et éventuellement sociale, peut représenter un début de thérapie comportementale, ou tout simplement d'hygiène de vie, utile pour lutter contre la dépression et les troubles du sommeil.

L'électroconvulsivothérapie

Il est toujours délicat d'aborder la question de l'*électroconvulsivothérapie* (ECT) – appelée également *sismothérapie* –, pour des raisons surtout historiques. L'imaginaire commun – surtout issu du célèbre film *Vol au-dessus d'un nid de coucou* – fait rapidement l'analogie avec l'ancienne pratique des électrochocs. Or, l'ECT d'aujourd'hui n'a plus rien à

voir avec cette méthode archaïque et violente utilisée sans l'accompagnement médical nécessaire il y a plus de trente ans. Si le principe du traitement reste en partie le même, l'usage actuel est totalement encadré médicalement, sous anesthésie générale avec toutes les garanties de sécurité.

L'ECT est sans aucun doute le traitement le plus efficace des dépressions très sévères. Il agit en général plus vite que les médicaments antidépresseurs, avec moins de contre-indications, même chez des personnes âgées ou chez des femmes enceintes. Tout ceci fait que l'ECT est quotidiennement utilisée dans beaucoup de services de psychiatrie en France et dans le monde, chez des personnes souffrant de dépressions très sévères et pour lesquelles les antidépresseurs n'ont pas apporté d'aide suffisante.

Le principe de l'ECT est de provoquer, à l'aide d'un faible courant électrique à la surface du crâne, l'équivalent d'une crise d'épilepsie qui dure moins d'une minute, et est peu visible du fait que la personne est endormie et protégée par certains médicaments. La séance dure quelques minutes au total, mais doit être répétée au moins une dizaine de fois pour être efficace. Le traitement dure en moyenne trois ou quatre semaines (avec deux ou trois séances par semaine) pendant lesquelles le malade doit rester hospitalisé – en général, son état dépressif nécessite de toute façon une hospitalisation. Le traitement n'est bien sûr mis en œuvre qu'avec l'accord du patient et celui de sa famille. L'amélioration apparaît progressivement au cours des quatre premières semaines, mais est parfois spectaculaire après seulement quelques séances. Les risques et les complications sont rares et généralement bénins, avec un seul effet secondaire fréquent, mais transitoire : la survenue de troubles de la mémoire. Le malade éprouve en général du mal à mémoriser de nouvelles choses durant la période des séances, et à se rappeler des événements récents. Cet

effet secondaire est aujourd'hui mieux contrôlé que par le passé, et il disparaît après la fin de la cure, la personne retrouvant alors sa mémoire habituelle.

Le mécanisme d'action de l'ECT n'est pas encore complètement établi, même s'il a été montré que les équivalents d'épilepsie répétée normalisent partiellement l'activité des neurotransmetteurs impliqués dans la dépression, et peut-être favorisent la neuroplasticité (développement des neurones et de leurs connexions).

La stimulation magnétique

Depuis quinze ans, les psychiatres utilisent une autre méthode physique, la *stimulation magnétique transcrânienne* (SMT). Il ne s'agit pas d'un courant électrique ni de crises d'épilepsie, mais d'un champ magnétique puissant qui est appliqué à la surface du crâne, sans aucune opération ni anesthésie. Ce champ magnétique stimule certaines régions du cortex cérébral avec des effets bénéfiques sur la dépression. La SMT est moins efficace que l'ECT, notamment dans les dépressions sévères. Elle est cependant plus facile à appliquer et mieux acceptée par les malades, même si les contraintes ne sont pas négligeables : une séance d'environ quarante-cinq minutes par jour, cinq fois par semaine pendant au moins quatre semaines. Les effets secondaires sont très limités, avec parfois quelques maux de tête passagers et quelques gênes au niveau du cuir chevelu. Cette méthode est pratiquée surtout en milieu hospitalier et proposée aux personnes pour lesquelles les traitements antidépresseurs n'ont pas été assez efficaces ou sont contre-indiqués.

Une technique assez proche de la SMT mais moins coûteuse et plus facile à mettre en place tend à se développer avec des résultats encourageants : la stimulation électrique

à courant continu (tDCS). Elle consiste à appliquer un faible courant électrique sur la surface de la tête, ce qui induit une activation du cortex sans risque ni effet secondaire notable, avec un effet favorable sur les symptômes de la dépression.

🔴 Les recherches avancent

Les outils de la recherche médicale ont fortement évolué, et on peut encore s'attendre à des développements spectaculaires dans le domaine des neurosciences au cours des prochaines années. Les mécanismes biologiques et psychologiques de la dépression étant multiples et variables d'une personne à l'autre, l'un des principaux espoirs est de pouvoir un jour sonder la maladie de chaque patient afin d'en connaître les caractéristiques, l'évolution prévisible et surtout le traitement le plus adapté. Ceci est l'objectif des recherches actuelles portant sur de possibles *biomarqueurs*, c'est-à-dire sur des signatures biologiques propres à chaque personne : paramètres génétiques, dosages sanguins, examens d'imagerie cérébrale, etc. L'objectif est de se rapprocher de la *médecine personnalisée* déjà opérationnelle en oncologie. Le centre de recherche du CHU Henri-Mondor et de l'Inserm à Créteil, dans le cadre des réseaux de la fondation FondaMental, travaille dans ce sens, en particulier au sujet des dépressions résistantes.

🔴 Un nouvel antidépresseur

Peu de nouveautés sont apparues au cours des dernières années pour les médicaments, et il ne faut pas attendre de bouleversements majeurs à court terme. Une nouvelle famille d'antidépresseurs agissant sur la modulation du

glutamate – l'un des principaux neurotransmetteurs – pourrait faire son apparition, mais ceci reste encore incertain. Un représentant particulier de cette famille, l'eskétamine, dérivé d'un produit d'anesthésie, devrait être disponible prochainement comme adjuvant aux traitements antidépresseurs dans les dépressions sévères, avec pour qualité d'agir beaucoup plus rapidement que les antidépresseurs classiques. Les trois axes principaux de progrès à atteindre pour les nouveaux médicaments sont en effet une amélioration de la capacité à guérir, une réduction des délais d'action (d'environ 4 à 6 semaines actuellement) et la suppression de certains effets secondaires gênants (prise de poids, troubles sexuels, sédation, etc.).

Neurochirurgie fonctionnelle

En dehors des médicaments, des pistes thérapeutiques prometteuses viennent des techniques nouvelles d'action sur le cerveau, couplées aux méthodes d'imagerie fonctionnelle. Comme pour d'autres affections neurologiques ou psychiatriques, tels la maladie de Parkinson ou les troubles obsessionnels-compulsifs, la neurochirurgie commence à faire ses preuves dans les dépressions résistantes aux traitements classiques. Des protocoles de recherche ont en effet permis de soigner des malades grâce à l'implantation d'électrodes dans le cerveau, électrodes reliées à un stimulateur implanté dans le corps du malade comme peut l'être un *pacemaker*. Naturellement, il s'agit de méthodes à risque, lourdes, qui seront donc réservées aux personnes souffrant de dépressions sévères et réfractaires, mais ces travaux font progresser les connaissances sur les troubles de l'humeur. D'autres techniques non invasives, à l'image de la stimulation magnétique déjà

évoquée, pourront probablement être développées grâce à ces avancées.

De nouvelles psychothérapies

Mais la recherche sur la dépression ne porte pas uniquement sur les aspects biologiques et physiques, car la dimension psychologique et sociale est également fondamentale. Les psychothérapies continuent à être améliorées, du fait d'une connaissance plus fine des failles psychologiques menant à la dépression. L'évolution des usages informatiques devrait rendre de nombreux services pour accompagner une psychothérapie : entretiens à distance, adaptation des conseils thérapeutiques à la vie réelle grâce aux *objets connectés*, séances s'appuyant sur des modules interactifs, etc. Dans cette perspective, notre équipe de recherche collabore actuellement à une étude européenne sur une méthode de thérapie comportementale et cognitive assistée par Internet. Il ne s'agit pas de remplacer la présence des thérapeutes au côté des patients, qui est indispensable, mais de compléter leur travail par des interventions ciblées et plus fréquentes : rappel des objectifs entre deux séances, observations dans la vie réelle, aide à la motivation par des échanges plus réguliers, etc.

Des programmes *psychoéducatifs* ont également un intérêt majeur pour améliorer les ressources des adultes mais aussi des enfants face aux événements difficiles ou à l'adversité en général. Il peut s'agir d'apprendre à mieux gérer le stress, à développer son *intelligence émotionnelle* (reconnaître ses émotions, en tenir compte sans vouloir les chasser systématiquement, etc.), à renforcer ses capacités de résilience, et aussi à mieux s'accorder avec les autres en privilégiant l'empathie, la tolérance et la compréhension d'autrui. Ces principes de la *psychologie*

positive, qui vise à mieux utiliser nos ressources internes pour favoriser notre bien-être, pourraient être intégrés à l'éducation et aux savoirs de base, si possible de toute la population mais au moins des personnes les plus à risque de dépression.

Même s'il ne s'agit pas réellement d'un programme de recherche, l'Assurance maladie va mener dans certaines régions, à partir de 2017, une expérimentation de remboursement des psychothérapies conduites par des psychologues, afin d'évaluer l'intérêt de cette mesure pour la prise en charge des dépressions peu sévères. En effet, l'un des obstacles majeurs au recours à ces traitements – pourtant reconnus comme efficaces – est le coût élevé des consultations quand il s'agit de praticiens libéraux.

Grâce à ces différents outils de la recherche moderne, nous pouvons espérer réduire le plus rapidement possible le *fardeau* de la dépression, par des actions à la fois préventives et thérapeutiques plus efficaces.



Accompagner une personne dépressive

Nous avons eu ou aurons tous, un jour ou l'autre, un proche touché par la dépression. Se posent alors de nombreuses questions : comment être sûr qu'il s'agit d'une dépression ? comment aider la personne à se soigner ? comment se comporter avec elle ? etc. Beaucoup d'éléments d'information contenus dans ce livre devraient aider à répondre, en partie, à ces questions, mais certains conseils peuvent y être ajoutés.

🔴 Inciter à consulter

La dépression n'est pas toujours simple à diagnostiquer et, en fin de compte, c'est aux professionnels de faire le diagnostic. Si vous repérez des signes de souffrance chez un proche, que vous ne le trouvez pas comme d'habitude, s'il vous inquiète, l'essentiel est de l'inciter à consulter. Tout changement net, problématique et durable dans le comportement ou le discours d'une personne peut justifier une consultation, chez un médecin ou chez un psychologue, pour en identifier la cause. Et, si possible, sans trop tarder, car la plupart des traitements sont plus efficaces lorsqu'ils sont mis en œuvre rapidement. Se montrer disponible et à l'écoute est la première aide essentielle. Si la personne accepte de se confier et trouve une oreille bienveillante, elle pourra plus facilement accepter la démarche d'une première consultation qui n'est jamais évidente. Il n'est pas toujours utile de parler de dépression, chaque personne entendant ce mot différemment selon son histoire et ses connaissances. Il vaut mieux dire son inquiétude en confiant à la personne qu'on la trouve

changée, anxieuse, en souffrance. Ne rien faire risque de prolonger le mal, et une consultation n'engage à rien.

∴ Accompagner

Une fois la dépression diagnostiquée, si des soins sont mis en place, il est très bon de montrer à la personne qu'on ne l'*abandonne* pas pour autant. L'accompagner aux consultations, venir la voir régulièrement chez elle si elle s'y repose, ou à l'hôpital si ce passage est nécessaire, est essentiel pour lui montrer estime et soutien, même avec des visites brèves ou des échanges limités. Les personnes déprimées ayant souvent l'idée qu'elles ne servent à rien ou sont un poids pour les autres, être présent pour leur montrer qu'il n'en est rien et qu'elles gardent toute leur place dans un cercle familial, amical ou professionnel peut être décisif.

La meilleure attitude à adopter se situe entre une stimulation excessive et agressive (« bouge-toi ! ») et une hyperprotection infantilisante. Au *summum* d'une phase dépressive, le malade n'a plus d'énergie ni de contrôle émotionnel, il est donc inutile de lui proposer des activités qui ne peuvent qu'accentuer son désarroi et ses idées d'échec. En revanche, des propositions de sorties, ou juste de rencontres, peuvent être très efficaces pour redonner un peu d'envie et faire redécouvrir le plaisir. Il faut donc répéter souvent ce type d'incitations, sans insister si l'on sent la personne vraiment incapable d'y répondre. Une autre erreur serait de chercher à *convaincre* son proche qu'il se trompe, par exemple dans sa mauvaise opinion de lui-même, en essayant d'argumenter à tout prix. Ceci peut être vécu comme une preuve supplémentaire d'incapacité à raisonner et à être compris par les autres. Il vaut mieux exprimer au malade que vous comprenez sa souffrance et que vous continuerez à être présent auprès de lui pour y faire face.

En cas d'urgence, notamment du fait des risques suicidaires, une solution toujours possible est de faire appel aux services de secours. Vous pouvez vous adresser à un médecin qui connaît votre proche, aux urgences de l'hôpital le plus accessible, ou encore aux numéros d'urgence du Samu (15) ou des pompiers (18). Même si vous ne parvenez pas à convaincre la personne de venir avec vous, prévenir les secours et leur demander conseil peut être déterminant pour éviter un accident grave.

Dans certains cas difficiles, il faut également penser à se protéger soi-même contre les angoisses ou l'épuisement de devoir accompagner une personne dépressive, notamment quand elle ne souhaite pas se soigner ou quand son état dure longtemps. Ne pouvant tout porter, les proches doivent aussi penser à se reposer, à s'éloigner un moment, et même à consulter un professionnel pour être soutenus et éventuellement conseillés. Et surtout ne pas développer en plus des idées de culpabilité en se sentant responsable de la dépression du proche, cette maladie n'étant jamais imputable à une cause précise et encore moins à une personne donnée.

🔴 Le risque de suicide

S'il fallait donner une seule raison de prendre la dépression au sérieux, le risque suicidaire viendrait naturellement en premier. Certes, il ne concerne pas toutes les personnes dépressives, mais suffisamment pour que l'on y pense systématiquement et que l'on prenne toutes les précautions nécessaires. Chaque année, environ 220 000 tentatives de suicide sont prises en charge par les services d'urgence en France, et 10 500 personnes se donnent réellement la mort. La dépression représente la cause principale (environ 70 %) de ces passages à l'acte, liés surtout au désir de

ne plus souffrir et non, en général, à une réelle volonté de mourir.

Beaucoup de personnes dépressives peuvent avoir des idées noires, pensant que la mort serait une solution à leurs problèmes, ou qu'il vaudrait mieux ne pas se réveiller. Le plus souvent, ces propos ne sont pas suivis de passage à l'acte et ne doivent pas toujours être considérés comme immédiatement alarmants. Ils rendent toutefois indispensable une prise en charge par un professionnel qui saura trouver la réponse adéquate. Les risques sont nettement plus élevés quand le malade verbalise des idées suicidaires concrètes, une volonté d'en finir et surtout des moyens de passer à l'acte. Dans ces moments, le niveau de perturbation peut être tel que le comportement devient irrationnel et imprévisible. Tout geste, même ambivalent, peut se révéler dramatique.

La plupart des personnes qui commettent une tentative de suicide évoquent auparavant leurs idées noires auprès de leurs proches ou de soignants. Ceci indique qu'une meilleure prévention serait possible, même si aucun moyen ne permet de protéger une personne à 100 %. Les professionnels connaissent un peu mieux maintenant les facteurs qui augmentent le risque de suicide : les dépressions sévères, les problèmes d'alcool ou de drogue associés, une forte impulsivité, l'isolement social, l'âge avancé, etc. Nous savons aussi que certains moyens permettent de réduire le nombre de passages à l'acte : ne pas laisser d'armes à disposition, protéger les lieux publics en hauteur ou les transports en commun dangereux, ne pas laisser une personne suicidaire repartir seule des urgences, etc.

Au niveau individuel, certains propos peuvent être des signaux d'alarme, comme le fait de parler de « départ » ou de rejoindre une personne disparue. Ce peut être aussi

le fait de mettre en ordre ses affaires ou sa succession, de faire des dons ou dire au revoir à certains proches. Les proches, et même les professionnels de santé, hésitent souvent à aborder directement la question des idées suicidaires avec une personne déprimée, parce qu'ils ne sont pas à l'aise avec ce sujet bien sûr, mais aussi par crainte de « donner de mauvaises idées » au malade. En réalité il ne peut être que bénéfique d'évoquer la question, en le faisant naturellement avec tact et après une mise en confiance. Les personnes ayant des idées suicidaires ressentent en général un certain soulagement à en parler, il est en effet encore plus angoissant d'y faire face seul. Par ailleurs, ce peut être essentiel pour repérer des signes inquiétants nécessitant une intervention rapide.

Quand une personne apparaît clairement comme à risque de passage à l'acte, le meilleur moyen de la protéger est de ne pas la laisser seule, et en général de l'hospitaliser. Cette démarche est souvent vécue comme rassurante par le malade lui-même, mais il peut également la refuser pour différentes raisons. Dans de rares cas, il peut alors être nécessaire d'imposer des soins, par l'intermédiaire d'une hospitalisation sous contrainte en psychiatrie. Pour préserver les libertés individuelles, cette démarche de soins imposés est très encadrée par la loi et doit généralement passer par le soutien de la famille ou d'un proche du malade. Le fait de protéger une personne déprimée contre elle-même peut paraître violent, voire contraire aux libertés, mais le souhait de mort est dans ce cas uniquement lié à la maladie dépressive, et non à un désir délibéré. Lorsque la dépression s'atténue, le malade comprend parfaitement la démarche de ceux qui se sont opposés, dans son intérêt, à ses pulsions de mort.



Lectures et contacts sélectionnés



Pour conclure et prolonger cet ouvrage sur la dépression, vous trouverez ci-dessous une sélection de livres, de sites Internet et d'associations utiles pour approfondir certaines connaissances ou entrer en contact avec des professionnels ou d'autres personnes concernées par la dépression. Les sources d'information sont aujourd'hui infinies, et il est toujours difficile de s'assurer de leur fiabilité. J'espère, et je pense, que ces références de qualité pourront répondre aux questions qui n'ont pas été abordées dans ce livre.



Livres

• Sur la dépression

G. BIRENBAUM, *Vous m'avez manqué. Histoire d'une dépression française*, Les Arènes, 2015.

D. GOURION, H. LOO, *Guérir de la dépression : les nuits de l'âme*, Odile Jacob, 2010.

P. LABRO, *Tomber sept fois, se relever huit*, Folio, 2005.

• Sur le trouble bipolaire

M.-L. BOURGEOIS, *Manie et dépression : comprendre et soigner le trouble bipolaire*, Odile Jacob, 2007.

C. GAY, *Vivre avec un maniaco-dépressif*, Fayard, 2010.

• Sur les thérapies et les traitements

A. GAILLARD, D. GOURION, *Antidépresseurs : le vrai du faux*, Delachaux et Niestlé, 2015.

A. PELISSOLO, *Bien se soigner avec les médicaments psy*, Odile Jacob, 2005.

C. MIRABEL-SARRON, *La dépression, comment en sortir*, Odile Jacob, 2002.

@ Sites internet

• Trouver un thérapeute ou un centre spécialisé

Association française de thérapie comportementale et cognitive :
<http://www.aftcc.org>.

Centres experts de la fondation FondaMental
(dépressions résistantes et troubles bipolaires) :
<http://www.fondation-fondamental.org>.

Hôpitaux en France : <http://www.hopital.fr>.

Les soins en santé mentale en France : <http://www.psycom.org>.

• S'informer sur la dépression

Site de l'Inpes : <http://www.info-depression.fr>.

Blog mediKpsy sur l'anxiété et la dépression :
<http://www.pelissolo.over-blog.com>.

Site ministériel sur les médicaments : <http://medicaments.gouv.fr>.

Site québécois sur les troubles psy : <http://www.revivre.org>.

• Associations de malades et forum

France Dépression : <http://www.france-depression.org>.

Argos 2001 (trouble bipolaire) : <http://www.argos2001.fr>.

Forum d'échanges sur la dépression :
<http://www.forum-depression.com>.



Annexe :
médicaments prescrits
dans la dépression et
les troubles de l'humeur

Antidépresseurs

Nom commercial	Nom de molécule	Usage (fréquence de prescription)
Anafranil [®]	clomipramine	++
Athymil [®]	miansérine	++
Brintellix [®]	vortioxétine	++
Cymbalta [®]	duloxétine	++
Défanyl [®]	amoxapine	+
Déroxat [®] , Divarius [®]	paroxétine	+++
Floxyfral [®]	fluvoxamine	+
Ixel [®]	milnacipran	+
Laroxyl [®] , Elavil [®]	amitriptyline	+
Ludiomil [®]	maprotiline	+
Marsilid [®]	iproniazide	+
Moclamine [®]	modobémide	+
Norset [®]	mirtazapine	++
Prozac [®]	fluoxétine	+++
Quitaxon [®]	doxépine	+
Séroplex [®]	escitalopram	+++
Séropram [®]	citalopram	++
Stablon [®]	tianeptine	+
Surmontil [®]	trimipramine	+
Tofranil [®]	imipramine	+
Valdoxan [®]	agomélatine	++
Zoloft [®]	sertraline	+++

Thymorégulateurs

Nom commercial	Nom de molécule
Abilify [®]	aripiprazol
Dépakote [®] , Dépamide [®]	valproate
Lamictal [®]	lamotrigine
Tégrétol [®]	carbamazépine
Téralithe [®]	lithium
Trileptal [®]	oxcarbazépine
Xéroquel [®]	quétiapine
Zyprexa [®]	olanzapine

Autres médicaments

Nom commercial	Nom de molécule	Catégorie
Atarax [®]	hydroxyzine	antihistaminique sédatif
Imovane [®]	zopiclone	somnifère
Lexomil [®]	bromazéпам	anxiolytique
Lysanxia [®]	prazéпам	anxiolytique
Séresta [®]	oxazéпам	anxiolytique
Stilnox [®]	zolpidem	somnifère
Témesta [®]	lorazéпам	anxiolytique
Tercian [®]	cyamémazine	neuroleptique sédatif
Théralène [®]	alimémazine	somnifère
Tranxène [®]	clorazéпate	anxiolytique
Valium [®]	diazéпам	anxiolytique
Xanax [®]	alprazolam	anxiolytique

 Introduction	5
 Vers une meilleure compréhension de la maladie	9
:: Une prise de conscience récente	11
:: Qui est touché ?	13
:: Avec quelles conséquences ?	14
 Une maladie à part entière	17
:: Les symptômes	19
:: Diagnostiquer une dépression	26
:: De nombreux visages différents	31
:: Les liens corps-esprit	41
 Les causes de la dépression	47
:: Les événements favorisants	49
:: Un terrain propice	51
:: La biologie de la dépression	54
:: Le cerveau déprimé	57
:: De nombreuses causes, toutes importantes	59
 Soigner la dépression	63
:: Les clés d'un traitement efficace	65
:: Asseoir la guérison	76
:: Les antidépresseurs	86
:: Les autres traitements de la dépression	98
:: Les recherches avancent	105

	Accompagner une personne dépressive	109
	:: Inciter à consulter.....	111
	:: Accompagner	112
	:: Le risque de suicide	113
	Lectures et contacts sélectionnés.....	117
	Annexe : médicaments prescrits dans la dépression et les troubles de l'humeur	121

Retrouvez ce livre sur notre site



flashez le QR code
ci-dessous



[http://www.muscadier.fr/
catalogue/depression-
senfermer-ou-sen-
sortir/](http://www.muscadier.fr/catalogue/depression-senfermer-ou-sen-sortir/)

Les conflits d'intérêt éventuels engageant l'auteur
de cet ouvrage sont disponibles sur notre site Internet.

**Ce livre est imprimé sur un papier composé de fibres naturelles,
renouvelables et recyclables, fabriqué à partir de bois issu
de forêts qui adoptent un mode de gestion responsable et durable
– respectueux de la biodiversité, des équilibres écologiques
et de la stabilité économique des populations locales.**

**Achevé d'imprimer par
l'imprimerie Clerc à Saint-Amand-Montrond (Cher)**

Dépôt légal : octobre 2017

Imprimé en France

Dépression : s'enfermer ou s'en sortir ?

« Faire une dépression », « être déprimé »... tout le monde a déjà utilisé ces termes pour décrire un mal-être ou un état d'âme passager. Pourtant, la dépression est une *vraie* maladie, qui touche plusieurs millions de personnes en France. Revêtant différentes formes selon les individus, cette affection suscite de nombreuses interrogations. Quels sont ses symptômes ? ses causes ? Peut-on la soigner ? Les traitements actuels sont-ils efficaces ? dangereux ? Comment accompagner une personne dépressive ?

Depuis quelques années, la recherche a accompli des avancées notables, souvent porteuses d'espoirs. Synthèse des connaissances les plus récentes sur la dépression, cet ouvrage permettra à chacun de mieux comprendre la maladie, et d'améliorer les conditions de vie des patients et de leurs proches.



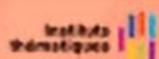
Antoine Pelissolo est psychiatre et chef de service au CHU Henri-Mondor à Créteil, professeur de médecine à l'université Paris-Est, et président de l'Association française des troubles anxieux et de la dépression (AFTAD). Il mène des travaux de recherche clinique et thérapeutique sur ces pathologies dans le cadre de l'unité Inserm de l'Institut Mondor de recherche biomédicale, et au sein de la fondation FondaMental.



9 791096 935000

ISBN: 979-10-96935-00-0

9,90 € TTC

**Inserm**Institut national
de la santé et de la recherche médicale

le muscadier

L'éditeur qui cultive le bon sens

www.muscadier.fr