

LA DÉPRESSION

D'où vient-elle?

Comment la traiter?

Quel rapport avec le stress?



À propos de l'auteur:

Le Prof. Dr méd. Dr rer. nat. Martin E. Keck est neuroscientifique, spécialiste en psychiatrie, psychosomatique, psychothérapie, neuropsychiatrie (FMH en neurologie) et médecine générale. Après une formation internationale à Munich, Bâle, Londres et Zurich, il a travaillé de 1996 à 2005 à l'Institut Max Planck de psychiatrie à Munich.

Parmi les reconnaissances reçues pour ses travaux scientifiques dans le domaine des maladies dues au stress, comme la dépression et le burn-out, figure entre autres le Prix bavarois d'encouragement au doctorat remis par le ministère bavarois de la Science, de la Recherche et de l'Art.

Il est l'auteur de plus de 180 d'articles scientifiques dans des revues spécialisées internationales et ses travaux sont cités plus de 250 fois par an en moyenne. Membre de la faculté de médecine de l'Université Ludwig Maximilian de Munich ainsi que de nombreuses sociétés professionnelles, il a également participé activement à la fondation d'un réseau de recherches sur la dépression. Martin E. Keck fait partie du comité de la Société suisse pour les troubles anxieux et de dépression (SSAD) et de la Société suisse de pharmacovigilance en psychiatrie (SSPVP).

Après avoir été Directeur médical dans une grande clinique suisse, il a été nommé, en 2014, à la tête de la clinique de psychiatrie, de psychosomatique et de neurologie de l'Institut Max Planck de psychiatrie à Munich qu'il a dirigée jusqu'en 2019. Il y a mis en place l'étude OPTIMA qui est la plus complète au monde en matière de psychothérapie.

Jusqu'en 2021, il a été médecin-chef du département de Neurologie psychothérapeutique des cliniques Schmieder à Gailingen am Hochrhein. Depuis 2021, le Prof. Dr Martin E. Keck est médecin-chef du service Psychosomatique, psychothérapie et psychiatrie de la clinique de réhabilitation, riche en traditions, de Seewis dans le canton des Grisons (Suisse).

Prof. Dr. Dr. Martin E. Keck, eMBA UZH

Directeur médical

Médecin-chef du service Psychosomatique et psychiatrie

Clinique de réhabilitation de Seewis

Spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie

Spécialiste FMH en neurologie/Spécialiste en neuropsychiatrie

Spécialiste en psychosomatique et psychothérapie

Spécialiste en médecine générale

Cabinet de psychosomatique, psychothérapie et neurologie au bord du lac de Zurich

Maison au Jardinier

Biberhaldenweg 20A

CH-8708 Männedorf/Zurich

www.professorkeck.ch

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	8
L'essentiel en bref pour le lecteur pressé	10
Qu'entendons-nous par dépression?	14
La dépression: une maladie fréquente, à prendre au sérieux	14
Les symptômes de la dépression	15
Les formes particulières de dépression	20
Le syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out	22
La dépression de la personne âgée	22
La dépression post-partum	23
La dépression saisonnière (dépression hivernale)	24
La dépression masculine («male depression»)	24
La dépression: une maladie qui met la vie en danger	26
Comment une dépression survient-elle?	28
Une maladie potentiellement chronique et systémique	28
La dépression due au stress: bouleversement de la régulation des hormones du stress	30
Comment naît la dépression liée au stress?	34
Comment fonctionne le métabolisme nerveux?	35
Stress, cerveau et psychisme – un exemple	38
La faute aux gènes?	39
Qu'est-ce que la médecine personnalisée?	41

Comment soigne-t-on la dépression?	44
Le point sur le traitement de la dépression due au stress: pourquoi autant d'échecs?	44
Nouveaux concepts dans le traitement de la dépression due au stress: traitement d'entretien et traitement au long cours	45
Concept thérapeutique	49
Psychothérapie	50
Thérapie cognitivo-comportementale	52
Thérapie interpersonnelle (TIP)	53
Traitement médicamenteux	56
Les antidépresseurs pendant la grossesse	59
Techniques de relaxation	60
Traitements complémentaires non médicamenteux éprouvés	63
Douze règles de base pendant le traitement d'une dépression	66
 Aide complémentaire	 69
Signes avant-coureurs éventuels	69
Plan de crise personnel	70
Suggestions pour les proches et amis	72
 Lecture et adresses utiles	 74
Lectures conseillées	74
Adresses utiles	74

INTRODUCTION

Les troubles dépressifs font partie des maladies les plus graves et les plus significatives dans le monde. Ils touchent, sous leurs différentes formes, jusqu'à 20% de la population et affectent la pensée, les émotions, le corps et les relations sociales d'une personne, autrement dit tous les aspects de sa vie. Malgré sa signification, la dépression n'est souvent ni dépistée ni traitée de façon appropriée, entraînant ainsi une grande souffrance et une baisse considérable de la qualité de vie des malades et de leurs proches. Ces dernières années, il est apparu clairement que la dépression est une maladie chronique due au stress, d'où l'expression «dépression due au stress» ou «dépression anxieuse». La dépression est aussi un facteur de risque pour d'autres maladies graves telles que la crise cardiaque, l'accident vasculaire cérébral, l'ostéoporose, la démence ou le diabète. Non traitée, elle peut raccourcir l'espérance de vie.

La dépression est une maladie grave mais curable. Il ne s'agit en aucun cas d'une tristesse normale et ne traduit ni un échec moral ni un manque de volonté! Les avancées de ces dernières années permettent un nouvel aperçu, plus complet, des options de traitement. Et pourtant, seuls 10% des malades reçoivent un traitement adapté et suffisant.

La psychothérapie spécialisée au long cours, qui repose sur des bases scientifiques éprouvées, ainsi que le traitement médicamenteux sont essentiels, car ils mènent à une guérison complète. Les patients insuffisamment soignés qui présentent des symptômes rémanents subissent une rechute dans 80% des cas. Voilà pourquoi, lorsque les symptômes ont régressé, les patients sont suivis pendant au moins six mois dans le cadre d'un traitement d'entretien destiné à prévenir les rechutes. Le nombre d'épisodes survenus dans le passé et leur intensité déter-

minent la nécessité d'un traitement au long cours, c.-à-d. un accompagnement du patient au-delà du traitement d'entretien.

Ce guide repose sur les dernières avancées de la science et a pour objectif une meilleure compréhension de la dépression. Il s'adresse aux malades et à leur entourage, de même qu'à toute personne s'intéressant au sujet. Ce guide ne remplace en aucun cas une visite médicale ou un entretien thérapeutique; il se veut le prélude à une discussion plus approfondie.

Bien cordialement.

Prof. Dr med. Dr rer. nat. Martin E. Keck

L'ESSENTIEL EN BREF POUR LE LECTEUR PRESSÉ

- 1 La dépression est une **maladie grave, parfois même fatale**, qui nécessite un traitement spécifique.
- 2 Les principaux symptômes de la dépression sont l'humeur **sombre** ou la sensation de vide intérieur, l'épuisement (burn-out), le surmenage, les angoisses, l'agitation intérieure, les troubles de la pensée et du sommeil.
- 3 La **personne dépressive ne ressent plus aucune joie** et a du mal à prendre des décisions, aussi banales soient-elles.
- 4 La dépression est souvent accompagnée de symptômes physiques persistants, **comme des troubles gastro-intestinaux, des maux de tête ou de dos**. Bon nombre de patients mettent ces symptômes au tout premier plan.
- 5 Un **sentiment de culpabilité infondé** peut être l'indice d'une dépression.
- 6 Comme tout individu gravement malade, la personne dépressive a besoin du **soutien et de la compréhension** de son entourage.
- 7 La dépression se caractérise par un **trouble du métabolisme nerveux au niveau du cerveau**. La concentration en neurotransmetteurs (sérotonine, noradrénaline, dopamine) est en rupture d'équilibre, et ce généralement en raison d'une hyperactivité durable des hormones du stress. Non traitée, cette hyperactivité augmente le risque d'hypertension, de crise cardiaque, d'accident vasculaire cérébral, de diabète, d'ostéoporose ou de démence. D'où l'importance d'instaurer un traitement rigoureux et durable.

8 La dépression est la principale cause **d'incapacité de travail et de retraite anticipée/invalidité.**

9 Dans la dépression, les zones cérébrales responsables des sentiments et des émotions ne sont pas les seules touchées; les aires pilotant l'attention et la concentration, la mémoire, le rythme intellectuel et les fonctions dites exécutives sont également lésées. Ces dernières englobent les capacités telles que la planification et l'exécution, le multitâche ou le calcul mental. **Une dépression n'est considérée comme guérie que lorsque ces symptômes ont également disparu ou se sont nettement améliorés.**

10 Les causes de la dépression sont variables et toutes les dépressions ne se ressemblent pas. Au contraire, le diagnostic peut cacher un large éventail de symptômes physiques et psychiques, d'origines et d'évolutions de la maladie. Les conclusions neurobiologiques peuvent contribuer à définir différents groupes de patients et ouvrir la voie à une médecine personnalisée. **La médecine personnalisée signifie que la personnalité et les caractéristiques physiques d'un individu sont utilisées pour optimiser le traitement qui peut ainsi être adapté au malade.**

11 **La dépression est une maladie curable.** Le traitement repose sur différentes formes éprouvées de psychothérapie, des médicaments modernes qui améliorent l'humeur (antidépresseurs), des méthodes de gestion du stress, des techniques de relaxation et des approches de médecine complémentaire (par ex., la phytothérapie).

12 Les antidépresseurs modernes entraînent peu d'effets secondaires et leur dosage peut être adapté individuellement pour une meilleure tolérance. Ils ne rendent pas dépendants et n'altèrent pas la personnalité. Ce ne sont ni des stimulants ni des calmants.

13 Les antidépresseurs n'agissent pas immédiatement. Leur effet apparaît généralement après plusieurs jours ou semaines.

14 Lorsqu'un traitement médicamenteux est indiqué, les prescriptions du médecin doivent être suivies à la lettre. Les effets secondaires éventuels, malaises, craintes ou doutes doivent être abordés ouvertement avec le médecin traitant.

15 Les dépressions récurrentes peuvent être traitées de façon préventive. Ces mesures préventives sont très importantes, dans la mesure où chaque nouvel épisode dépressif accroît le risque de récurrence.

16 Le suicide est un risque important de la dépression. Ce risque peut être identifié à temps. Il s'agit d'une urgence absolue. Les personnes suicidaires doivent être suivies le plus rapidement possible par un médecin.



QU'ENTENDONS-NOUS PAR DÉPRESSION?

La dépression: une maladie fréquente, à prendre au sérieux

Étant donné la prévalence des maladies dépressives, connaître les traitements disponibles et les aides proposées revêt une grande importance non seulement pour les médecins, toutes spécialisations confondues, mais aussi pour le grand public. La dépression concerne environ 15 à 20% de la population et touche deux fois plus de femmes (20%) que d'hommes (10%). Cette différence entre hommes et femmes s'explique, au moins en partie, par le fait que bien souvent, les symptômes de la dépression chez les hommes ne sont pas reconnus comme tels (voir page 24).

La prévalence de la dépression signifie aussi que chacun d'entre nous connaît au moins une personne dépressive au sein de sa famille, de ses proches ou de ses amis. Malheureusement, la maladie est encore trop souvent passée sous silence ou non diagnostiquée. Cette sous-estimation vient du fait que le terme de «dépression» est utilisé à tort dans le langage courant, alors qu'il ne s'agit que d'un trouble passager de l'humeur.

La dépression peut survenir à n'importe quel âge, de l'enfance à un âge avancé. Dans près de 15 à 20% des cas, et tout particulièrement en l'absence de traitement ou en cas de traitement insuffisant, la maladie peut devenir chronique. Un deuxième épisode survient dans 50 à 75% des cas. Chaque nouvel épisode accroît le risque de récurrence. Le traitement rigoureux de chaque épisode n'en est que plus important.

La dépression, qui compte parmi les cinq maladies les plus répandues dans le monde, est associée à un fort taux de mortalité ainsi qu'à un degré élevé de handicap et de problèmes psychosociaux chroniques. L'importance de la dépression devrait continuer à augmenter jusqu'en 2030. Selon les estimations de l'OMS (Organisation mondiale de la Santé), la dépression deviendra alors, dans les pays industrialisés, la maladie qui nécessitera les plus gros moyens financiers, après les maladies cardiaques.

En 2008, les coûts totaux liés à la dépression, c'est-à-dire aussi bien les coûts directs (coûts de traitement) qu'indirects (par ex. les coûts générés par l'incapacité de travail), ont représenté 22 milliards d'euros en Allemagne (Source: Institut économique RWI). En Suisse, la dépression a coûté entre 8 et 10 milliards de francs à l'économie suisse en 2009 (Source: Institut de médecine sociale et préventive à l'Université de Zurich).

Les symptômes de la dépression

Un épisode dépressif peut survenir dans le cadre de ce que l'on appelle des troubles unipolaires ou bipolaires. On parle de dépression unipolaire lorsque seuls des épisodes dépressifs surviennent. Toutefois, outre ces symptômes dépressifs, certains patients souffrent également d'épisodes maniaques. Les épisodes maniaques se caractérisent par une activité débordante, une humeur euphorique, un moindre besoin de sommeil, un flot débordant d'idées, souvent aussi par des achats compulsifs. On parle alors de maladie affective bipolaire. La dépression unipolaire peut basculer vers un trouble bipolaire avec des phases maniaques – la célèbre étude de cohorte zurichoise montre que, en moyenne, 1% des dépressions unipolaires bascule vers les troubles bipolaires chaque année.

La dépression se manifeste par des symptômes de nature et d'intensité différentes. Les symptômes-types varient considérablement d'une personne à une autre. Selon les critères de l'Organisation mondiale de la Santé (CIM-10, voir liste ci-après), un épisode dépressif est identifié comme une tristesse persistante pendant au moins deux semaines. Elle s'accompagne d'une perte de joie de vivre, de motivation et d'intérêt, ainsi que d'une baisse des capacités de concentration et des performances générales. À cela s'ajoutent des symptômes physico-végétatifs (voir illustration 1, page 21) tels que des troubles du sommeil, une perte d'appétit et de poids ainsi qu'un rétrécissement du champ de la conscience face à la situation perçue comme sans issue. Cela peut aller jusqu'à des pensées morbides et des envies de suicide. La pensée est ralentie et tourne généralement autour d'un seul sujet, à savoir pourquoi ça va mal, à quel point la situation actuelle est désespérée et l'avenir sans espoir (voir illustration 2, page 29).

Critères de la dépression de l'Organisation mondiale de la Santé (CIM-10)

- Humeur dépressive
- Perte d'intérêt et/ou de plaisir, y compris pour les activités considérées comme agréables
- Perte de motivation, manque d'énergie, plus grande fatigabilité, épuisement (burn-out)
- Angoisse, agitation intérieure
- Diminution de la concentration et de l'attention
- Manque de confiance en soi et d'estime de soi, dévalorisation de soi
- Grande difficulté à prendre des décisions
- Pensées obsessionnelles, propension à ruminer
- Perspectives sombres, désespérance, pessimisme
- Sentiments de culpabilité très forts, autocritique
- Troubles du sommeil persistants
- Perte d'appétit, perte de poids
- Perte de libido, c'est-à-dire intérêt moindre pour la sexualité
- Désarroi profond, pensées morbides, idées suicidaires, tentatives de suicide

Pour caractériser un état dépressif, ces symptômes doivent être présents pendant au moins deux semaines.

Traitement des différents symptômes

Les différents symptômes de la dépression ne s'éclipsent pas tous au même rythme. Souvent, les troubles du sommeil disparaissent rapidement à la suite d'un traitement médical, parfois au bout de quelques jours, tandis que l'amélioration de l'humeur ou la disparition des symptômes physiques demande bien plus de temps. La thérapie des troubles cognitifs mentionnés ci-dessus exige beaucoup de patience. Dans certains cas, ils peuvent encore être présents, au moins en partie, des mois voire des années après l'amélioration des autres symptômes et affecter profondément les malades. On ne peut alors parler de guérison ou de convalescence, et le traitement doit être poursuivi avec rigueur et conformément aux symptômes exprimés.

Troubles du sommeil

Les troubles du sommeil peuvent provoquer des difficultés à s'endormir, un sommeil agité ou un réveil trop matinal. Le sommeil est perçu comme insuffisant, peu récupérateur et très superficiel.

La structure même du sommeil est perturbée par la dépression. Chez une personne en bonne santé, les divers stades (endormissement, sommeil léger, sommeil moyen et sommeil profond) sont différenciés. S'ajoute à cela le stade que l'on appelle REM, ou phase durant laquelle se produisent les rêves. Ces cinq stades se déroulent dans le même ordre trois à quatre fois par nuit. La médecine du sommeil sait aujourd'hui que la succession non perturbée de ces différentes phases de sommeil est nécessaire afin que la nuit soit reposante pour le corps et l'esprit.

Si les phases de sommeil profond ou de rêve font défaut ou si elles ne se suivent pas dans le bon ordre, même un sommeil prolongé n'apportera aucune récupération notable. C'est le cas chez une personne dépressive. Les antidépresseurs permettent de retrouver une structure saine et normale du sommeil.



Les troubles cognitifs: la mémoire, l'attention et la concentration

Dans la dépression, les aires cérébrales responsables des sentiments et des émotions ne sont pas les seules touchées; les zones pilotant l'attention et la concentration, la mémoire, le rythme intellectuel et les fonctions dites exécutives sont également lésées. Ces dernières englobent les capacités telles que la planification et l'exécution, le multitâche ou le calcul mental. Ainsi, la procrastination s'installe, c'est-à-dire que les tâches à réaliser sont constamment reportées. Souvent, des actes routiniers tels que lire ou écouter les informations deviennent très difficiles, voire impossibles, à réaliser. Le mental se fatigue plus vite aussi, de sorte que les activités intellectuelles sont perçues comme extrêmement complexes.

Dans près de la moitié des cas, ces déficits parfois importants perdurent au-delà de l'épisode dépressif aigu, après la régression des symptômes-clés de la dépression (par ex., humeur dépressive, absence de plaisir, troubles du sommeil). Cette situation affecte le traitement psychothérapeutique et joue un rôle déterminant dans l'altération durable du fonctionnement social et professionnel et de la qualité de vie. Par conséquent, le diagnostic précis des déficits en début et en cours de traitement revêt une importance capitale pour la prise en charge neuropsychologique, comportementale et ergothérapeutique personnalisée, dans le but d'améliorer les capacités cognitives.

Les formes particulières de dépression

Certains symptômes très marqués permettent d'identifier des formes particulières de dépression. La dépression larvée ou masquée est l'une de ces principales formes. Elle se distingue surtout par des symptômes physiques, des troubles végétatifs et des problèmes au niveau des organes (voir illustration 1, page 21). Une autre forme particulière est la dépression mélancolique, caractérisée par un état d'angoisse manifeste le matin ainsi que par une perte de poids, de joie de vivre, de libido et d'intérêt.

Certains termes utilisés autrefois, tels que «dépression endogène», «dépression névrotique» et «dépression réactionnelle» ne sont plus employés aujourd'hui, car les concepts qui les sous-tendent ont été réfutés par la recherche actuelle.

La dépression peut s'exprimer tout à fait différemment chez certaines personnes. Au lieu d'être tristes ou abattues, elles deviennent irritables, agressives, colériques ou augmentent leur consommation d'alcool. Selon les circonstances, elles peuvent aussi s'adonner au sport intensif. Les malades se sentent stressés et épuisés. Ce genre de symptômes touche plus fréquemment les hommes.

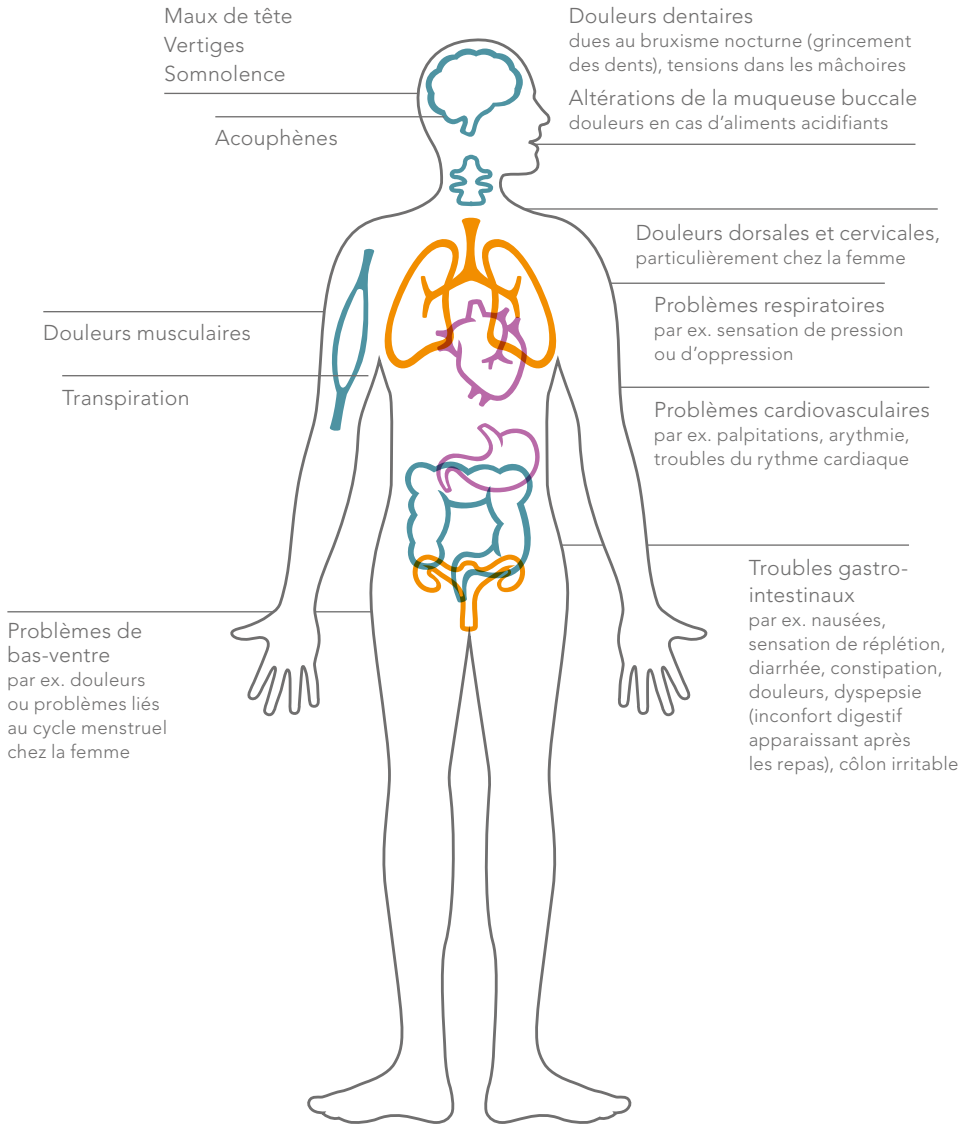


Illustration 1:

Les symptômes physiques sont parfois tellement marqués que les problèmes psychologiques sous-jacents sont difficilement décelables. On parle alors de *dépression masquée* (= *larvée*).

Le syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out

Le syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out décrit une dépression due à l'épuisement, resp. son prélude qui apparaît en raison d'un surmenage professionnel prolongé. Les femmes se voient souvent confrontées à des contraintes supplémentaires telles que les tâches ménagères et familiales. Ces tâches peuvent, à elles seules, représenter l'équivalent d'une activité professionnelle. Le burn-out se caractérise par un manque d'énergie, des performances réduites, de l'indifférence et du cynisme ainsi que par un désinvestissement marqué consécutif à des surperformances et un engagement très intensif, souvent pendant des années. Un événement relativement mineur (changement de poste, par exemple) suffit alors à déclencher la maladie.

Des symptômes physiques diffus tels qu'une forte transpiration, des vertiges, des maux de tête, des problèmes gastro-intestinaux et des douleurs musculaires sont souvent présents. Les troubles du sommeil sont très fréquents. Le syndrome d'épuisement professionnel peut évoluer jusqu'au stade de dépression grave. Des attentes plus élevées vis-à-vis des collaborateurs, une pression sans cesse croissante au travail et le manque chronique de reconnaissance ont conduit à une augmentation du nombre de cas de burn-out. Les changements des conditions de travail inhérents à la mondialisation, comme une disponibilité permanente par e-mail, téléphone portable ou smartphone, posent de nouveaux défis pour la santé et la gestion du stress professionnel.

La dépression de la personne âgée

On parle de «dépression de la personne âgée» au-delà de 65 ans. D'une manière générale, les maladies dépressives ne sont pas plus fréquentes chez le sujet âgé. Il semblerait même qu'elles soient un peu plus rares chez les «jeunes seniors» âgés de 65 à 75 ans. Chez les patients plus âgés, il arrive souvent que la dépression ne soit pas dépistée et reste par conséquent non traitée pendant des années. L'âge ne justifie en aucun cas l'apparition d'une dépression. De plus, le risque que la maladie devienne chronique et que la personne nécessite des soins est élevé. Les patients âgés ont tendance à passer les symptômes dépressifs sous

silence et à se plaindre plutôt de problèmes physiques. Les différents symptômes physiques sont donc plus présents chez les personnes âgées que chez les patients jeunes (voir illustration 1, page 21). Des douleurs diffuses chez les personnes âgées peuvent ainsi traduire une dépression. La maladie peut également survenir ou s'aggraver dans le cadre d'une alimentation insuffisante ou carencée, ou encore en raison d'une absorption insuffisante de liquides. Comme pour tout le monde, une vie active avec une activité physique régulière constitue un facteur de protection avéré pour les personnes âgées. Les déficiences cognitives insuffisamment traitées et rémanentes (voir pages 19 et 46) représentent, précisément à un âge avancé, un facteur de risque de survenue ultérieure de la démence. Leur traitement revêt donc une importance particulière.

D'une manière générale, la dépression double la probabilité d'être atteint de maladie de Parkinson ou d'Alzheimer.

La dépression post-partum

Les semaines qui suivent l'accouchement (= période post-partum) constituent pour une femme la période la plus favorable au développement d'une maladie psychique. Les épisodes dépressifs après l'accouchement (= dépression post-partum) surviennent chez 10 à 15% des femmes. Ils commencent généralement au cours de la première voire de la deuxième semaine, puis évoluent insidieusement au fil des semaines et des mois. Le tableau clinique est identique à celui d'un autre épisode dépressif vécu à un autre moment de la vie. La phase post-natale est cependant caractérisée par des modifications hormonales importantes et brutales: les taux hormonaux de progestérone, d'œstrogène, de cortisol et de thyroxine s'effondrent au cours des 48 premières heures suivant l'accouchement. Pour l'heure, les raisons pour lesquelles ces modifications hormonales conduisent à la maladie chez certaines femmes n'ont pas été clairement élucidées. Le baby blues, comme on l'appelle souvent, doit être distingué de la dépression post-partum. Il apparaît au cours de la première semaine, généralement pas avant le troisième jour, et ne dure que quelques heures ou quelques jours. Il concerne environ 50% des accouchées et n'est pas considéré comme une maladie.

La dépression saisonnière (dépression hivernale)

Les journées d'hiver sombres et brumeuses affectent l'humeur. Dans certains cas, pour ceux qui souffrent d'une dépression dite saisonnière ou hivernale, cette situation peut conduire à une maladie grave, parfois même fatale. Cette forme de dépression est due à la baisse de lumière qui accompagne la saison. En effet, l'œil perçoit moins de lumière et le manque de stimulation électrique qui en résulte peut induire, chez les personnes sensibles à ce phénomène, un trouble du métabolisme cérébral menant à l'apparition d'une dépression.

**«Il suffit que je nomme une chose pour
qu'elle perde ses piquants.»**

Marie von Ebner-Eschenbach, écrivaine, 1830–1916

La dépression masculine («male depression»)

La dépression avec ses différentes manifestations est plus facilement négligée chez l'homme parce qu'elle se présente souvent autrement que chez la femme. Les symptômes-types observés chez l'homme sont l'irritabilité, l'agressivité, un comportement à risque ou addictif (augmentation de la consommation d'alcool, pratique sportive excessive et dangereuse ou conduite à risque sur la route). Le repli social et l'absence de recours à une aide ou à un suivi médical sont plus fréquents chez les hommes.

Parfois, le dépistage de la dépression fait suite à une longue période de souffrance. Chacun réagit différemment, mais il est bon de reconnaître la souffrance. C'est le seul moyen d'initier un traitement adéquat. La pose d'un diagnostic adéquat est donc le premier pas vers un traitement réussi.



La dépression: une maladie qui met la vie en danger

La dépression est une maladie grave qui, dans certains cas, peut mettre la vie en danger. Non traitée, elle peut être fatale. Le suicide dû à une dépression représente en effet la deuxième cause de mortalité chez les personnes de moins de 40 ans, derrière les accidents. 15% des patients souffrant de graves épisodes dépressifs mettent fin à leurs jours. Selon les données de l'Office fédéral de la statistique, chaque année, en Suisse, plus de 1'400 personnes mettent fin à leurs jours. Le chiffre réel des suicides est certainement bien plus élevé. En Allemagne, pays nettement plus peuplé, 10'000 à 15'000 personnes se suicident chaque année, soit 30 à 40 personnes par jour ou une personne par heure. Par conséquent, le nombre de décès par suicide excède significativement celui des décès dus aux accidents de la route. La quasi-totalité des patients atteints d'une dépression sévère pensent au suicide. Près de la moitié des personnes souffrant de troubles dépressifs font une tentative de suicide à un moment donné de leur vie. Inversement, la majorité des personnes qui se suicident souffrent de dépression. La «mort libre», c'est-à-dire la décision de mettre fin à ses jours alors que l'on est en bonne santé, est rarissime. En général, lorsque la dépression est dépistée et traitée, l'envie pressante de mourir disparaît également.

**«Tel homme qui, dans un excès de mélancolie,
se tue aujourd'hui, aimerait à vivre s'il attendait
huit jours.»**

Voltaire, écrivain et philosophe, 1694–1778

Même en l'absence de toute tendance au suicide, non traitée, la dépression peut conduire très rapidement, chez les personnes âgées notamment, à des états mettant leurs jours en danger parce qu'elles se replient au lit, perdent l'appétit ou ne boivent pas suffisamment, par exemple. Il est en outre très bien établi que l'évolution de nombreuses autres maladies telles que le diabète ou l'état de santé post-infarctus est extrêmement altérée par la présence concomitante d'une dépression non traitée.

Risque de suicide

Il est important de connaître le risque de suicide de chaque personne dépressive. Le mieux est encore d'évoquer le sujet directement avec la personne concernée en lui demandant d'évaluer l'intensité et la fréquence à laquelle elle pense au suicide. On a longtemps cru qu'il ne fallait en aucun cas parler de suicide avec les personnes dépressives pour éviter de leur en donner l'idée. Cette idée est fausse. Chaque personne dépressive, au plus profond de son désespoir, envisage cette possibilité et se sent généralement soulagée de pouvoir enfin en parler. Les idées suicidaires constituent une urgence absolue! Les candidats au suicide doivent être suivis par un médecin le plus vite possible.

COMMENT UNE DÉPRESSION SURVIENT-ELLE?

Une maladie potentiellement chronique et systémique

Depuis quelques années, les efforts intensifs de la recherche au niveau international ont permis d'affirmer qu'une dépression constitue un risque de survenue de maladies vasculaires comme les pathologies cardiaques ou les accidents vasculaires cérébraux. Elle pourrait jouer un rôle aussi important que les facteurs de risque classiques tels que le tabagisme, le surpoids et la sédentarité. Pourtant, le grand public, aussi bien que les programmes de prévention de santé publique leur accordent bien plus d'attention à l'heure actuelle. La maladie dépressive favorise également l'apparition d'ostéoporose et de diabète de la maturité (diabète de type II). La dépression est aujourd'hui considérée comme une maladie «systémique», car elle affecte le cerveau autant que de nombreux autres organes (voir illustration 2, page 29).



*D'où l'importance
d'une thérapie précoce,
rigoureuse et au long
cours.*

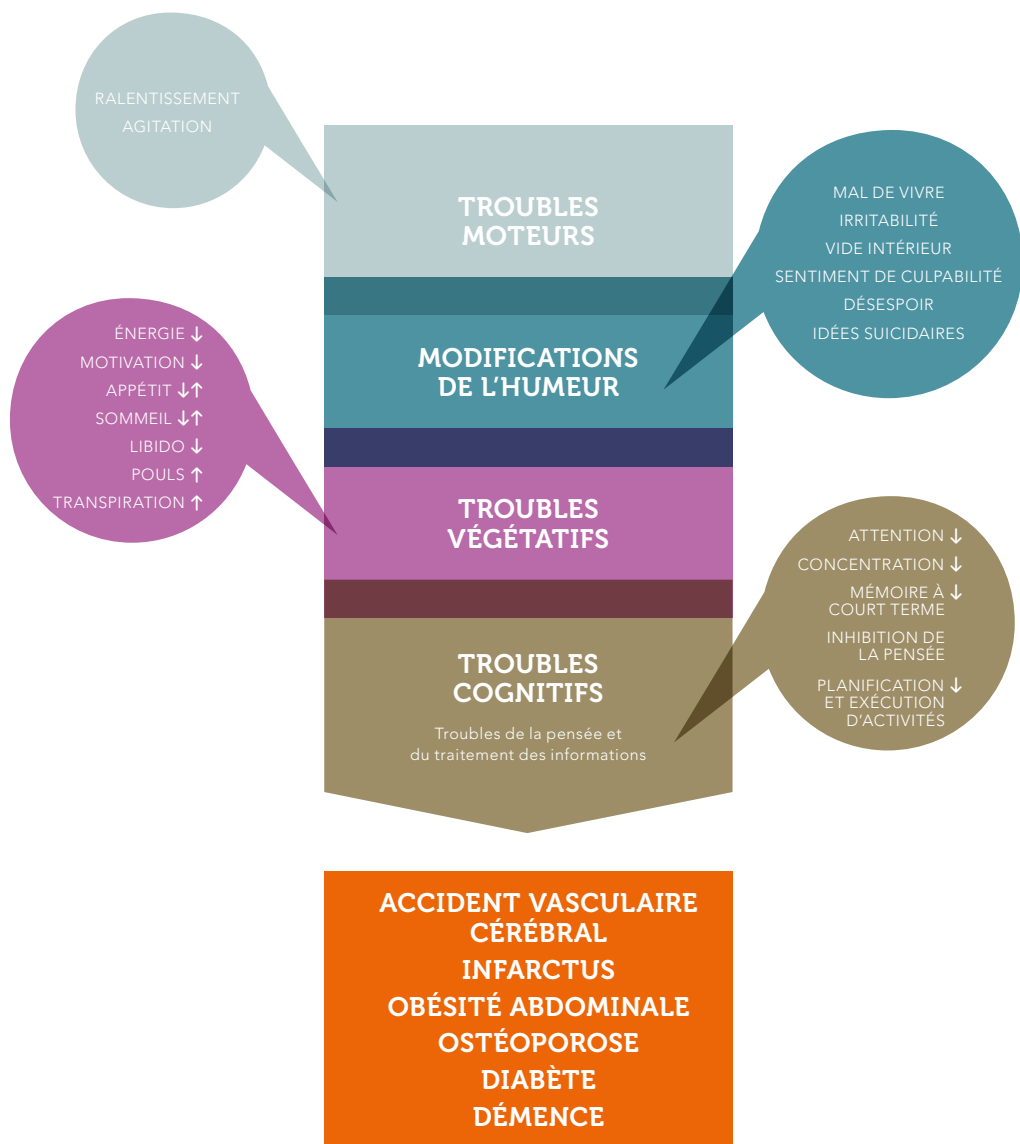


Illustration 2: Symptômes de la dépression.

La dépression due au stress: bouleversement de la régulation des hormones du stress

Le stress est partout et fait partie intégrante de la vie: toute confrontation avec des contraintes externes ou internes déclenche une réaction de stress normale. Le cerveau et le corps réagissent à toute incitation au changement par le stress. Au quotidien, le stress prend des formes très variées et peut, par exemple, se manifester lorsque les contraintes de performance augmentent dans la sphère professionnelle ou privée. En outre, les conflits relationnels, le flux croissant d'informations et l'accélération de la vie quotidienne peuvent, eux aussi, engendrer du stress.

En réaction au stress, le corps mobilise de l'énergie. Il s'adapte ainsi à son environnement dont les conditions et exigences sont en constante évolution. Tant qu'un épisode de stress reste de courte durée, il peut être considéré comme positif et stimulant. Normalement, la réaction au stress prend fin rapidement.

En cas de stress chronique, en revanche, la réaction au stress ne se calme pas. Elle provoque une concentration élevée d'hormones du stress au niveau du cerveau, ce qui peut favoriser la dépression; d'où la notion de dépression due au stress. Cette prédisposition peut être aussi bien d'origine génétique que remonter à des expériences vécues au cours de la petite enfance (abus sexuel ou négligence, par exemple).

À noter: en règle générale, ce n'est pas le stress qui est pathogène (voir illustration 3, page 31), mais la manière négative dont ce stress est perçu et géré par un individu.

La dépression est considérée aujourd'hui comme un état de stress chronique qui provoque un épuisement et une sensation constante de surmenage. On essaie souvent de gérer le stress de la vie quotidienne soit en le combattant, soit en se résignant, mais aucune de ces deux variantes n'est une solution satisfaisante, car le stress reste présent et pèse sur la santé à long terme.

Le stress survient lorsque des sollicitations internes ou externes sont trop intenses et dépassent les possibilités d'adaptation de la personne.



Illustration 3: Le vécu et la réaction négatifs d'une personne à un ou plusieurs événement(s) générateur(s) de stress (par ex. décès, déménagement, conflits familiaux, problèmes professionnels, chômage, etc.) peuvent conduire à la maladie.

Le stress chronique s'accompagne assez souvent d'une impression de perte de contrôle de la situation. Dans certaines zones cérébrales (au niveau du système limbique qui sert à réguler nos sentiments), il se produit également une hyperactivité des amygdales, qui jouent un rôle important dans la régulation des émotions. Sur le plan hormonal, il en résulte une activation pathologique et durable du système hormonal du stress (axe HPA ou axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien). Le cerveau perd le contrôle de ce système.

Parmi toutes les modifications hormonales possibles, ce décalage de régulation du système hormonal est le plus documenté en cas de dépression. La majorité des patients dépressifs montrent par exemple une concentration élevée d'hormones du stress dans le sang. Les traitements médicamenteux antidépressifs comme la pharmacothérapie avec inhibition de la recapture de la sérotonine, mais aussi les thérapies psychothérapeutiques contribuent à la normalisation de l'hyperactivité pathologique du système hormonal du stress et ainsi des symptômes cliniques.

Outre l'axe HPA, un autre système est concerné: les patients dépressifs montrent une concentration extrêmement élevée de cortisol ainsi qu'un dysfonctionnement dans la régulation du système nerveux végétatif (voir illustration 4, page 33); ce dysfonctionnement est également associé à une augmentation de l'activité sympathique qui, à son tour, conduit à une hypersécrétion d'adrénaline. L'hyperactivité durable des systèmes hormonaux du stress peut finalement provoquer d'autres altérations métaboliques susceptibles d'entraîner les maladies mentionnées ci-dessus: infarctus, accident vasculaire cérébral, ostéoporose, insulino-résistance et diabète. Nous savons aujourd'hui que toutes les maladies psychiques ont des effets sur le corps et, inversement, que les maladies physiques influencent considérablement la psyché. Il est important de savoir que les maladies psychiques reposent sur des processus neurobiologiques qui se déroulent au niveau du cerveau. Dans le cas de la dépression, il s'agit le plus souvent d'un dérèglement du système des hormones du stress. Toute maladie psychique est par conséquent «psychosomatique» (cela signifie qu'elle repose sur des aspects aussi bien physiques que psychiques) et exige un traitement exhaustif et global. Cet élément est essentiel dans le cas de la dépression.

SYSTÈME NERVEUX VÉGÉTATIF

Sympathique

Parasympathique

dilate les voies aériennes

resserre les voies aériennes

accélère la fréquence
cardiaque

ralentit la fréquence
cardiaque

augmente la sécrétion
d'hormones du stress
par les glandes surré-
nales

ralentit la fonction
intestinale

modifie la fonction
intestinale

Illustration 4: Ce diagramme est une présentation simplifiée du système nerveux autonome (végétatif). Le système sympathique accélère la fréquence cardiaque et augmente la sécrétion d'hormones par les glandes surrénales. Le système parasympathique ralentit la fréquence cardiaque et possède une fonction calmante et protectrice. Le bon fonctionnement et l'équilibre entre les deux systèmes sont importants pour rester en bonne santé.

Comment naît la dépression liée au stress?

La dépression a rarement une seule origine. Elle est due la plupart du temps à une combinaison de différents facteurs, associée à une prédisposition génétique. Des contraintes psychosociales aiguës telles que la perte ou le décès d'une personne très proche ou encore un surmenage chronique peuvent déclencher une maladie dépressive. Les facteurs sociaux qui exigent une adaptation à un nouvel environnement (par ex. mariage, chômage, retraite) interviennent fréquemment avant le début d'une dépression. Ces facteurs déclencheurs ne sont cependant pas présents chez tous les patients. La dépression frappe aussi de manière inattendue. Il faut donc faire preuve de prudence avant d'interpréter une dépression comme une réaction compréhensible face à des circonstances difficiles. Les coups du sort peuvent en effet induire de la tristesse, une humeur sombre ou des troubles de la personnalité, mais pas nécessairement une dépression. Par contre, si une maladie dépressive survient, elle doit être traitée en conséquence. Le stress perdure souvent des années durant, sans pour autant provoquer de maladies. Parfois, un événement en apparence bénin est alors la goutte d'eau qui fait déborder le vase et déclenche la maladie.

De nombreux éléments restent encore inexplicables, mais une chose est sûre: en cas de dépression, la communication entre les cellules du cerveau est perturbée. Près de cent milliards de neurones collaborent au sein de réseaux complexes situés dans la matière grise. Chacun de ces neurones communique, par l'intermédiaire de ses points de contact, les synapses, avec d'autres neurones dont le nombre peut atteindre 10'000. Les détails de ce processus ne sont pas entièrement élucidés.

On sait cependant qu'au cours d'une dépression, le métabolisme cérébral est perturbé. Les neurotransmetteurs – sérotonine et/ou noradrénaline et/ou dopamine – sont déséquilibrés. Le problème provient de la perturbation du système de contrôle des hormones du stress: l'hyperactivité durable de ce système perturbe le métabolisme des cellules nerveuses au point que la production et l'évacuation des neurotransmetteurs sont déséquilibrées. Soit leur concentration est insuffisante, soit la transmission ne fonctionne plus correctement. Mais cette perturbation de la transmission entre les cellules nerveuses se répercute progressivement dans les émotions et les pensées, et conduit à une perte de

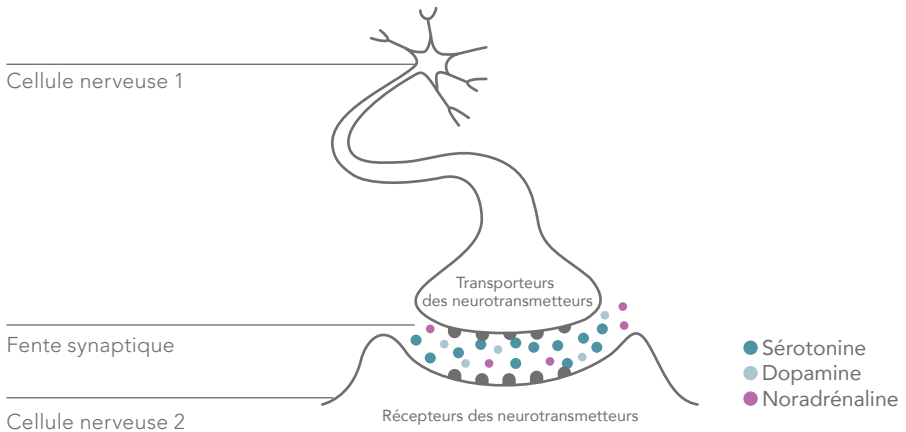
motivation, d'appétit et de sommeil, à des difficultés de concentration et aux autres symptômes de la dépression. Les antidépresseurs, tout comme la psychothérapie d'ailleurs, interviennent à ce stade pour rééquilibrer le métabolisme cérébral et normaliser la régulation des hormones du stress. C'est pourquoi l'association psychothérapie – traitement médicamenteux obtient d'excellents résultats en cas de dépression modérée à sévère.

Comment fonctionne le métabolisme nerveux?

Toutes nos pensées et sensations reposent sur l'activité de nos cellules nerveuses. Lorsqu'une cellule nerveuse est active, l'impulsion électrique est dirigée le long des fibres nerveuses jusqu'à l'extrémité des dendrites et aux zones de contact avec d'autres cellules nerveuses. Ces zones de contact, sortes de fentes entre deux cellules nerveuses, sont nommées des synapses. L'impulsion électrique ne peut pas passer par-dessus la fente synaptique. Elle est donc relayée par des substances chimiques: les neurotransmetteurs. Ces derniers sont produits par la première cellule nerveuse et déversés dans la fente synaptique. Les neurotransmetteurs se fixent alors aux points d'ancrage de la cellule nerveuse suivante, les récepteurs, et déclenchent, par le biais de ces récepteurs, une nouvelle impulsion électrique ou d'autres modifications à la prochaine cellule nerveuse. C'est ainsi que la transmission se poursuit. Les substances-clés dans l'apparition de la dépression sont, entre autres, la sérotonine, la noradrénaline et la dopamine (voir illustration 5, page 36).

L'activité accrue du système hormonal du stress conduit à un déséquilibre au niveau du métabolisme nerveux. La quantité de neurotransmetteurs disponibles dans les fentes synaptiques est insuffisante, d'où une perturbation dans la transmission de l'information entre les cellules nerveuses.

ÉTAT NORMAL



DÉPRESSION

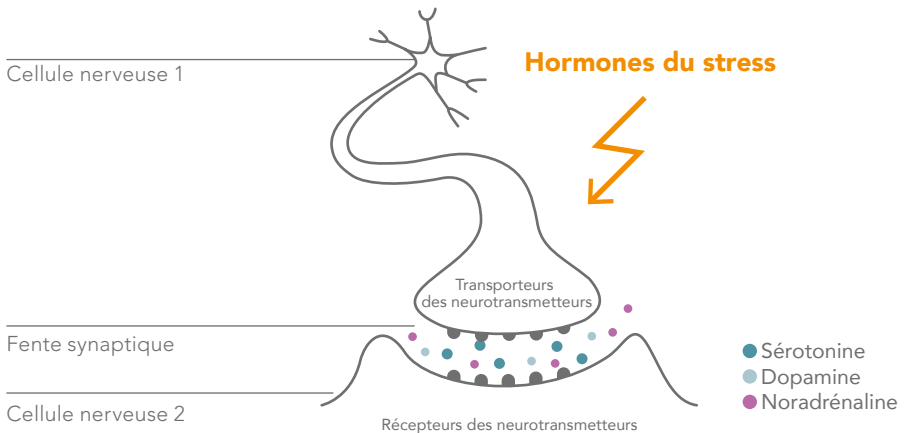
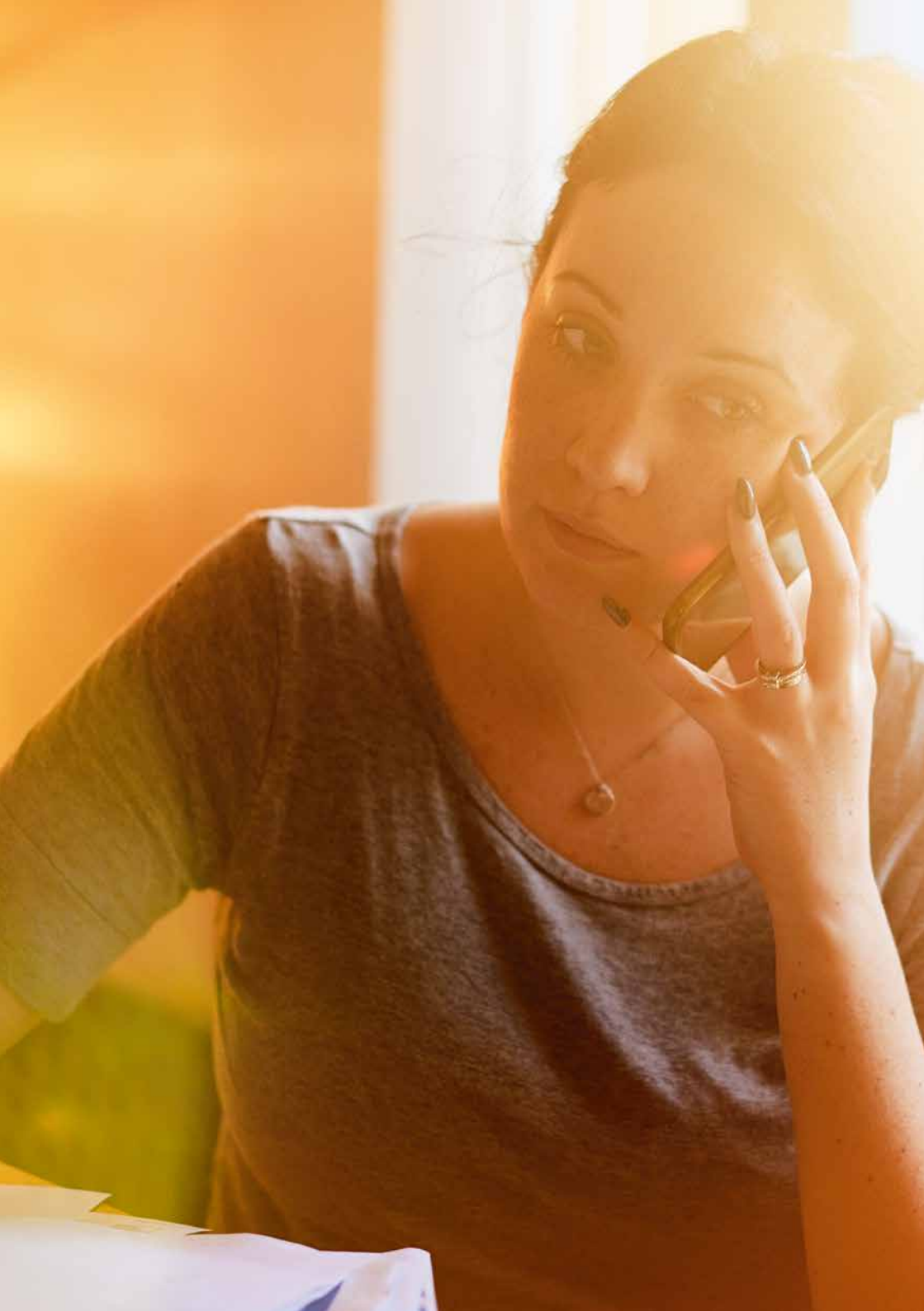


Illustration 5: La dépression peut avoir des causes aussi bien physiques et biologiques que psychiques et psychosociales, et être traitée sur ces différents plans. Qu'elles soient d'ordre génétique ou dues à des facteurs externes (par ex. contraintes professionnelles et familiales), ces causes peuvent conduire à un stress chronique et à une hyperactivité pathologique du système hormonal du stress. Cette hyperactivité a pour conséquence une perturbation du métabolisme des cellules nerveuses.



Stress, cerveau et psychisme – un exemple

Notre cerveau est capable de fabriquer de nouvelles cellules nerveuses, parfaitement fonctionnelles, jusqu'à un âge avancé (voir illustration 6, page 39). Ce processus de création de nouvelles cellules neuronales (neurogenèse) joue probablement un rôle majeur dans l'apparition de certaines maladies psychiques, surtout s'il est défaillant. Le stress chronique contribue en grande partie à réduire, voire à stopper la production de nouvelles cellules dans des zones cérébrales-clés. Or, curieusement, il s'agit des zones responsables de la régulation de nos émotions, appelées «système limbique». On peut dès lors aisément imaginer que la dépression due au stress conduit, au moins partiellement, à une baisse de la neurogenèse, ce qui nous ramène aux symptômes classiques tels que troubles de la concentration et de la mémoire, sentiment de vide et humeur sombre. L'hippocampe, une zone très importante du système limbique, rétrécit en cas de dépression chronique. Son rôle étant déterminant dans les fonctions de mémorisation, cela explique pourquoi une dépression chronique insuffisamment traitée augmente le risque de survenue ultérieure de la maladie d'Alzheimer. En revanche, si la dépression est traitée, l'hippocampe reprend sa taille et sa fonction d'origine.

Heureusement, nous savons, grâce à la recherche, que la fabrication de nouvelles cellules nerveuses peut être stimulée de différentes manières par voie thérapeutique, et ce jusqu'à un âge avancé:

- Sport d'endurance modéré (par ex. jogging, natation, vélo, marche nordique)
- Activité intellectuelle (par ex. psychothérapie, nouveaux apprentissages)
- Diminution du stress (par ex. techniques de gestion du stress, biofeedback, voir page 61)
- Antidépresseurs: tous les antidépresseurs modernes stimulent la neurogenèse de deux façons: d'une part, en normalisant l'hyperactivité des hormones du stress et, d'autre part, en stimulant directement les cellules nerveuses.

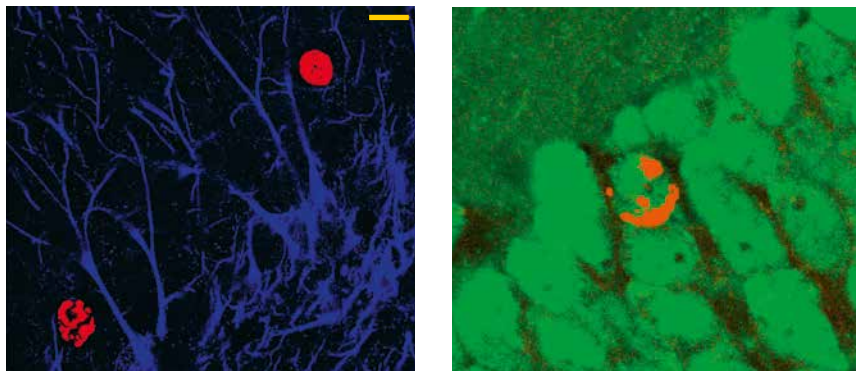


Illustration 6: Un microscope à fort grossissement permet de voir en rouge-orange les nouvelles cellules nerveuses dans la région de l'hippocampe (système limbique). Le trait jaune mesure 10 μm (1 μm = 1/1'000 mm).

La faute aux gènes?

On sait depuis longtemps que la dépression touche plus souvent les personnes apparentées à des patients dépressifs. Il existe donc une prédisposition génétique qui accroît le risque de maladie. Ce risque augmente selon le degré de parenté: fratrie et enfants (du premier degré) présentent 10 à 20% de risque d'être malades. Cela signifie aussi que la probabilité de rester en bonne santé est très élevée (80 à 90%). Ce n'est pas la maladie elle-même qui est transmise, mais le risque accru de réagir au surmenage par une dépression. Cette augmentation du risque est probablement due à une prédisposition à répondre à un stress constant par un dysfonctionnement du système hormonal du stress et du métabolisme nerveux.

Prendre conscience de ce terrain peut servir à activer des mesures préventives avant qu'il ne soit trop tard, comme mieux gérer son stress, prévoir des temps de repos ou recourir à une aide thérapeutique dans les situations difficiles.

Nous savons aujourd'hui que d'infimes modifications du patrimoine génétique (ADN) sont responsables des différences de prédisposition face à la dépression. À la différence des maladies génétiques classiques, il ne s'agit pas là d'une défaillance grave. Le modèle génétique présente uniquement de petites lacunes qui, dans un premier temps, ne conduisent qu'à des limitations fonctionnelles et, peuvent, bien plus tard, mener à la dépression. Les gènes se présentent sous différentes variantes d'une personne à l'autre, variantes qui fonctionnent plus ou moins bien, mais ne se distinguent du patrimoine génétique que par des différences minimales. L'ensemble du patrimoine génétique (le «mode d'emploi» du corps) se compose d'environ trois milliards d'éléments. Ce que les scientifiques appellent le «polymorphisme d'un seul nucléotide» est la variation d'un seul élément dans un seul gène. Ces infimes variations génétiques sont également responsables de différences visibles comme la couleur des yeux, des cheveux ou la stature. Lorsqu'une certaine variante est liée à un terrain pathologique favorable, on parle alors de gène de susceptibilité. C'est ainsi que la prédisposition à la maladie d'Alzheimer est également déterminée par une certaine variante génétique.

Dans le cas de la dépression, nous ne connaissons que quelques-unes de ces modifications génétiques minimales qui augmentent la prédisposition. Elles se trouvent notamment dans les gènes responsables de l'activité des hormones du stress. Il faut savoir que les personnes vulnérables ne tombent malades que lorsque leur système est débordé, ce qui est d'autant plus probable que les conditions extérieures sont défavorables: enfance, structure familiale, éducation, situation professionnelle, événements douloureux ou mode de vie malsain. De telles connaissances ouvrent donc de meilleures possibilités de prévention. On ne peut cependant pas encore analyser et déterminer précisément le risque génétique de chacun en raison de la multitude de gènes impliqués.

Le risque n'est toutefois pas nécessairement inscrit dans le patrimoine génétique, l'ADN. L'épigénétique y joue aussi un rôle. Ce terme correspond à un niveau de régulation supérieur aux gènes. C'est ainsi que des changements dans l'ADN – tels que de petits appendices chimiques – déterminent si un gène donné est actif, donc souvent exprimé, ou s'il est «muet». Comme nous le savons désormais, les facteurs externes (comme le stress durant la petite enfance) peuvent conduire à de telles modifications épigénétiques.

Qu'est-ce que la médecine personnalisée?

Les causes de la dépression sont diverses et toutes les dépressions ne se ressemblent pas, ce qui n'est pas assez pris en compte à l'heure actuelle. Au contraire, le diagnostic peut cacher un large éventail de symptômes physiques et psychiques, ainsi qu'une multitude d'origines et d'évolutions de la maladie.

Les conclusions neurobiologiques peuvent aider à définir différents groupes de patients et ouvrir la voie à une médecine personnalisée. La médecine personnalisée signifie que la personnalité et les caractéristiques physiques d'un individu sont utilisées pour optimiser le traitement qui peut ainsi être adapté au malade. La dépression peut avoir de nombreuses causes sous-jacentes, ce qui rend d'autant plus complexes les facteurs de succès d'un traitement antidépresseur. À la lumière des connaissances actuelles, nous nous sommes rapprochés de notre but qui consiste à adapter le traitement antidépresseur à chaque patient dans le cadre de la médecine dite personnalisée. De nombreuses informations sont utiles pour définir le profil unique de nos patients et la thérapie ciblée qui en découle. Les traitements superflus, parce qu'inefficaces, peuvent être évités et les effets indésirables minimisés. Cela signifie plus de sécurité pour les patients et un traitement plus efficace.

Un exemple: Un médicament est souvent prescrit pendant un laps de temps prolongé avant même de savoir s'il bénéficie ou non au patient. Tous les médicaments subissent plusieurs étapes de transformation dans le corps avant d'atteindre le cerveau et d'y déployer leur effet thérapeutique. La première étape de transformation se déroule au niveau du foie. La fonction rénale joue un rôle-clé dans le drainage des médicaments hors du corps. La vitesse et l'amplitude de ces processus d'élimination varient d'un patient à l'autre; c'est pourquoi nous déterminons, grâce au Suivi Thérapeutique Pharmacologique (STP), la concentration individuelle de chaque médicament dans le sang et sommes ainsi en mesure d'ajuster la posologie à la vitesse de traitement et d'élimination de chaque patient. Des déterminations génétiques plus approfondies de différentes enzymes hépatiques (appelées protéines CYP) indiquent la vitesse de dégradation de certains médicaments et les interactions possibles entre différents médicaments propres à chaque patient; elles peuvent donc aider à établir une posologie efficace.

Le gène ABCB1 affecte les propriétés d'une molécule «gardienne» de la barrière hémato-encéphalique, laquelle empêche certains antidépresseurs d'atteindre leur cible thérapeutique: le cerveau. Cette barrière sert essentiellement à protéger le cerveau des micro-organismes et des toxines qui se trouvent dans le sang. Cependant, certaines variantes ABCB1 remplissent mieux cette fonction de gardienne que d'autres. C'est justement cette protection optimisée qui peut être préjudiciable. Lorsque les antidépresseurs ne parviennent même pas à franchir la barrière hémato-encéphalique, les médicaments avalés ou injectés n'ont aucune chance d'arriver jusqu'à leur site d'action; ils sont donc totalement inutiles pour le malade.

Grâce aux travaux sur le mode d'action du gène ABCB1, nous sommes de plus en plus à même d'émettre des recommandations de traitement personnalisé sur la base des variantes ABCB1 du patient, associées à d'autres caractéristiques de la maladie. Ainsi, l'on est sûr que le médicament prescrit est au moins en mesure d'agir.

Les informations données ici à titre d'exemple permettent aux établissements spécialisés d'optimiser leur stratégie thérapeutique médicamenteuse en offrant un maximum d'efficacité avec un minimum d'effets secondaires.



COMMENT SOIGNE-T-ON LA DÉPRESSION?

Le point sur le traitement de la dépression due au stress: pourquoi autant d'échecs?

De nos jours, la dépression peut être guérie, à condition d'être traitée de manière appropriée. Bien souvent, un traitement efficace et bien toléré n'est pas suivi, car la dépression n'a pas été dépistée ou sa sévérité a été sous-estimée. Plusieurs raisons à cela:

- Les personnes souffrant de dépression jugent à tort leur maladie comme un échec personnel et n'osent pas consulter leur médecin. Bon nombre de malades sont aussi trop désespérés et trop affaiblis pour pouvoir chercher de l'aide.
- La plupart des personnes dépressives sont suivies par leur médecin de famille. Ce dernier a bien souvent du mal à diagnostiquer une dépression, les patients plaçant leurs douleurs physiques au premier plan. Ainsi, la dépression sous-jacente n'est pas dépistée chez plus de la moitié des patients.
- Même lorsque le diagnostic est posé, moins de la moitié des patients prend un traitement antidépresseur systématique, soit parce que le traitement prescrit n'est pas efficace, soit parce qu'il n'est pas suivi (antidépresseurs, par ex.) ou qu'il est abandonné par peur ou manque d'informations, ou encore parce que la psychothérapie proposée est refusée.
- Un succès mitigé est parfois dû à un trop faible dosage d'antidépresseurs ou à l'absence d'une psychothérapie éprouvée conjointement au traitement médicamenteux. Il peut aussi s'expliquer en cas de dépression particulière (par ex. atypique ou psychotique) exigeant des connaissances médicales poussées. Enfin, il peut arriver que la barrière hémato-encéphalique d'un patient soit très active et que le médicament prescrit ne parvienne pas à la franchir pour atteindre le site dans lequel il doit déployer ses effets: le cerveau.
- Dans la plupart des cas, le traitement n'est pas suivi assez longtemps. La moyenne habituelle est de trois à quatre mois maximum, une durée nettement inférieure à celle des six à neuf mois préconisée par toutes les directives internationales. Un traitement antidépresseur doit être pris jusqu'à la disparition totale des symptômes. Ces symptômes comprennent également les troubles cognitifs (troubles de

la pensée et de la gestion de l'information), fréquemment négligés, en particulier l'attention, la concentration, la mémoire et les fonctions exécutives, c.-à-d. la planification et l'exécution d'actions ou de fonctions pouvant être affectées par une dépression, mais trop souvent ignorées.

La dépression de la personne âgée, souvent non diagnostiquée ou insuffisamment traitée, illustre bien l'importance d'un traitement au long cours. En effet, avec l'âge, il n'est pas rare que la maladie dépressive s'accompagne de troubles marqués de la pensée et du traitement de l'information, ce qui augmente le risque d'évolution sévère. De nombreux travaux ont mis en évidence le fait que la présence continue de symptômes cognitifs, tels que des oublis fréquents ou des difficultés de concentration, s'accompagne, à long terme, d'une évolution négative. Chez les patients âgés, il pourrait même s'agir d'un facteur de risque de démence.

Nouveaux concepts dans le traitement de la dépression due au stress: traitement d'entretien et traitement au long cours

Les patients qui présentent des symptômes rémanents, tous âges confondus, ont 80% de risque de faire une rechute. Les symptômes rémanents ou la diminution des performances intellectuelles deviennent eux-mêmes facteurs de stress et déclenchent de nouveaux épisodes dépressifs.

L'objectif thérapeutique repose donc sur un traitement de la dépression au long cours menant à une guérison complète, incluant le suivi du patient pendant au moins six mois après la disparition des symptômes dépressifs. Pendant cette phase importante où commence le traitement d'entretien, les antidépresseurs ne doivent en aucun cas être arrêtés ou diminués et il peut s'avérer judicieux de poursuivre la psychothérapie. La guérison ne peut être établie qu'en l'absence de tout symptôme au-delà de six mois (voir illustration 7, page 46).

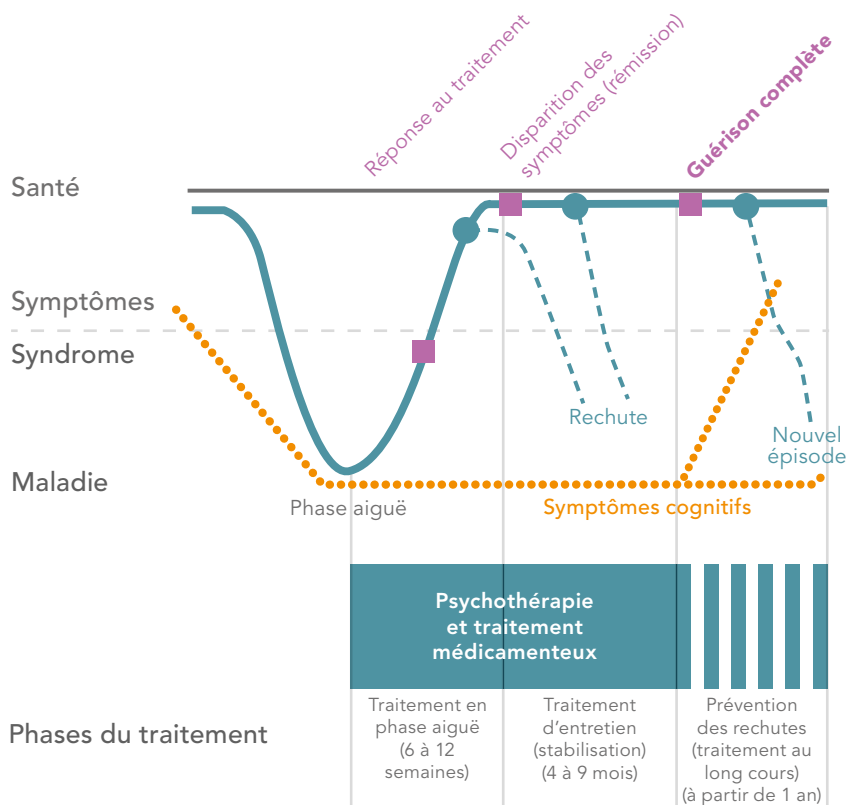


Illustration 7: Les différentes phases d'un traitement réussi, qui prévient les rechutes.



Les trois phases d'un traitement efficace de la dépression

Traitement en phase aiguë:

Améliore les symptômes et les fait disparaître.

Durée: plusieurs semaines.

Traitement d'entretien:

Prévient les rechutes grâce à une stabilisation des phases asymptomatiques. La guérison complète ne peut être établie qu'en l'absence de tout symptôme au-delà de six mois.

Durée: quatre à neuf mois.

A noter: certains symptômes, qui n'étaient pas prépondérants au début, peuvent nécessiter la poursuite du traitement. L'amélioration de certains troubles, tels que le comportement suicidaire ou les problèmes de sommeil, permet souvent de les révéler ou de les dépister. Il s'agit généralement de l'altération des performances intellectuelles comme l'attention, la concentration et la mémoire.

Prévention des rechutes:

Prévient les récives après la guérison complète ainsi que l'apparition de nouveaux épisodes. Durée: une à plusieurs années.

Plus les épisodes dépressifs étaient nombreux et sévères par le passé, plus il convient de suivre le patient au-delà des six mois d'entretien. Le traitement médicamenteux est à l'heure actuelle la thérapie la plus étudiée pour traiter la dépression récurrente au long cours. Le risque de rechute peut être diminué de 50% grâce au traitement d'entretien et/ou au traitement au long cours. Les antidépresseurs et le lithium sont les thérapies les mieux documentées et présentent ainsi le plus haut niveau de preuves scientifiques. Tout comme pendant le traitement d'entretien, la médication qui a mené à la guérison est généralement poursuivie au même dosage pour prévenir les rechutes.

L'instauration d'un traitement préventif de 2 à 3 ans est dans certains cas judicieuse afin d'empêcher une récurrence après la guérison. Ce traitement antidépresseur au long cours est particulièrement indiqué en présence d'au moins trois épisodes dépressifs ou de deux épisodes survenus au cours des cinq dernières années ou encore de deux épisodes associés à un facteur de risque. Parmi ces facteurs de risque, on distingue des cas de maladie dans la famille, une apparition précoce (avant l'âge de 40 ans) ou tardive (après l'âge de 60 ans) de la maladie, un bref intervalle entre les épisodes, une aggravation rapide des premiers épisodes ou encore la présence d'autres maladies.

C'est à chaque patient, en accord avec son spécialiste, qu'incombe la décision de suivre un traitement basé sur des antidépresseurs modernes, présentant peu d'effets secondaires. Ces médicaments ne créent pas de dépendance et sont bien tolérés, ce qui permet de les prendre sans problème pendant des mois voire des années.

À l'arrêt de l'antidépresseur, il convient de procéder lentement, pas à pas. Le métabolisme nerveux doit d'abord se réhabituer à fonctionner sans le soutien d'un médicament. Après une guérison complète, il en est tout à fait capable, mais il a besoin de quelques semaines pour s'y habituer.

Concept thérapeutique

Pour les patients nécessitant une psychothérapie stationnaire intensive, tout traitement scientifiquement fondé doit être global.

Différentes approches psychothérapeutiques telles que la psychothérapie cognitivo-comportementale, la thérapie psychodynamique et la thérapie verbale sont choisies ou combinées en fonction des besoins personnels du patient.

**«Ce sont les pensées d'un homme
qui déterminent sa vie.»**

Marc Aurèle, empereur romain et philosophe, 121–180

Outre la médication, différentes thérapies individuelles ou de groupe sont appliquées, de même que, suivant les symptômes, des thérapies corporelles et/ou créatives, des techniques de relaxation et des exercices de gestion du stress (biofeedback, relaxation progressive de Jacobson, yoga, qi-gong, tai-chi – voir page 60) selon des schémas à géométrie variable. Il va de soi qu'un problème personnel ne peut être résolu qu'en concertation avec le patient et s'inscrit dans le cadre d'un plan global de traitement.

Psychothérapie

Le traitement efficace de la dépression doit toujours comprendre une psychothérapie. Il doit être adapté au profil émotionnel du patient, avec pour objectif une gestion différente du stress, un autre regard sur l'estime de soi et sur l'assimilation des événements stressants. La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et la thérapie interpersonnelle (TIP) sont les options psychothérapeutiques les mieux documentées à l'heure actuelle et dont l'efficacité est la mieux établie. Elles réduisent en outre le risque de rechute à long terme et sont utilisées avec succès tant dans le domaine ambulatoire que dans les hôpitaux. Ces thérapies modernes sont centrées sur la recherche de solutions et sur la mobilisation des ressources; autrement dit, elles ne se contentent pas de rechercher les conflits passés et leurs causes, et ne se concentrent pas uniquement sur les lacunes.

Nos pensées, nos émotions et nos actions interagissent sans cesse et se répercutent sur nos fonctions physiques. Une humeur sombre est par exemple accentuée par des pensées négatives (voir illustration 8, page 51). Le repli, qui est bien souvent la conséquence naturelle d'un mal-être, renforce les pensées et les émotions désagréables. Tout cela engendre un stress supplémentaire, renforçant le cercle vicieux dans lequel les personnes dépressives s'enferment régulièrement. La psychothérapie offre des approches visant à rompre ce cercle vicieux. Il est important de pratiquer, avec l'aide d'un thérapeute, des activités qui font du bien au moral, car une personne dépressive n'en est plus capable toute seule. Il est tout aussi important de comprendre comment, dans certaines situations, la dépression déclenche presque automatiquement des sentiments et des pensées désagréables. La pensée dépressive est typiquement unilatérale et négative, elle ne voit qu'à travers des lunettes noires. La psychothérapie aide à enlever lentement ces lunettes.

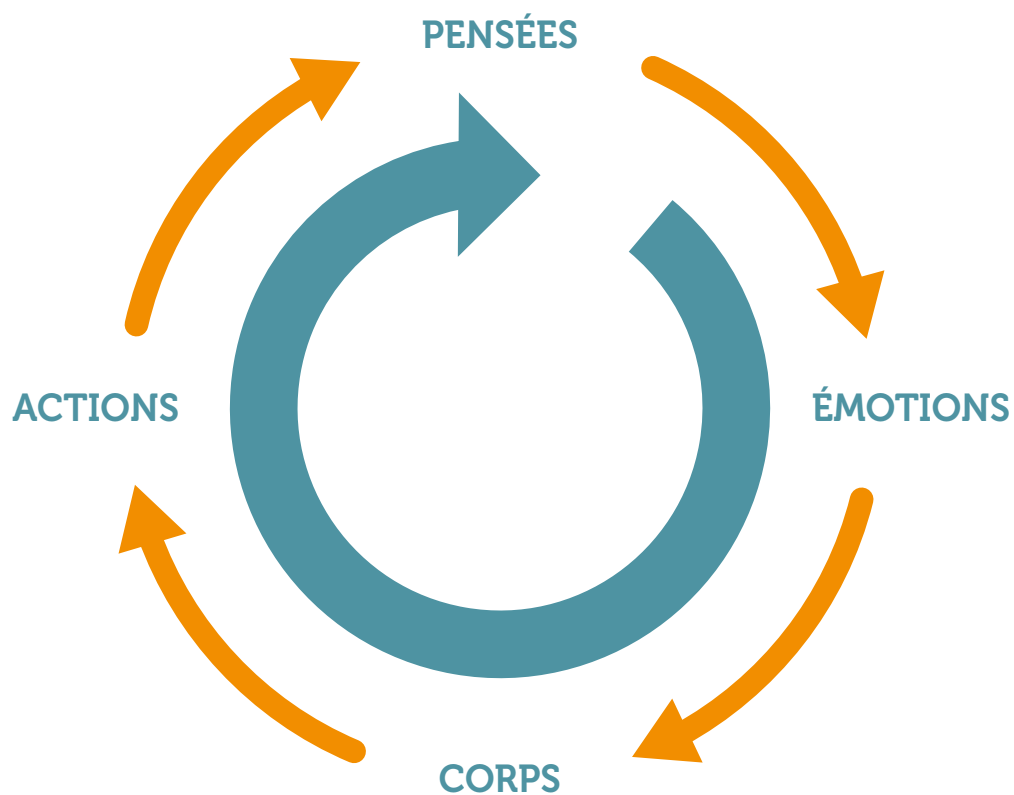


Illustration 8: Nos pensées, nos émotions et nos actions interagissent sans cesse et se répercutent sur nos fonctions physiques (par ex. rythme cardiaque/pouls).

Thérapie cognitivo-comportementale

La thérapie cognitivo-comportementale part du principe que notre pensée détermine nos émotions et notre comportement. On entend par «comportement» non seulement les activités visibles d'un individu, mais aussi ses processus internes tels que ses émotions, ses pensées et ses mécanismes physiques. Chaque individu a acquis, au cours de sa vie, par son expérience personnelle et par mimétisme, des comportements, attitudes et réactions émotionnelles. Cette série de schémas de comportement et de pensée, associée à un surmenage et à un stress chronique, mènent à la dépression.

Pendant la thérapie, les comportements, schémas de pensée et attitudes problématiques sont abordés et analysés de manière concrète. Cette thérapie doit aider la personne dépressive à changer les schémas de comportement, généralement habituels et inconscients, qui entravent son bien-être et permettent à la dépression de persévérer. Le patient dépressif a une image de lui-même particulièrement négative: il se voit plein de lacunes, médiocre, sans valeur et indésirable. Ces pensées l'amènent même à croire qu'il ne possède pas les qualités requises pour être heureux. Il a en outre tendance à se sous-estimer et à se critiquer. Toute expérience est interprétée négativement, par principe. Le patient ne voit que les déceptions et les échecs, et pense que l'avenir ne lui apportera rien de bon. Un changement de la situation actuelle, jugée comme très négative, semble exclu. La thérapie comportementale s'attaque tant aux schémas de pensée négatifs qu'aux comportements. Un changement de comportement, par exemple la reprise d'une activité agréable et d'activités sociales, engendre lentement des émotions positives et de nouvelles expériences. Celles-ci apportent de nouvelles pensées et inversement. L'un des objectifs de la thérapie comportementale repose sur l'acquisition de compétences destinées à nouer et à entretenir des relations sociales ainsi qu'à mieux gérer ses émotions. Un autre objectif consiste à encourager l'assimilation d'événements négatifs du passé ainsi que la gestion actuelle des crises ou des situations difficiles. L'apprentissage de compétences permettant de construire sa vie de façon plus positive et plus satisfaisante, par exemple à l'aide d'exercices destinés à redécouvrir la notion de plaisir ou par la pleine conscience, est également une pierre angulaire du traitement.

Thérapie interpersonnelle (TIP)

La thérapie interpersonnelle est spécialement conçue pour traiter la dépression. Elle part du principe que les relations interpersonnelles exercent une grande influence sur l'apparition d'une dépression et concentre le travail thérapeutique sur les relations ici et maintenant. Selon la TIP, les expériences interpersonnelles et psychiques antérieures se reflètent dans le comportement actuel du patient. Ainsi, des événements pesants (tels que décès d'un proche ou rupture amoureuse), de même que des situations difficiles (harcèlement au travail, chômage, retraite ou disputes quotidiennes avec ses proches) peuvent déclencher des symptômes dépressifs. Chez certains, il faut traiter les problèmes de couple ou familiaux tandis que chez d'autres, il faut faire le travail de deuil ou favoriser le passage à une nouvelle étape de la vie (par ex. lorsque les enfants quittent la maison ou à la retraite).

À l'inverse, la dépression peut causer des problèmes interpersonnels. L'objectif de la thérapie est de soulager les symptômes dépressifs et d'améliorer les relations interpersonnelles dans la vie privée et/ou professionnelle. La thérapie aide à comprendre la maladie et à mettre en évidence le lien, souvent occulté, entre les symptômes de la dépression et les relations interpersonnelles. Le travail cible par exemple l'amélioration de l'approche de communication, le développement de stratégies pour résoudre de nouveaux problèmes ou la gestion de situations de stress relationnel. La thérapie interpersonnelle aide en outre à prévenir les rechutes.

Pleine conscience

La pleine conscience (en anglais, mindfulness) est à l'opposé du multi-tâches pathogène, à savoir la perception claire et sans jugement de ce qui se passe à un instant donné. Les sensations du corps, les pensées, les sentiments, agréables, désagréables ou neutres, doivent simplement être observés et acceptés tels qu'ils sont. Dans la vie trépidante de tous les jours, cette faculté est souvent mise de côté – nous faisons une chose en pensant à une autre.

Cette situation peut, à terme, conduire à un stress chronique. Le réapprentissage de la pleine conscience peut donc être salutaire. Dit simplement, cette thérapie consiste à apprendre, entre autres, à ne faire qu'une seule chose à la fois. De plus, de nombreuses personnes dépressives ont perdu toute sensation physique et n'arrivent plus à savoir si elles sont tendues ou détendues. Là aussi, il est possible d'y travailler et de réapprendre à se détendre rapidement.

Schémathérapie

La schémathérapie (ou thérapie des schémas) est actuellement l'une des procédures thérapeutiques les plus pragmatiques et les plus efficaces en matière de traits de caractère potentiellement pathogènes pouvant contribuer au développement de la dépression. Elle ouvre les méthodes de thérapie cognitivo-comportementale à des éléments de concepts psychodynamiques et à d'autres thérapies éprouvées comme l'analyse transactionnelle, l'hypnothérapie et la Gestalt-thérapie. Le bénéfice sur les malades est considérable et rapide. La schémathérapie part du principe que, dans l'enfance et tout au long de la vie, des schémas, c'est-à-dire des modèles de comportement ont été acquis; ces schémas, qui comprennent des souvenirs, des émotions, des cognitions et des sensations physiques, peuvent influencer un comportement pathogène. Un schéma dit mésadapté fait donc souvent suite à des expériences toxiques vécues pendant l'enfance et fondées sur la violation des besoins humains fondamentaux. C'est le cas des expériences traumatiques ou de la non-satisfaction des besoins essentiels (l'attention ou la protection, par ex. par les proches). Dans certains cas, ce type de comportement peut, en raison de l'importance excessive accordée à la performance, à la précision et à la fiabilité, générer un tel stress qu'il conduit au burn-out. L'identification de ce type de schémas peut exercer une influence favorable sur le comportement pathogène.

Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)

Cette méthode psychothérapeutique a été développée spécifiquement pour traiter la dépression chronique et son efficacité est bien établie. Son processus structuré repose sur des réunions individuelles ou de groupes, au cours desquelles les participants peuvent prendre conscience des pensées et des postulats qui façonnent leur vie. Ces empreintes ont créé des mécanismes de défense psychiques, généralement nécessaires, qui peuvent mener, au fil des ans, à des schémas défavorables de comportement et d'interaction interpersonnelle (la méfiance, par ex.). À l'aide d'analyses de situations, la personne apprend à faire le lien entre, d'une part, son comportement et ses mécanismes de pensée et, d'autre part, les conséquences qui en découlent. Sur cette base, des solutions et des opportunités de changements comportementaux sont recherchées et mises en œuvre.

Autres éléments de psychothérapie

La gestion du stress est un autre pilier important de la psychothérapie. Le stress personnel et les contraintes doivent être identifiés pour pouvoir ensuite agir dessus. Leur extrême hétérogénéité d'une personne à l'autre rend l'encadrement thérapeutique individuel indispensable. La maîtrise du stress contient des éléments actifs et passifs. Le thérapeute aide et conseille le patient dans l'élaboration de son programme personnel (voir page 60).

Dans certains cas, le recours à la thérapie psychanalytique ou à la psychologie des profondeurs peut s'avérer utile. Dans ce type de thérapie, on attache beaucoup d'importance au développement durant l'enfance: la psychanalyse part du principe que les premières années de la vie sont déterminantes, car elles laissent des traces dans le psychisme. La thérapie cherche à dévoiler au patient les conflits cachés ou refoulés et à les analyser.

La thérapie systémique (familiale) cible le groupe (= le système) dans lequel le patient vit. Ce système peut être un couple, une famille, un cercle d'amis ou des collègues. Cette forme de thérapie considère que

le patient n'est en réalité que le «porteur du symptôme» et que l'origine du problème doit être cherchée puis résolue dans l'ensemble du système. Comme pour la thérapie interpersonnelle, l'accent est mis sur le relationnel et les aspects sociaux. Une thérapie systémique peut se faire en groupe, par exemple avec toute la famille.

Traitement médicamenteux

Alors que les formes légères de dépression se soignent très bien à l'aide d'une simple psychothérapie, celle-ci s'accompagne d'antidépresseurs dans les dépressions modérées à sévères. L'importance accordée à la médication avec les antidépresseurs modernes bien tolérés, surtout dans le traitement stationnaire des dépressions sévères, ne signifie aucunement que les autres piliers de la thérapie, comme la psychothérapie et les approches psychosociales ne jouent pas, eux aussi, un rôle important. Tous les médicaments reposent sur le principe découvert par Roland Kuhn, en Suisse, il y a plus de 50 ans: le renforcement des neurotransmetteurs (sérotonine, noradrénaline, dopamine). On a longtemps pensé que les antidépresseurs augmentaient uniquement la concentration de ces neurotransmetteurs (substances messagères). On sait aujourd'hui qu'ils agissent également en normalisant l'activité des hormones du stress.

Le millepertuis (*Hypericum perforatum*), un remède à base de plantes, a prouvé son efficacité dans la dépression légère à modérée. Il agit lui aussi sur les niveaux de sérotonine et de noradrénaline et donc en partie en tant qu'inhibiteur de la recapture de la sérotonine-noradrénaline (IRSNA). Pour éviter un échec thérapeutique, il faut soigneusement choisir la préparation, car les remèdes de phytothérapie diffèrent considérablement en matière de formulation et d'ingrédients. Un traitement phytothérapeutique doit également faire l'objet d'un suivi par un médecin spécialisé en raison du risque potentiel d'interactions avec d'autres médicaments et de l'importance du dosage individuel. Dans les cas de dépression modérée à sévère, trois classes de médicaments sont principalement utilisées: les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine-noradrénaline et enfin les nouvelles substances multimodales qui agissent de manière ciblée

à la fois sur l'inhibition sélective de la recapture et sur l'activité des récepteurs.

Pour ne pas changer inutilement ou trop rapidement de médicament et ainsi perdre un temps précieux, il convient de garder à l'esprit que l'effet antidépresseur n'est généralement ressenti qu'au bout de deux à quatre semaines. Un changement de médication ne doit donc être effectué qu'une fois la dose suffisante administrée et après quatre semaines. En cas d'échec, il faut d'abord envisager d'augmenter le dosage ou de passer à un autre antidépresseur. Une autre possibilité consiste à suivre une «stratégie d'augmentation», c.-à-d. l'ajout d'une substance n'ayant pas de propriétés antidépressives pour renforcer l'effet de l'antidépresseur. À l'heure actuelle, les sels de lithium, un traitement thymorégulateur (=régulateur de l'humeur), sont les plus efficaces. Ces sels présentent également une action «anti-suicide» prouvée, c.-à-d. qu'ils diminuent les idées suicidaires et l'intention de mettre fin à ses jours. Les antipsychotiques modernes, bien tolérés, présentent une autre possibilité d'augmentation. Ces traitements doivent être dans tous les cas prescrits par un spécialiste expérimenté.

Malgré les efforts soutenus de la recherche, nous ne pouvons toujours pas définir avec précision quel sera le meilleur antidépresseur pour un patient donné. Le choix du médicament est déterminé par l'expérience du patient et du médecin traitant ainsi que par ses éventuels effets secondaires (rarement: prise de poids, troubles de la fonction sexuelle, nervosité, etc.), les antécédents thérapeutiques et les troubles qui caractérisent l'épisode dépressif en cours. Lorsque des symptômes tels que troubles du sommeil, agitation, nervosité, angoisse ou tendance suicidaire sont mis au premier plan, le traitement de première intention repose sur un antidépresseur à effet sédatif (calmant), éventuellement associé à une benzodiazépine. En cas de troubles du sommeil, un antidépresseur sera plus indiqué qu'un somnifère classique, car il aidera à normaliser la structure du sommeil, perturbée par la dépression, (voir page 17) et apportera ainsi un sommeil réparateur.

Les antidépresseurs n'augmentent pas le risque de suicide. Dans certains cas, la pharmacothérapie peut toutefois aggraver les pensées et les actes suicidaires en début de traitement, car le médicament n'a pas encore déployé son effet antidépresseur et la stimulation du métabolisme ner-



Mythes autour des antidépresseurs

Les antidépresseurs utilisés de nos jours entraînent très peu d'effets secondaires. La survenue d'effets secondaires en début de traitement n'est pas à exclure, mais ces effets disparaissent ensuite.

Les antidépresseurs ne créent pas de dépendance et n'altèrent pas la personnalité. Ce ne sont ni des stimulants ni des calmants. L'objectif du traitement médicamenteux n'est en aucun cas de dissimuler les problèmes, au contraire. Les médicaments, grâce au soulagement qu'ils procurent, servent bien souvent de base à une psychothérapie. Utilisés convenablement, les antidépresseurs constituent un soutien ou une béquille, qui aident à remobiliser les capacités d'autoguérison grâce à la normalisation du métabolisme nerveux. Ils aident les malades à se prendre en charge.

veux peut engendrer une nervosité et une agitation. On comprend dès lors l'importance de la rigueur dans le suivi du traitement médicamenteux et dans l'encadrement du patient, ainsi que la nécessité de prendre en considération la prescription éventuelle d'une benzodiazépine à court terme. De tels effets secondaires peuvent bien souvent être atténués ou éliminés grâce à des remèdes phytothérapeutiques, tels que la passiflore, la valériane, la pétasite ou la mélisse.

La preuve irréfutable de l'efficacité des antidépresseurs, prescrits correctement et au bon dosage, dans la dépression modérée à sévère, de même que le fait que la plupart des tentatives de suicide et des suicides sont à mettre sur le compte d'un traitement insuffisant soulignent la nécessité d'un traitement rigoureux.

Les antidépresseurs pendant la grossesse

Tout comme les autres médicaments, la prise d'antidépresseurs pendant la grossesse peut majorer, dans des cas isolés, le risque de malformation pour l'enfant. C'est pourquoi la prise de médicaments doit être évitée autant que possible pendant la grossesse. Il convient toutefois de bien peser le pour et le contre entre un infime risque tératogène et celui d'un épisode dépressif. L'épisode en soi peut présenter un grand risque pour l'enfant à naître. On sait que le risque de rechute est trois fois plus élevé lorsqu'un traitement antidépresseur est interrompu pendant la grossesse.

Il est donc judicieux d'aborder en amont et avec confiance son désir d'enfant avec le médecin traitant pour pouvoir planifier et suivre attentivement la grossesse. Lors d'un entretien approfondi, la procédure est discutée en détail. À l'heure actuelle, il existe des antidépresseurs présentant un risque infime si leur prise est maîtrisée.

Techniques de relaxation

Techniques thérapeutiques de gestion du stress

*(en complément d'une psychothérapie
et d'un traitement médicamenteux)*

- *exercices de gestion du stress/
management du stress*
- *training autogène*
- *relaxation musculaire progressive*
- *biofeedback*
- *tai-chi*
- *qi-gong*
- *thérapie craniosacrale*
- *massage*
- *réflexologie plantaire*
- *hydrothérapie (par ex. thérapie Kneipp)*
- *aromathérapie*
- *acupuncture*

Illustration 9: Sélection de techniques établies de gestion active ou passive du stress.

Biofeedback

Les nombreuses interactions entre le psychisme et le corps sont aujourd'hui de plus en plus étudiées. Le biofeedback montre parfaitement la relation complexe entretenue par le corps et le psychisme: chaque humeur, chaque pensée, chaque contact humain et chaque activité engendre dans notre corps une réaction des cellules nerveuses et ainsi une modification des énergies. Beaucoup de patients ressentent très vivement ces réactions végétatives (par exemple les battements du cœur/le pouls, la tension musculaire, la respiration, la résistance de la peau), tandis que, pour d'autres, ces sensations ont disparu. Le biofeedback permet de mettre en évidence et de ressentir ces réactions. Une aide thérapeutique aide à reconnaître ces réactions physiques, à les comprendre, à les harmoniser et à les influencer favorablement. Le biofeedback apprend à minimiser les tensions aussi bien physiques que psychiques (stress) et favorise un état plus calme et plus serein.

Relaxation musculaire progressive selon Jacobson

Les exercices de relaxation sont particulièrement appropriés pour les personnes sous tension permanente. Le Docteur E. Jacobson avait observé en 1928 que les tensions musculaires étaient très souvent liées à des inquiétudes, à des angoisses et à une tension psychique. L'interaction entre la sensibilité psychique et la tension, resp. la relaxation musculaire, peut donc être utilisée à des fins thérapeutiques. La relaxation musculaire progressive selon Jacobson est l'une des méthodes les plus réputées en la matière. Elle est facile à apprendre et à pratiquer au quotidien. Différents groupes musculaires sont tout d'abord volontairement contractés (pendant 5 à 10 secondes) puis de nouveau relâchés (pendant 20 à 30 secondes). L'attention se porte alors sur la différence entre tension et relaxation. Un entraînement régulier permet d'atteindre de plus en plus vite un état de détente agréable. La sensation de calme est alors communiquée aux centres de régulation des hormones du stress et aide à apaiser le système devenu hyperactif.



Le plan de traitement avec les différents éléments qui le composent est propre à chacun. Il doit être élaboré en concertation avec le patient et sans cesse adapté à ses besoins.

Traitements complémentaires non médicamenteux éprouvés

La privation de sommeil et la luminothérapie sont des traitements qui ont fait leurs preuves, que ce soit en complément d'une thérapie médicamenteuse ou en alternative à cette dernière pour les formes de dépression plus légères.

Pour les formes plus sévères, certains experts ont utilisé avec succès de nouvelles méthodes telles que la stimulation du nerf vague (SNV) ou la stimulation magnétique transcrânienne (SMT) dans des centres spécialisés.

Le traitement peut également s'accompagner de techniques utiles, issues de la médecine complémentaire, resp. de la naturopathie, comme la phytothérapie, l'hydrothérapie (utilisation de l'eau, thérapie de Kneipp), la médecine chinoise traditionnelle (acupuncture, qi-gong), les massages ou encore l'aromathérapie. Le traitement moderne de la dépression incarne une psychiatrie innovante, holistique et basée sur des preuves, c'est-à-dire fondée sur les résultats de la recherche. Il montre bien que les maladies peuvent être guéries en misant sur une approche de santé globale, qui privilégie les capacités d'autoguérison.

Privation de sommeil

La privation de sommeil est bonne pour le moral. À première vue, cela surprend puisque beaucoup de patients dépressifs souffrent de troubles du sommeil. Cependant, la privation de sommeil, en général partielle, s'est avérée très efficace dans le traitement de la dépression. Le coucher s'effectue à heure normale et le réveil a lieu vers une heure du matin. Il est important de ne pas se rendormir, ne serait-ce que quelques instants, pendant toute la durée de la thérapie et le jour qui suit, au risque d'annuler tout l'effet bénéfique du traitement sur le moral. En général, cette thérapie est pratiquée en groupe avec un encadrement médical, car elle est difficile à suivre tout seul.

Luminothérapie

Cette thérapie pratiquement sans effets secondaires s'est révélée très efficace, non seulement dans la dépression hivernale, mais aussi dans les autres formes de dépression. Elle consiste à s'exposer à une source de lumière (2'500 à 10'000 lux), tous les matins, durant 30 à 60 minutes. Il est possible de lire pendant ce temps. En règle générale, plus la luminothérapie est effectuée tôt le matin, meilleurs sont les résultats. En cas de dépression récurrente en automne et en hiver, ce traitement peut être appliqué en prévention.

Électroconvulsivothérapie (ECT)

L'ECT est indiquée dans le traitement des dépressions graves; c'est l'une des méthodes antidépessives les plus efficaces. Le principe thérapeutique repose sur une convulsion cérébrale déclenchée en douceur après une brève narcose (sommeil provoqué artificiellement par des agents médicamenteux) et une détente musculaire. Pendant l'intervention, qui dure près d'une minute, le patient est mis sous surveillance anesthésiologique. Cette méthode s'avère particulièrement intéressante dans la mesure où elle présente peu d'effets secondaires et peut être employée avec succès là où d'autres traitements ont échoué, respectivement en cas de dépression sévère ou chronique.



Douze règles de base pendant le traitement d'une dépression

- 1** **Faites preuve de patience.** La dépression s'installe généralement lentement et disparaît aussi progressivement, même avec un traitement. La thérapie nécessite du temps, mais cela en vaut la peine!
- 2** **Si vous avez besoin de médicaments, respectez scrupuleusement les prescriptions du médecin.** Soyez patient, les effets sont rarement immédiats.
- 3** **Les antidépresseurs ne rendent pas dépendants** et ne modifient pas la personnalité.
- 4** **Il est important de communiquer à votre médecin, ouvertement et en toute confiance, tout changement de votre état,** ainsi que les soucis, les craintes et les doutes que vous pourriez avoir dans le cadre du traitement.
- 5** **Signalez immédiatement tout effet secondaire désagréable.** Les effets secondaires observés sont généralement bénins et apparaissent surtout en début de traitement.
- 6** **N'arrêtez pas les médicaments, même si vous vous sentez mieux.** L'arrêt du traitement doit être soigneusement préparé.
- 7** **Planifiez avec précision chacune de vos journées la veille au soir** (avec un planning horaire, par ex.). Prévoyez aussi des activités agréables.
- 8** **Fixez-vous de petits objectifs réalisables.** Votre médecin ou votre thérapeute peut vous y aider.
- 9** **Tenez tous les jours un journal de vos humeurs.** Votre médecin ou votre thérapeute peut vous montrer comment faire et discuter régulièrement avec vous de son contenu.

10 Une fois réveillé, levez-vous rapidement, ne restez pas au lit. **Lorsqu'on est dépressif, rester allongé ouvre la porte aux idées noires.** Ce conseil n'est pas toujours facile à suivre. Si vous êtes dans ce cas, élaborer avec votre thérapeute des stratégies pour y arriver.

11 **Bougez:** L'activité physique est un précieux antidépresseur et favorise la neurogenèse.

12 Une fois que vous allez mieux, **voyez avec votre médecin ou votre thérapeute comment diminuer les risques de rechute.** Distinguez les signes avant-coureurs et établissez un plan de crise.



AIDE COMPLÉMENTAIRE

Signes avant-coureurs éventuels

- Tension
- Agitation
- Légère irritabilité
- Impatience
- Troubles du sommeil
- Difficultés à se lever le matin
- Grande fatigue, épuisement, sentiment de surmenage et de stress
- Perte d'appétit ou appétit anormal
- Sensibilité au bruit
- Pression au niveau de la poitrine, de la tête
- Mal-être physique général, maux de tête
- Pertes de mémoire
- Difficultés de concentration
- Apparence physique et soins corporels négligés
- Difficultés à prendre des décisions dans la vie quotidienne
- Baisse de performance au travail
- Repli sur soi
- Niveau d'activité en baisse
- Pas d'envies
- Moins de joie de vivre
- Angoisses
- Sentiment de vide intérieur, d'insensibilité
- Idées noires, obsessions
- Soucis quant à l'avenir
- Doutes et manque de confiance en soi
- Mal de vivre, pensées morbides

Plan de crise personnel

Que faire lorsque je remarque l'apparition de signes avant-coureurs d'une rechute?

1. Prendre au sérieux les signes avant-coureurs.

Mes signes avant-coureurs personnels:

2. Signaler ces signes de dépression à une personne de confiance.

Nom de la personne de confiance:

3. Les surmonter, y faire face.

Ce qui peut m'aider dans cette situation:

4. Faire appel à un professionnel le plus tôt possible.

Mon médecin de famille (nom et numéro de téléphone):

Mon spécialiste (nom et numéro de téléphone):

Mon psychothérapeute (nom et numéro de téléphone):

Suggestions pour les proches et amis

- Informez-vous en détail sur la maladie. C'est généralement possible dans le cadre d'un rendez-vous commun chez le médecin traitant ou le psychothérapeute. Les enfants doivent également être impliqués, dans la mesure du possible. Même les enfants en bas âge peuvent comprendre que le changement de comportement d'un parent, source d'anxiété potentielle, est dû à une maladie qui doit être traitée.
- Les idées ou intentions suicidaires constituent une urgence absolue. Faites immédiatement appel à un service d'urgence médicale. Il est impératif de parler ouvertement des risques de suicide avec une personne dépressive.
- Invitez la personne dépressive à faire preuve de patience. La dépression se traite et peut être guérie, mais il lui faut du temps pour régresser. Encouragez-la à suivre son traitement et à prendre régulièrement ses médicaments. Si nécessaire, prenez des initiatives et fixez les rendez-vous chez le médecin à sa place. Incitez-la à entreprendre de petites activités. En cas de doute, parlez-en avec le médecin traitant ou avec le psychothérapeute.
- Une personne dépressive a souvent du mal à entamer ou à mener à bien une activité. Le simple fait de se lever, de faire sa toilette et de s'habiller ou encore d'effectuer de simples tâches ménagères peut lui paraître insurmontable. Les proches et les amis peuvent l'aider en l'encourageant en douceur à suivre un planning quotidien détaillé.
- Du fait de leur maladie, les patients dépressifs éprouvent de grandes difficultés à prendre des décisions. Il ne faut donc pas les contraindre à prendre des décisions importantes qu'ils regretteront une fois guéris. N'oubliez pas que les personnes dépressives ont tendance à tout voir en noir. La situation est bien souvent vue sous un jour complètement différent au sortir de la dépression.
- Un grand voyage ou un week-end wellness est généralement perçu comme un grand stress et peut même aggraver la maladie. Ce type de projets peut être reconsidéré si l'état du malade s'améliore.

- Il est important d'accepter l'état de la personne malade tel qu'elle le vit et le décrit. Essayez de lui rappeler sans relâche que la dépression est une maladie qui ne dure pas et se traite. Ne considérez pas que les sensations physiques désagréables et l'hypocondrie dont le malade fait preuve sont exagérées ou «imaginaires»: la dépression rend insupportable toute douleur insignifiante ou sensation désagréable.
- La maladie peut subitement faire apparaître chez votre conjoint ou ami du désintérêt, de la distance et un manque d'entrain. Faites preuve de patience pendant cette période éprouvante. Les choses s'arrangeront dès lors que le traitement aura atténué la maladie. Ne vous éloignez pas du proche touché par la maladie, aussi distant qu'il vous paraisse.
- Les sentiments d'impuissance, de tristesse, mais aussi de colère et de rage constituent des réactions normales et fréquentes lorsque l'on partage la vie d'une personne malade. La personne qui porte assistance au malade doit être autant ménagée que le malade lui-même. Si vous êtes l'ami ou le proche d'une personne malade psychologiquement, renseignez-vous sur les difficultés éventuelles de ce rôle. Parlez-en avec des amis ou des personnes vivant la même situation, rejoignez éventuellement un groupe d'entraide. N'hésitez surtout pas, dans ces moments difficiles, à solliciter vous-même de l'aide!
- Lorsque la dépression se dissipe enfin, apportez votre aide pour prévenir la rechute. Incitez votre proche à se présenter aux rendez-vous thérapeutiques ou de contrôle. Si nécessaire, motivez-le à prendre régulièrement ses médicaments pour éviter la réapparition de la maladie. Lorsque leur état s'améliore, les personnes dépressives ont souvent du mal à continuer leur traitement. Vos encouragements sont alors les bienvenus.

LECTURE ET ADRESSES UTILES

Lectures conseillées

J'ai envie de comprendre la dépression. Auteur: S. Soumaille; Éditeur: Médecine & Hygiène; ISBN: 2-880-49143-6

Des troubles anxieux à la dépression. Auteur: A. Pelissolo; Éditeur: Phase 5; ISBN: 9-782-91543956-4

Le miroir de Janus – comprendre et soigner la dépression et la maniaque-dépression. Auteur: S.P. Tawil; Éditeur: Pocket; ISBN: 9-782-26613602-0

Adresses utiles

Groupes d'entraide

Dans un groupe d'entraide, les malades et leurs proches sentent qu'ils ne sont pas seuls. Bon nombre de personnes arrivent plus facilement à parler de la pathologie au sein d'un groupe de malades. Elles y trouvent des informations complémentaires, de la compréhension et un soutien réciproque dans les moments de crise.

Equilibrium (malades et leurs proches)
www.depressionen.ch, tél. 0848 143 144

Fondation suisse pour la cause des malades psychiques
www.promentesana.ch, tél. 0848 800 858

VASK – Association faîtière de familles de malades souffrant de schizophrénie ou de troubles psychiques
www.vask.ch, tél. 061 271 16 40

www.depression.ch

> téléchargement d'un «Journal des humeurs» au format A4

> téléchargement du «Calendrier des épisodes dépressifs» au format A4

Si vous cherchez quelqu'un à qui parler anonymement

La Main Tendue

www.143.ch, tél. 143

Soutien médical

En cas d'urgence: services d'urgences régionaux

Société Suisse des troubles anxieux et dépressifs

www.sgad.ch

Institut Max Planck de psychiatrie: www.psych.mpg.de

