

Immersion en communauté juin 2010

La dépression : une maladie ou une construction sociale ?

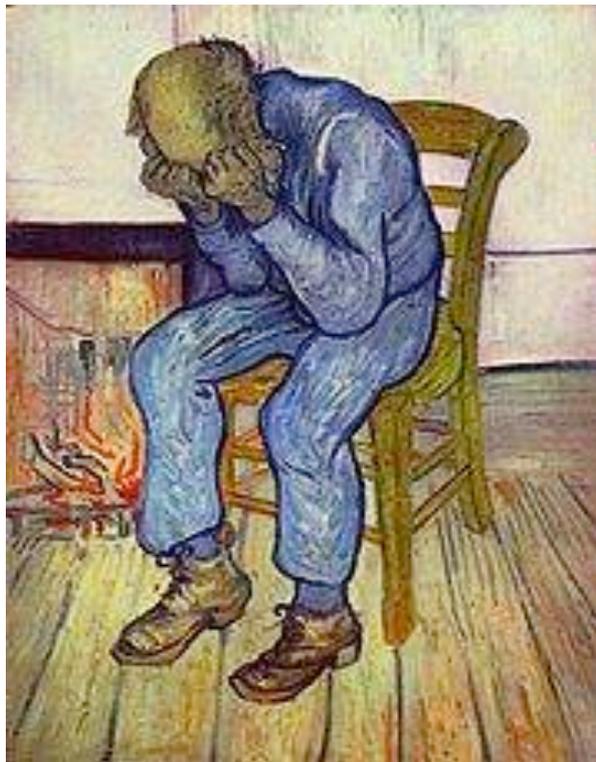


Figure 1. « Vieil homme assis », Vincent Van Gogh

Myriam El BIALI

Choulamite SOUDRY

Tutrice : Dr. Barbara BROERS

Table des matières

Chapitre 1 : Dépression mon amour

- Introduction
- Notre démarche pratique
- Quelques chiffres...

Chapitre 2 : De la difficulté du diagnostic

- Ce que nous dit le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM- IV)
- Dépression...
- ...ou pas dépression ?

Chapitre 3 : Mais ça vient d'où au fond ?

- Les causes de la dépression
- « Des molécules dans le cerveau » : la théorie neurobiologique
- « Dépressif et entraîné à l'être » : la théorie de la construction sociale
- Qu'en dit la rue ?

Chapitre 4 : Consulter un médecin qui n'y peut rien

- Que conseillerez-vous à quelqu'un qui se sent déprimé ?
- Le médecin de premier recours face à la dépression

Chapitre 5 : Mais que fait le canton pour lutter contre la dépression ?

- Le réseau de soin à Genève
- La Psychiatrie de liaison
- Le Centre Ambulatoire de Psychiatrie et Psychothérapie de l'Agé
- L'Association des Troubles Bipolaires et Dépressifs
- L'Alliance contre la dépression

Chapitre 6 : Conclusions et perspectives

Bibliographie

Annexes

Chapitre 1 : Dépression, mon amour

LARME

Oh ! je voudrais pleurer ! pleurer sous la feuillée
Loin des rires humains, loin du chant des oiseaux !
Pleurer...sur qui ? sur ceux dont la vie effeuillée,
Comme une fleur au vent, vola vers les tombeaux ?...

Non : sur moi.-Car c'est moi qui suis le mort, mon ange,
C'est moi dont le cœur froid se revêt d'un linceul !
Moi...qui rêve à l'azur, les deux pieds dans la fange.
J'ai tout perdu, ma pauvre,...-Oh ! je voudrais pleurer !

Stéphane Mallarmé (Entre quatre murs)

Introduction :

Au départ, il y avait un mot : dépression. Un mot qui voltige dans l'air, et qui, parfois, se pose sur le front d'un individu, qui l'habite pour un moment plus ou moins long, parfois pour toute une vie. Un mot qui finit par le définir, par définir ses rapports aux autres, à la société. Un mot qui soulève beaucoup de souffrances et tout autant d'interrogations, étrange mot qui désigne le dégoût de vivre. Un mot terrible, car, dans sa forme la plus grave, l'ombre planante et redoutée du suicide n'est jamais loin.

Un mot auquel il est aujourd'hui pratiquement impossible d'échapper, tant il est présent dans notre société. Qui ne connaît pas quelqu'un qui souffre de ce mal ? Comment ouvrir un journal ou un magazine sans, à un moment ou à un autre, buter sur ce terme, parfois utilisé avec abus, que ce soit pour évoquer ses origines, parler des conseils pour prévenir, des médicaments qui soignent. Les forums sur internet fleurissent, chacun y va de son conseil, de son expérience.

C'est un problème qui prend de la place dans notre univers, et qu'il est difficile d'ignorer. Mais quelle est au fond la nature de ce phénomène ? Une épidémie ? Un effet de mode ? Le résultat inévitable de notre style de vie et du fonctionnement social actuel ?

D'ailleurs, on en viendrait presque à ce demander si ce n'est pas à la mode d'être considéré comme dépressif. Ce pourrait-il qu'on s'accroche à son titre de malade ? Qu'on se mette à aimer cet état pour certains avantages qu'il nous procure ? Dépression mon amour, toi qui permets d'expliquer mon mal-être, qui m'enlèves la responsabilité de mon état, toi qui dissimules mon alcoolisme, car si je bois c'est que je suis si triste ! Et qu'en est-il des gens qui souffrent réellement et souvent en silence ?

Nous voulions tout d'abord parler des différentes approches thérapeutiques qui existent pour prendre en charge la dépression, avant de nous rendre compte qu'il fallait d'abord la définir, savoir de quoi l'on parle.

C'est là que le problème nous est apparu dans toute son ampleur. En effet, la tâche n'est pas aisée, les spécialistes sont rarement d'accord. Et du point de vue que l'on adopte dépendra la prise en charge, le traitement, l'acceptation sociale et familiale.

Nous avons donc décidé d'aborder la complexité et les paradoxes liés au concept de dépression, notamment dans le milieu psychiatrique et la population générale, tout en explorant les différentes structures de prise en charge, le réseau de soins ainsi que le nouveau projet cantonal: Alliance contre la dépression.

Nous nous sommes demandées comment on diagnostique une dépression, comment on l'explique, quelle est la place du médecin généraliste dans la prise en charge, comment les gens de la rue la perçoivent.

Nous n'avons nullement la prétention d'apporter une réponse à toutes ces questions, mais simplement nous espérons que l'exploration de quelques pistes permettra peut-être une meilleure compréhension du problème et un premier pas vers une amélioration.

Notre démarche pratique

Elle s'articule en deux temps, d'une part nous avons mis au point un questionnaire soumis aux étudiants en médecine de première et de deuxième année et à des personnes choisies au hasard parmi la population genevoise, d'autre part nous avons effectué une série de rencontres et de visites en institutions et auprès de médecins installés en privé, ceci complété évidemment par des lectures de publications scientifiques, mais aussi littéraires, sur le sujet.

Le questionnaire (Annexe 1) :

Nous l'avons créé dans le but d'explorer les croyances et les connaissances de la population sur la dépression, de voir quelle image elle a de ce trouble, de sa fréquence, et de tous les concepts qui y sont associés, comme les symptômes, les causes et les traitements. Puis nous nous sommes dit qu'il serait intéressant de soumettre le même questionnaire à des étudiants en médecine et des comparer les résultats, pour voir si la formation de ces derniers fait qu'ils sont mieux informés ou simplement qu'ils ont d'autres croyances.

Dans un premier temps, nous avons réalisé un questionnaire à choix multiples (peut-être un vieux réflexe d'étudiants formatés à ne passer que ce genre d'examen...), avant de nous rendre compte, grâce à l'intervention de notre indispensable tutrice, qu'il serait sans doute plus riche de laisser les questions ouvertes. Ce que nous avons adopté d'emblée pour la plupart des questions.

Nous avons envoyé par mail 600 questionnaires aux étudiants de première et deuxième année, mais nous n'avons obtenu que 23 réponses, nous n'avons alors interrogé que 23 passants genevois, que nous sommes allés cueillir au bord du lac, au parc des Bastions, et à la sortie d'un collège, pour faciliter la comparaison des résultats.

Les rencontres :

Grâce à la doctoresse Canuto, Médecin chef du CAPPA, nous avons eu la chance de passer une semaine complète dans cette institution. Nous en avons non seulement profité pour participer aux diverses activités proposées, mais cela a aussi été un excellent moyen de rencontrer des patients et de nombreux intervenants de la santé, tels que des infirmières, des aides soignants, des arthérapeutes, psychomotricienne, ergothérapeutes... En résumé une fantastique expérience ! C'est également grâce à elle que nous avons pu passer une journée avec le docteur, Gkinis, chef de clinique de psychiatrie de liaison à l'Hôpital cantonal.

Nous avons rencontré le docteur Bondolfi, Médecin adjoint agrégé, à la Consultation sur la dépression, qui a eu, en plus de l'entretien qu'il nous a accordé, la gentillesse de nous faire participer à un colloque et à l'entretien d'évaluation d'une patiente.

Nous avons également eu l'honneur de nous entretenir avec le docteur Barrelet, Médecin chef à l'hôpital psychiatrique cantonal de Neuchâtel, qui, avec beaucoup de patience, nous a expliqué sa conception de la dépression.

La doctoresse Paschoud et le docteur Touabi, tous deux médecins internistes, ont eu l'amabilité de nous accorder de leur temps très précieux, pour nous permettre d'explorer le vécu du médecin de premier recours, et les difficultés auxquelles il peut être confronté dans la prise en charge de la dépression.

Nous avons également été reçue par la psychologue, Audrey Nallet, qui répond à la ligne téléphonique de L'Alliance contre la dépression.

Nous avons enfin eu la chance d'assister à l'entrevue entre notre tutrice, la doctoresse Broers, et une représentante d'une entreprise pharmaceutique, venue faire la promotion d'un antidépresseur, au moyen de belles brochures couleur en papier glacé, qu'elle nous a d'ailleurs gracieusement remises.

Quelques chiffres...

La dépression est-elle si répandue qu'elle en a l'air ? Est-elle ce fléau qui semble prendre chez nous l'ampleur d'une épidémie ? Cette impression d'omniprésence est-elle justifiée ? Peut-on évaluer combien de personnes sont réellement touchées en Suisse et à travers le globe ?

Selon les données de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 121 millions de personnes souffrent de dépression dans le monde, ce qui correspond à 5 à 10% de la population.

Dans notre pays, l'Enquête Suisse de la santé de 2002 révèle que 30% de la population dit souffrir de troubles psychiques.

L'observatoire des statistiques confirme que l'incidence de la dépression est de 7% sur une année et sa prévalence de 15% sur la vie.

D'autre part, la dépression touche plus de femmes (20%) que d'hommes (10%).

Ces chiffres sont assez loin des 27% estimés par les personnes qui ont répondu à notre questionnaire. De plus, 34,8% d'entre elles surestimaient encore plus cette proportion, avec des réponses allant d'un petit 30% à un très gros 60%. On peut, donc, en déduire que les gens ont tendance à considérer la dépression comme une maladie très fréquente, en tout cas beaucoup plus fréquente que ce qu'elle est vraiment.

Un des risques majeurs et ce que redoutent par-dessus tout les médecins et qui fait qu'ils prêtent tant d'attention à ce problème, est que la personne dépressive se suicide.

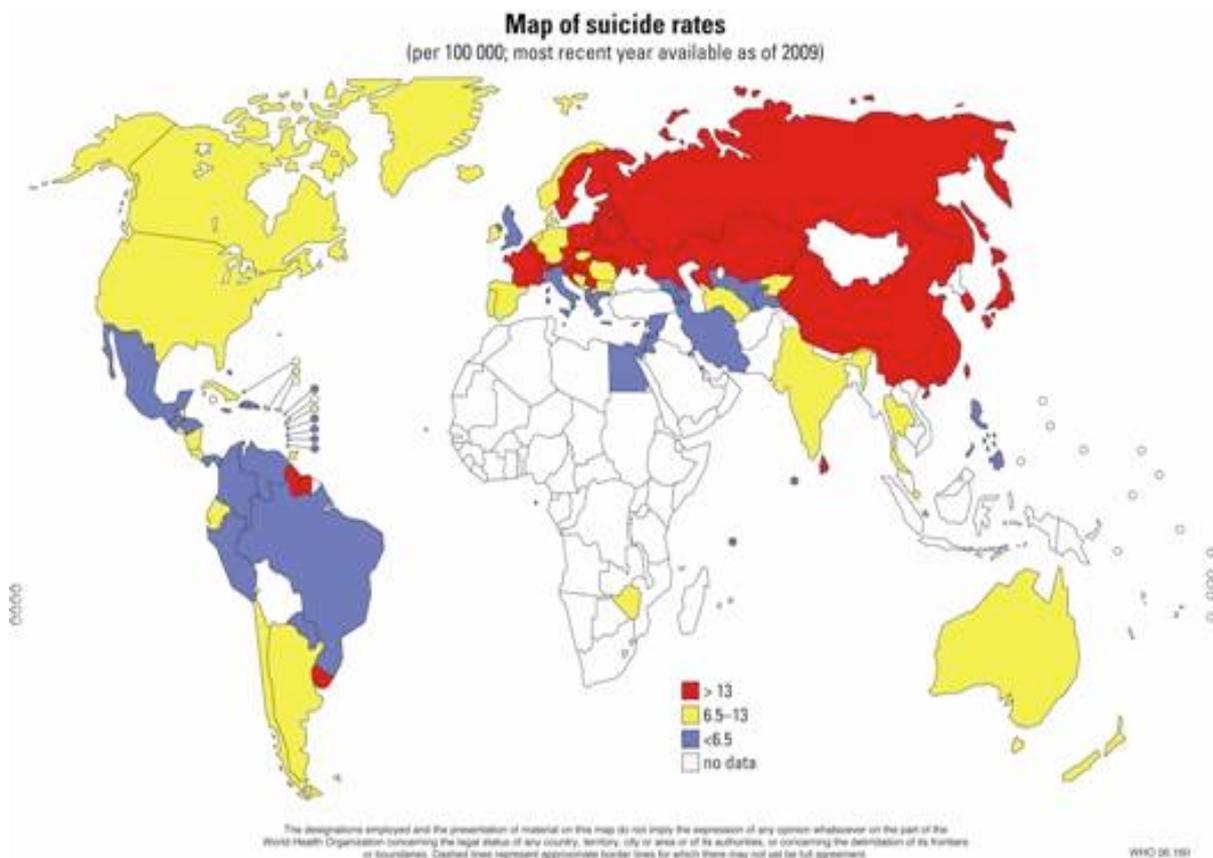
En Suisse, 1300 personnes passent à l'acte chaque année. A Genève, le taux de suicide se situe à 90 cas par an, bien que la tendance générale soit en baisse ces dix dernières années.

Par contre, on peut constater une augmentation de ce taux chez les hommes et les personnes âgées. Le suicide est un acte commis plus souvent par les hommes que par les femmes.

Ce geste fatal n'est toutefois pas uniquement le résultat d'une dépression, bien qu'on estime que ce soit le cas dans 70% des suicides, dans le monde occidental. Bien d'autres facteurs peuvent pousser une personne à prendre une telle décision, comme certains troubles psychiques, le fait d'être atteint d'une maladie incurable,

pour éviter une mort inéluctable dans d'atroces souffrances, ou d'autres situations extrêmes dans lesquelles l'individu préfère se donner la mort plutôt que de perdre sa dignité, son niveau de vie, ou de bafouer ses valeurs.

Actuellement dans le monde, le taux de dépression varie entre 2 et 30% selon le pays. A quoi seraient dues de telles différences ? La dépression serait-elle moins bien ou moins facilement diagnostiquée dans certaines régions du monde, car elle s'exprimerait de manière propre à chaque société ? Y aurait-il des différences culturelles qui feraient que ce que l'on considère comme normal à un certain endroit soit considéré comme une maladie à un autre ? C'est en tout cas la thèse que défend l'anthropologue Catherine Lutz, pour qui la dépression est une catégorie culturelle spécifiquement occidentale.



- **Figure 2. Carte du taux de suicide par 100 000 habitants, tirée du site : http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/**

On observe également que le taux de suicide n'est pas uniforme sur la planète, comme le montre la figure ci-dessus. Cette variabilité est certainement liée en partie à celle de la répartition de la dépression, mais les autres causes potentielles du suicide compliquent l'analyse de ces données. Des facteurs culturels, comme dans le cas de la dépression, peuvent entrer en matière, par exemple la vision et la signification que la société accorde à la mort et la façon dont elle perçoit le suicide, qui peut être vu comme acceptable ou au contraire complètement tabou.

Chapitre 2 : De la difficulté du diagnostic

LXXVII

SPLEEN

Je suis comme le roi d'un pays pluvieux,
Riche, mais impuissant, jeune et pourtant très-vieux,
Qui, de ses précepteurs méprisant les courbettes,
S'ennuie avec ses chiens comme avec d'autres bêtes.
Rien ne peut l'égayer, ni gibier, ni faucon,
Ni son peuple mourant en face du balcon.
Du bouffon favori la grotesque ballade
Ne distrait plus le front de ce cruel malade ;
Son lit fleurdelisé se transforme en tombeau,
Et les dames d'atour, pour qui tout prince est beau,
Ne savent plus trouver d'impudique toilette
Pour tirer un souris de ce jeune squelette.
Le savant qui lui fait de l'or n'a jamais pu
De son être extirper l'élément corrompu,
Et dans ces bains de sang qui des Romains nous viennent,
Et dont sur leurs vieux jours les puissants se souviennent,
Il n'a su réchauffer ce cadavre hébété
Où coule au lieu de sang l'eau verte du Léthé.

Charles Baudelaire (Les Fleurs du Mal)

Ce que nous dit le DSM-IV...

Le DSM-IV, soit le manuel des diagnostics et statistiques des troubles mentaux, constitue une référence incontournable pour les médecins dans la prise en charge des troubles psychiques.

C'est l'association psychiatrique américaine qui l'a édité pour la première fois en 1952. La quatrième et dernière réédition mise à jour remonte à 1994. La sortie du DSM-VI est attendue très prochainement

Les troubles dépressifs :

Les troubles dépressifs font partie des troubles de l'humeur, et se différencient des troubles bipolaires par le fait qu'ils ne présentent pas d'épisode maniaque, mixte ou hypomaniaque.

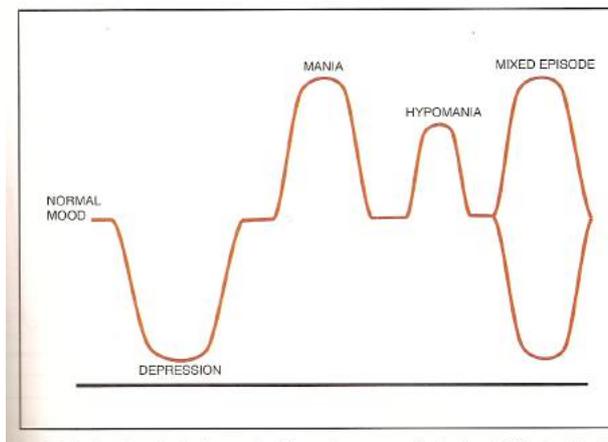


Figure 3. « Essential Psychopharmacology », p.145

Il existe trois catégories de troubles dépressifs :

- **Le trouble dépressif majeur**

Il est caractérisé par un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs, qui se manifestent eux-mêmes par une humeur dépressive ou une perte d'intérêt pendant au moins deux semaines, associées à au moins quatre autres symptômes de dépression parmi lesquels :

- Modification d'appétit ou du poids corporel
- Modification du sommeil (insomnie ou hypersomnie)
- Modification de l'activité psychomotrice (agitation ou ralentissement)
- Réduction de l'énergie, lassitude, fatigue
- Idées de dévalorisation ou de culpabilité
- Difficultés à penser, à se concentrer ou à prendre des décisions
- Idées de mort récurrentes, idées suicidaires, plans ou tentatives de suicide.

Pour être pris en compte, le symptôme doit être nouveau ou avoir subi une aggravation évidente par rapport à la situation antérieure.

De plus, ces symptômes doivent être présents toute la journée et presque tous les jours pendant au moins deux semaines consécutives.

Si les symptômes débutent au cours des deux mois suivant la perte d'un être cher et ne perdurent pas au-delà, on considère en général qu'ils font partie du deuil, sauf s'ils sont associés à une altération fonctionnelle marquée ou s'ils comprennent des préoccupations morbides de dévalorisation, des idées suicidaires, des symptômes psychotiques ou un ralentissement psychomoteur.

Soulignons la difficulté à poser un diagnostic car les deux premiers symptômes sont subjectifs, et par conséquent difficilement mesurables. Il n'existe pas d'échelle précise permettant d'évaluer leur degré de gravité. Les sept autres symptômes sont hétérogènes, et ils ne sont absolument pas spécifiques à la dépression, ce qui ne facilite pas la démarche diagnostique. Il est essentiel d'exclure toute autre maladie avant de diagnostiquer une dépression, pour illustrer cela, voici quelques exemples de diagnostics différentiels :

Diagnosics différentiels :

- trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale (ex : sclérose en plaque, AVC, hyperthyroïdie,..)
- trouble de l'humeur induit par une substance (ex : alcool,..)
- démence chez les personnes âgées
- épisodes maniaques avec humeur irritable ou épisodes mixtes
- déficit de l'attention, hyperactivité (surtout chez les enfants)
- trouble de l'adaptation avec humeur dépressive
- deuil
- périodes de tristesse qui font partie intégrante de l'existence humaine
- trouble dépressif non spécifié avec altération fonctionnelle cliniquement significative mais pas de critères de durée ou de sévérité

Une difficulté supplémentaire est que chaque symptôme peut être interprété différemment selon la culture et l'âge de la personne.

Les symptômes caractéristiques les plus marquants peuvent changer en fonction de l'âge :

- Chez les enfants : plaintes somatiques, irritabilité, retrait social
- Chez les adolescents : ralentissement psychomoteur, hypersomnie, idées délirantes
- Chez les sujets âgés : symptômes cognitifs (ex. désorientation, troubles de la mémoire et de l'attention) peuvent être particulièrement marqués

La culture peut influencer le ressenti et l'expression des symptômes dépressifs.

Pour réduire les erreurs diagnostiques, il faut être attentif aux spécificités ethniques et culturelles des sujets concernés.

La dépression peut être vécue en termes somatiques plutôt qu'en termes de tristesse ou de culpabilité dans certaines cultures, exemples :

- Faiblesse, fatigue, déséquilibre dans les cultures chinoises et asiatiques.
- « nerfs » et céphalées dans les cultures latines et méditerranéennes

- problèmes lié au « cœur » dans les cultures du Moyen-Orient.

Les femmes ont un risque significativement plus important que les hommes de développer un épisode dépressif majeur à un moment quelconque de leur vie.

- **Trouble dysthymique**

Il est caractérisé par une humeur dépressive présente la majeure partie du temps pendant au moins deux ans, associée à des symptômes dépressifs qui ne remplissent pas les critères d'un épisode dépressif majeur.

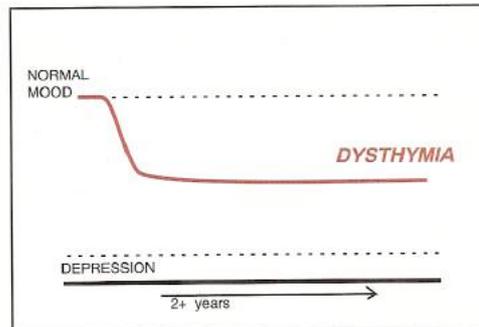


Figure 4. « Essensial Psychopharmacology », p.146

- **Trouble dépressif non spécifié**

Il a été introduit pour définir les troubles de caractère dépressif qui ne répondent pas aux critères de troubles dépressif majeur, dysthymique, de l'adaptation avec humeur dépressive ou d'adaptation avec humeur mixte anxieuse et dépressive. En résumé, c'est le diagnostic que l'on pose quand on ne sait pas à quoi l'on a affaire...

Pour illustrer la difficulté à poser un diagnostic, lorsque l'on sort de ses livres de théorie et que l'on se retrouve, sur le terrain, face à une personne vivante, nous allons vous raconter l'histoire de deux femmes, bien différentes comme vous le verrez, que nous avons toutes deux rencontrées durant notre stage, la première lors de notre journée passée en psychiatrie de liaison à l'Hôpital cantonal, la seconde, durant un entretien à la Consultation sur la dépression, auquel nous avons également assisté.

Dépression... ?

Une femme d'une septantaine d'années, sans antécédent psychiatrique, et apparemment en bonne forme physique, se retrouve aux urgences suite à une grave tentative de suicide.

La veille de son admission, elle a tenté de se tuer en essayant de se trancher les veines des deux bras, mais voyant qu'elle ne décédait pas elle a essayé de se noyer dans sa baignoire. Finalement elle a vomit et s'est endormie. Le lendemain en se réveillant, elle raconte sa tentative à une de ses amies, celle-ci se rend immédiatement chez elle et l'amène à l'hôpital.

A son arrivée aux urgences, le psychiatre fait une évaluation de son état, mais avant de pouvoir la transférer vers Belle-idée, la patiente doit subir une intervention chirurgicale car ses plaies sont extrêmement profondes.

Ce cas a retenu particulièrement notre attention pour les raisons suivantes : la gravité de l'acte d'une part et le fait que cette patiente n'a eu aucun antécédent psychiatrique et qu'elle a banalisé totalement son incroyable comportement.

En analysant de telles situations, nous pouvons constater que ce ne sont pas forcément les personnes qui ont vraiment besoin d'aide qui consultent. L'exemple de cette patiente souligne bien le fait qu'elle souffrait intérieurement mais sans jamais l'exprimer. Son médecin traitant n'a pas été en mesure de dépister sa souffrance pour éviter qu'elle passe à l'acte. Comme on peut le remarquer ici, exprimer sa souffrance auprès d'un tiers peut se révéler très difficile.

... ou pas dépression ?

Une femme, âgée de 38 ans vient au centre de dépression pour une évaluation, car elle prétend présenter tous les symptômes caractérisants la dépression.

Au cours de son évaluation, on apprend qu'elle a consommé pendant de nombreuses années des drogues et de l'alcool. Elle a également subi d'important problèmes sociaux et familiaux. Elle raconte avoir souffert d'une première dépression dans sa jeunesse, qu'elle aurait réussi à soigner grâce à ses propres substances.

Elle prétend être abstinente depuis plus d'une année de toute substance. Lors de son récit, elle paraît somnolante ce qui retient l'attention du psychiatre, qui suppose qu'elle prend une dose excessive de benzodiazépines, ce qu'elle nie.

Lorsqu'elle nous fait part de son parcours, plusieurs contradictions sont relevées. D'une part, elle se plaint de phobie sociale, alors que son métier se base uniquement sur la rencontre de différentes personnes. D'autre part, elle assure et assume son travail à 100%, ce qu'une personne souffrant de dépression serait incapable de faire. Nous pouvons également constater un décalage entre ce qu'elle nous raconte et la manière dont elle se présente.

Parallèlement à cela, elle présente certains troubles (sommeil, alimentation compulsives...) qui vont dans le sens d'une dépression. Cependant ces manifestations ne sont pas assez nombreuses et soutenues pour poser le diagnostic de dépression, il s'agit plus certainement d'un trouble anxieux.

Par conséquent, on peut se poser la question du but pour lequel elle vient réellement consulter : certificat médical ? Prescription de médicaments ?...

Pour conclure, en ayant étudié ces deux cas, la principale conclusion que l'on peut en tirer est que la demande d'aide peut se faire de différentes manières et dans des buts différents. De multiples facteurs peuvent influencer cette demande comme par exemple la présence de l'entourage, la culture, le vécu de la personne... Nous avons pu constater (grâce aux différents entretiens et évaluations auxquels nous avons assisté) que la souffrance est souvent accompagnée d'une dépendance à l'alcool et/ou aux drogues. Une difficulté s'ajoute à cela, il n'est pas possible de poser un diagnostic de dépression lorsque la personne consomme des substances, comme c'est le cas lors d'une dépendance à l'alcool, où le diagnostic de dépression ne peut être posé qu'un mois après la fin du sevrage.

Toutes ces données compliquent encore la pose du diagnostic. Car bien que les critères de la dépression soient clairs et précis, ils varient dans le temps (en effet le DSM-V, qui devrait paraître prochainement, intégrera la douleur comme symptôme supplémentaire) et ce sont des données difficilement mesurables (comment quantifier la tristesse ?) et très subjectives donc par définition peu objectivables.

Surtout

Chapitre 3 : Mais ça vient d'où au fond ?

(CXX)

« Tu peux sonder la nuit qui nous entoure.
Tu peux foncer sur cette nuit... Tu n'en sortiras pas.
Adam et Ève, qu'il a dû être atroce, votre premier baiser,
puisque vous nous avez créés désespérés ! »

Omar Khayyām

Les causes de la dépression :

Nous voilà face à un trouble dont il n'est pas simple d'établir le diagnostic, reposant sur nombres d'éléments très hétérogènes, peu spécifiques à la dépression et en grande partie subjectifs. Et si nous allions voir maintenant du côté de l'origine de cette affection, la situation serait-elle plus claire ?

Précisons d'emblée qu'on ne connaît pas les causes de la dépression ! Plusieurs théories circulent sans que les spécialistes n'arrivent à prouver la véracité de l'une ou de l'autre, et le plus souvent la dépression est considérée comme le résultat de l'interaction de plusieurs facteurs à la fois biologiques, psychologiques et sociaux. On peut cependant classer les très nombreuses théories élaborées à ce sujet en deux groupes principaux : les causes externes et les causes internes, ce qui ne signifie néanmoins pas que la dépression ne serait due qu'à une sorte de ces causes, car toutes les combinaisons sont possibles. Nous avons choisi cette classification pour simplifier notre explication.

Les causes externes de la dépression peuvent être **sociales** (perte d'emploi, chômage, mobbing, stress excessif, problèmes de logement,...), **relationnelles** (rupture, divorce, solitude, conflits,...) ou d'une **autre nature** (décès, traumatismes ;...). Ce sont, dans ce cas, des événements de vie sur lequel l'individu a bien peu d'emprise qui seraient les déclencheurs de dépression.

Les causes internes de la dépression font partie intégrante de la personne sans que celle-ci en soit forcément responsable ni consciente, et elles forment, en quelque sorte, une prédisposition, un terrain.

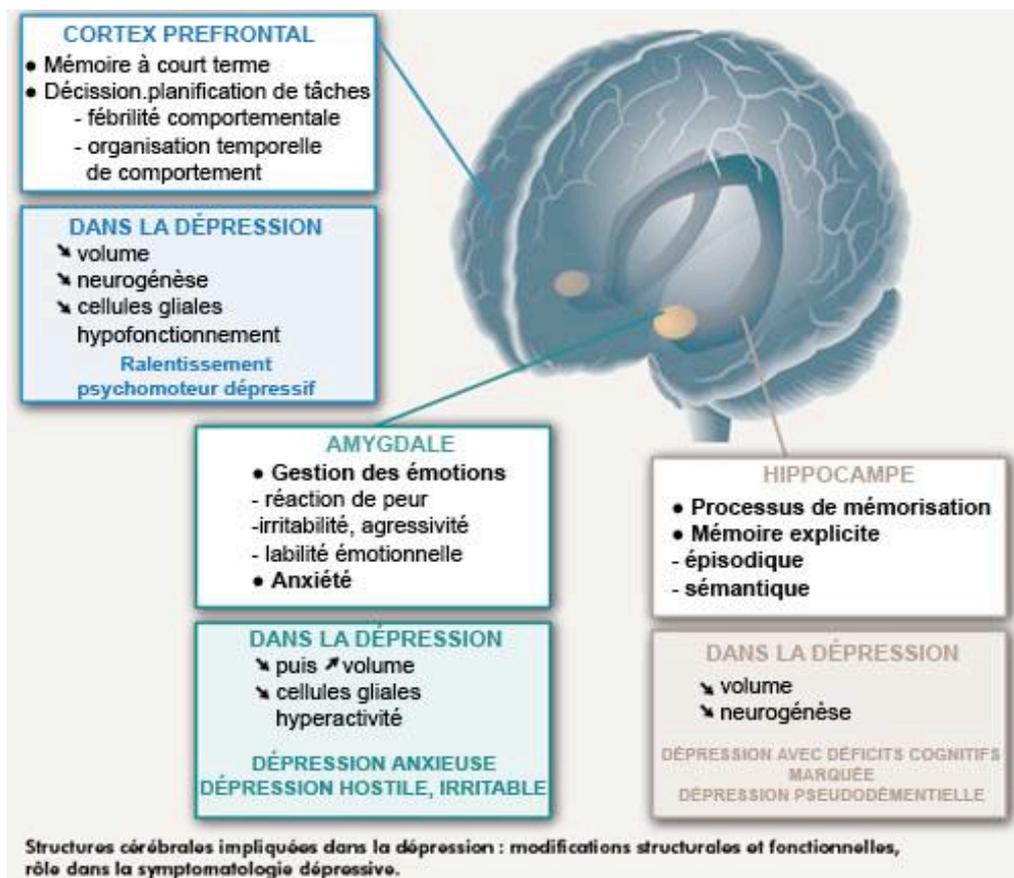
Si l'on observe les théories comme quoi la dépression serait due à la **personnalité**, au **caractère** de l'individu ou alors qu'on prenne en compte des causes **neurobiologiques**, la personne n'a aucune maîtrise sur ces facteurs. Au contraire, si l'on estime que la dépression est due à des **habitudes de vie nocives**, telles que la consommation de substances addictives (ex : alcool,...), l'inactivité physique, une mauvaise qualité de sommeil ou d'alimentation, l'individu retrouve à la fois le pouvoir et la responsabilité pouvant conduire l'amélioration de son état.

Ainsi on se rend compte que le fait d'adhérer à une théorie ou à une autre n'est pas anodin, et que suivant l'explication du trouble que l'on choisit, on abordera peut-être un peu différemment la prise en charge, le traitement et que cela pourra aussi avoir une influence sur le vécu du patient et sur l'on acceptation sociale et familiale de son état.

Pour illustrer cela, nous allons développer deux exemples issus de théories fort différentes, l'une faisant partie des causes internes, la théorie neurobiologique, et l'autre faisant partie des causes externes, la théorie de la construction sociale.

« Des molécules dans le cerveau » : la théorie neurobiologique :

C'est actuellement une des théories les plus en vogue dans le monde médical. Selon cette théorie, une baisse d'activité des circuits sérotoninergiques et noradrénergiques favoriserait l'installation d'un état dépressif. De plus, on pourrait observer chez les patients dépressifs une modification anatomique de certaines structures cérébrales, en particulier l'hippocampe, l'amygdale et le cortex préfrontal (fig. 5).



- Figure 5. Structures cérébrales impliquées dans la dépression, tirée du site : www.neuroplasticite.com/mecanismes-neuroplasticite/depression/images/alteration-neuro.jpg

Cette théorie a l'avantage de justifier le mal-être du patient, qui se sent souvent soulagé d'en avoir trouvé la cause. De plus, elle permet à la fois de destigmatiser le malade et de rassurer son entourage en lui expliquant mieux de quoi il souffre, même si cela reste difficile surtout avec ses enfants, lorsqu'ils sont encore très jeunes. Toutefois, elle a tendance à déresponsabiliser le patient, qui a la tentation de se cacher derrière la maladie (« Ce n'est pas ma faute, c'est la maladie. »), au risque de céder à la passivité. C'est un peu l'impression que nous avons eu en visitant l'Association des Troubles Bipolaires et Dépressif, ou les personnes rencontrées semblaient presque se complaire dans leur maladie et se laisser aller au fatalisme.

Une autre des conséquences de l'acceptation de ce modèle explicatif est la prescription presque automatique de médicaments. En effet, si la dépression est due

a un manque de neurotransmetteurs dans le cerveau, y a-t-il meilleure façon de la traiter que de donner des substances qui augmentent la quantité de ces neurotransmetteurs ?

Il existe actuellement trois classes d'antidépresseurs, dont les mécanismes et donc les effets secondaires diffèrent :

- Les tricycliques, qui inhibent la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline et bloquent certains récepteurs, différents selon la substance. Ils provoquent une sudation, une prise de poids souvent importante, un risque d'arythmies parfois létales.
- Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine, qui comme leur nom l'indique inhibent spécifiquement la recapture de la sérotonine. Ils peuvent provoquer une agitation, des insomnies, des nausées et des troubles sexuels très gênants pour le patient.
- Les inhibiteurs de la monoamine oxydase type A, qui entraînent une inhibition réversible de cette enzyme, qui dégrade les monoamines. Ils peuvent provoquer des agitations et des insomnies, et des dépendances à cause de leurs effets stimulants.

Malgré leurs mécanismes d'actions différents, leur efficacité thérapeutique est à peu près équivalente, avec un taux d'échec de 1/3. L'effet antidépresseur n'apparaît qu'après un délai de 2 à 6 semaines, ce qui laisse penser qu'il n'est pas dû à l'augmentation de la concentration synaptique de noradrénaline et/ ou de sérotonine que ces médicaments provoquent, mais plutôt par un effet à long terme sur la signalisation intracellulaire (peut-être par une synthèse accrue de facteurs neurotrophiques). En tout cas, on est loin d'avoir élucidé leur fonctionnement.

Les patients se retrouvent souvent avec une combinaison impressionnante d'antidépresseurs, parfois encore associés à des neuroleptiques et à des anxiolytiques. Ces médicaments ne sont pas anodins, comme nous l'avons vu ci-dessus pour les antidépresseurs. Ajoutons que ces derniers peuvent être la cause d'une augmentation du risque de passage à l'acte pour le suicide en raison de la levée d'inhibition qu'ils entraînent.

Un des inconvénients les plus sérieux est que les personnes souffrantes se mettent à croire que seuls les médicaments peuvent résoudre leurs problèmes. On voit ainsi certains patients réclamer des antidépresseurs même s'ils ne sont pas dépressifs, car ils espèrent que cela apportera une solution à leur mal-être.

N'oublions pas non plus que ces médicaments, qui sont parmi les plus prescrits dans le monde, représentent un marché juteux pour les entreprises pharmaceutiques et que ce sont souvent ces mêmes entreprises qui financent ou co-financent les études sur la dépression. De plus, des études sur l'effet des antidépresseurs à long terme manquent cruellement. En général, elles ne sont conduites que sur une durée de 6 à 9 mois, alors que ces médicaments sont souvent pris pendant des années sans que leur efficacité ou leurs effets néfastes ne soit documentés sur une si longue période.

« Dépressif et entraîné à l'être » : La théorie de la construction sociale

Selon cette théorie, la dépression ne peut pas être considérée comme une maladie. Elle affirme que si le DSM-IV et la CIM-10 parlent de troubles psychiatriques et non de maladie, ce n'est pas un hasard. En effet, ces deux ouvrages proposent un regroupement épidémiologique de symptômes, mais ne mentionnent nullement les causes et les traitements de la dépression, et cela tout simplement parce que personne ne les connaît vraiment. Et rassembler une série de symptômes sans pouvoir expliquer les mécanismes qui sont à leur origine ni comment y remédier, ne permet pas d'appeler ce trouble une maladie, dans la mesure où l'on définit une maladie d'après le processus physiopathologique qui la soutend.

Mais alors si la dépression n'est pas une maladie, qu'est-ce que c'est ? Voilà comment le docteur Barrelet, Médecin-chef à l'hôpital psychiatrique cantonal de Perreux, que nous avons eu la chance de rencontrer, la définit à la page 24 de ses notes personnelles qu'il nous a généreusement remises :

« [...] on peut dire que la dépression est à la fois un rôle joué (du moins pour ce qui est des comportements et symptômes avancés) et une écoute de l'entourage. Elle fait partie du répertoire des rôles sociaux connus. Elle a été entraînée et spécialisée au cours des siècles. »

La dépression serait donc une façon dont les personnes vivent et se racontent ce qui leur arrive, leur manière de réagir aux événements et aux stress de la vie. L'entourage jouerait un rôle de validation dans ce processus. Soulignons également la dimension historique qui ressort de cet extrait.

En effet, on peut lier la dépression actuelle à la mélancolie d'autrefois, qui faisait partie de la théorie des humeurs et était définie comme un excès de bile noire. Le terme vient d'ailleurs de l'Ecole d'Hippocrate (400 avant J.-C environ).

Elle était souvent associée à des personnages possédant de grands talents, voire du génie, notamment à des philosophes, des artistes, des hommes politiques. Cependant elle pouvait aussi toucher les gens du commun et était alors considérée différemment, comme le montre la citation suivante, tirée de l'ouvrage « La fatigue d'être soi » d'Alain Ehrenberg (p.34) :

« [...] la mélancolie connaît un double destin : le premier en fait une caractéristique de l'homme de génie. Elle s'investit, à partir du Romantisme, dans l'artiste, figure sublime et tragique dont le malheur est à la hauteur du génie. Le second, qui concerne l'homme ordinaire, est d'être une maladie. Mais l'un et l'autre tiennent à ce que la mélancolie est étroitement liée à l'histoire occidentale de la conscience de soi, dont elle représente *l'exacerbation*. »

Il ressort également que la mélancolie, déjà, est vue comme une caractéristique occidentale, qui s'est développée et a évolué au fil du temps en parallèle de la notion de conscience de soi, sans laquelle elle n'aurait pu exister, puisqu'elle en est au fond le prolongement et l'extension.

Il arrive pourtant un moment dans l'histoire où la dépression se distingue et s'affranchit de la vieille mélancolie, et va poursuivre son propre chemin, s'inscrivant plus que jamais dans le monde contemporain, autour de deux axes qui sont la culpabilité et l'insuffisance, comme le montre cette citation tirée du même ouvrage que précédemment :

« Lorsque la dépression se détachera nettement de la mélancolie après la Seconde Guerre mondiale, ses péripéties se dérouleront entre ces deux versions de la lourde tâche à bien se porter : *l'angoisse* qui m'indique que je franchis un interdit et me divise, soit une pathologie de la culpabilité, une maladie du conflit ; *la fatigue* qui m'épuise, me vide et me rend incapable d'agir, soit une pathologie de la responsabilité, une maladie de l'insuffisance. » (p.52)

Quelles sont les conséquences de l'adoption d'un tel point de vue ?

Premièrement, elle ne permet pas au patient de se déresponsabiliser grâce à l'idée de maladie. Elle rend aussi moins facile l'acceptation par l'entourage et comprend un certain risque de stigmatisation du dépressif, qui sera peut-être considéré comme une personne de caractère faible, qui n'arrive pas à faire face aux difficultés de la vie. Elle pose aussi la question, au niveau de la société, de la légitimité de recevoir une rente AI pour ce diagnostic. Si la dépression n'est pas une maladie, la rente reste-t-elle justifiée ?

Prendre en compte cette théorie n'exclut pas la prise de médicaments antidépresseurs, celle-ci sera juste peut-être moins systématique et pour de plus courte durée. Les médicaments ne sont pas vus comme la solution au problème, mais plutôt comme un appui temporaire possible, une aide à surmonter une période difficile, et, dans cette optique, ils ne sont pas indispensables.

Le traitement se fera au travers d'un travail avec la personne sur ce qui est difficile à vivre pour elle, sur comment accepter ou modifier cela. Cette démarche laisse une place importante à la psychothérapie.

Il est aussi important de régler avant tout les problèmes externes, par exemple en trouvant un emploi, en résolvant les conflits qui empoisonnent l'existence, en améliorant son hygiène de vie (sport, alimentation...), en effectuant un sevrage (alcool, cocaïne...). Ce sont cependant des choses difficiles à réaliser, car d'une part elles dépendent de la société, l'action concrète individuelle n'est pas aisée et les médecins sont souvent démunis et impuissants à résoudre ces problèmes, d'autre part elles dépendent de la bonne volonté, de l'implication et de l'investissement de l'individu, ce qui n'est pas forcément évident ni confortable, mais laisse en même temps le pouvoir d'agir pour améliorer sa propre vie.



Figure 6. « Mélancolia », Albrecht Dürer

Qu'en dit la rue?

En analysant les questionnaires que nous avons fait passer, nous nous sommes rendu compte que les étudiants en médecine voient en majorité (56,5%) la dépression comme une combinaison de facteurs internes et externes, quels qu'ils soient. De plus, 56,5% sont moyennement d'accord sur le fait que la dépression est une maladie psychiatrique génétique, mais par contre ils sont 47,8% à n'être pas du tout d'accord et 47,8% à n'être que moyennement d'accord pour dire que c'est une construction sociale, donc ils sont plutôt en défaveur de cette hypothèse.

Si l'on s'intéresse maintenant à la population genevoise en général, il apparaît que ce sont les causes externes qui sont mises en avant à 56,5%, les raisons sociales étant citées autant que les raisons relationnelles, et que les causes internes arrivent à parfaite égalité avec la combinaison des causes internes et externes avec 21,7% chacune.

La population, par contre, rejette fortement l'idée que la dépression serait une maladie psychiatrique génétique, puisque 65,2% des gens ne sont pas du tout d'accord avec cette affirmation. Ils sont cependant plutôt favorables à la théorie de la construction sociale, car ils sont 34,8% à être moyennement d'accord et le même nombre à être tout à fait d'accord avec cette proposition.

On remarque quand même que l'écart entre les deux groupes est faible, même si la dépression comme maladie génétique obtient les faveurs des étudiants en médecine, peut-être à cause de leur formation scientifique, et la théorie de la construction sociale est plus mise en avant par la population générale.

En résumé, nous nous retrouvons face à un trouble difficile à diagnostiquer et dont en plus personne ne connaît véritablement les causes. Pas facile à prendre en charge et à gérer pour un médecin... Nous avons déjà évoqué quelques approches thérapeutiques, mais que fait le médecin de premier recours, laquelle choisit-il et comment réagit-il lorsqu'un patient dépressif pousse la porte de son cabinet ?

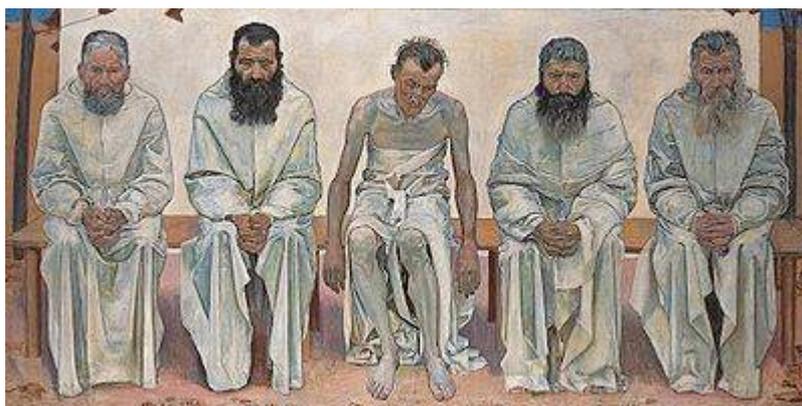


Figure 7. « Die Lebensmüden », Ferdinand Hodler

Chapitre 4 : Consulter un médecin qui n'y peut rien

SONNET MORNE

Il pleut, et le vent vient du nord.
Tout coule. Le firmament crève.
Un bon temps pour noyer son rêve
Dans l'Océan noir de la mort !

Noyons-le. C'est un chien qui mord.
Houp ! lourde pierre et corde brève !
Et nous aurons enfin la trêve.
Le sommeil sans vœu ni remord.

Mais on est lâche ; on se décide
A retarder le suicide ;
On lit ; on baille ; on fait des vers ;

On écoute, en buvant des litres,
La pluie avec ses ongles verts
Battre la charge sur les vitres.

Jean Richepin (La Chanson des gueux)

Que conseillerez-vous à quelqu'un qui se sent déprimé ?

Lorsqu'on leur demande ce qu'ils conseilleraient à une personne qui se sent déprimée, les étudiants en médecine autant que la population genevoise répondent en premier lieu qu'il faut aller consulter, que ce soit son médecin généraliste, un psychologue ou un psychiatre. Viennent ensuite des conseils tels qu'en parler, sortir, s'adonner à des loisirs, prendre soin de soi. Et bien que nous ayons également eu des propositions originales, comme par exemple étudier la philosophie bouddhique, boire de l'alcool ou manger du sucre, le premier réflexe est manifestement de pousser à demander de l'aide à des personnes formées pour cela. Il est d'ailleurs intéressant de relever le paradoxe suivant : la population pense majoritairement que la dépression est due à des causes extérieures, comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, mais elle donne comme premier conseil de consulter un médecin qui n'a aucun pouvoir sur ces mêmes causes externes. Ce n'est en effet pas lui qui va trouver un emploi, un logement ou résoudre les conflits de ses patients.

Nous nous sommes également aperçu, lors de nos stages dans des institutions comme le CAPPa par exemple, que les patients, avant d'arriver dans de tels lieux, avaient très souvent été suivis pendant des années pour leur dépression par leur médecin généraliste, qui leur avait prescrit des antidépresseurs, parfois à plusieurs reprises. Et, même si le médecin fait des consultations de suivi, lorsqu'il prescrit un tel traitement, il est rare que celui-ci s'accompagne d'une psychothérapie, alors même que l'on sait que les recommandations officielles et les recherches scientifiques mettent en avant que le meilleur traitement actuel contre la dépression serait de combiner des antidépresseurs avec une psychothérapie.

Nous nous sommes alors demandé comment le médecin de premier recours prend réellement en charge ses patients déprimés, ce qu'il leur propose, quelles sont les difficultés auxquelles il est confronté, quelles sont ses relations avec le reste du réseau de soin.

Pour répondre à nos questions et pour partager leur vécu, nous avons rencontré la doctoresse Paschoud et le docteur Touabi, qui sont les deux médecins de premier recours, le docteur Touabi étant interniste à l'hôpital et la doctoresse Paschoud interniste en cabinet privé.



Figure 8. tirée du site : www.pathophysiology.com/prozac.jpg

Le médecin de premier recours face à la dépression

Le premier élément qui ressort de ces entretiens est que ce ne sont en général pas les patients qui se disent déprimés ; ils sont d'ailleurs peu nombreux, ceux qui souffrent réellement de dépression. La dépression est l'agenda caché du patient, qui vient avec d'autres plaintes souvent multiples (maux de tête, de ventre, de dos, fatigue...) et ce n'est qu'après avoir exclu tout problème somatique grâce à un bilan général que le médecin pourra poser le diagnostic avec l'aide d'une anamnèse psychiatrique et de questionnaires. Ce sont d'ailleurs les médecins de premier recours qui diagnostiquent la moitié des dépressions, l'autre moitié étant diagnostiquée par les psychiatres et les neurologues.

La doctoresse Paschoud explique que pour faire la différence entre une dépression qu'il faut traiter et un état plutôt dû aux circonstances extérieures, elle essaie dans un premier temps d'améliorer les habitudes de vie du patient, en l'encourageant à augmenter son activité physique, en l'incitant à diminuer son état de stress, en prescrivant un arrêt de travail au besoin. Elle cherche aussi à agir sur les troubles du sommeil et à identifier les sources de conflits ; elle prescrit parfois aussi du magnésium. Ces mesures permettent souvent déjà une bonne amélioration de l'humeur.

La prise en charge dépend beaucoup des signes d'alarme, de gravité que présente le patient, en particulier de son risque suicidaire. C'est un élément qui est difficile à gérer pour le médecin de premier recours, qui aimerait être mieux formé pour faire face et prévenir ce qui constitue la conséquence la plus tragique et la plus redoutée de la dépression. Surtout que l'on sait que 70% des patients qui se suicident ont consulté leur médecin de famille durant les 6 semaines qui ont précédé leur acte.

Si un patient arrive avec un risque de suicide très important, et ne sous-estimons pas la difficulté d'établir ce risque, il sera dirigé d'urgence vers une structure comme Belle-Idée, c'est-à-dire un hôpital psychiatrique.

Si son état n'est pas dramatique, le médecin aura plus de marge de manœuvre. Mais il sera confronté à d'autres difficultés. En effet, bien que Genève soit un des cantons de Suisse les plus dotés en psychiatres, avec plus de 300 praticiens installés, il est pratiquement impossible, pour le médecin de premier recours, d'obtenir un rendez-vous pour un de ses patients, car tous sont pratiquement complets, à moins qu'il n'ait quelques connaissances psychiatres à qui il puisse s'adresser, et encore, ils ne sont pas toujours disponibles.

Que fait alors le médecin de premier recours de son patient dépressif ?

Soit il l'adresse à la Consultation sur la dépression (qui est un centre spécialisé dans la détection et la prise en charge de ce trouble), qui n'en veut pas toujours, comme dans le cas, par exemple, de polymorbidités avec consommation de substances comme de l'alcool. Le médecin de premier recours se retrouve alors abandonné, devant gérer seul ce patient compliqué.

Soit il s'en occupe lui-même, il lui prescrit des antidépresseurs et effectue régulièrement des consultations de suivi. C'est ce qui arrive dans la majorité des cas, puisque 42% des antidépresseurs sont prescrit par les médecins de premier recours (fig. 9). D'ailleurs, plus de la moitié des dépressions diagnostiquées (56%) sont traitées avec des médicaments.

Part des médicaments psychotropes prescrits selon la spécialité du praticien en 2008

Fig. 2

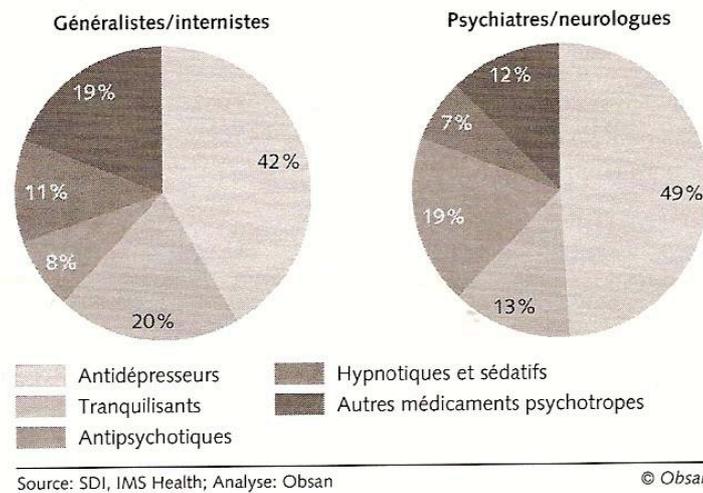


Figure 9. Part des médicaments psychotropes prescrits selon la spécialité du praticien en 2008, tirée de la publication de l'OBSAN « Diagnostique psychiatrique et médicaments psychotropes »

Mais prendre en charge un patient dépressif demande beaucoup de temps et de disponibilité. Ce sont des patients chronophages, lourds à supporter aussi financièrement pour un médecin installé en cabinet privé. Et le risque est là que le médecin prescrive rapidement, voire un peu trop, des médicaments pour se débarrasser de ce patient envahissant, même si celui-ci n'est pas vraiment dépressif. Le médecin est également toujours dans la crainte du suicide, et il peut être tenté de prescrire un antidépresseur pour essayer de prévenir les passages à l'acte, ce qui n'est pas forcément le cas, nous l'avons vu dans le chapitre sur la théorie neurobiologique, avec les antidépresseurs qui provoquent une levée d'inhibition et qui ont donc l'effet contraire.

La situation du médecin de premier recours est donc bien délicate. Il se sent souvent seul et peu soutenu par les spécialistes et les structures publiques existantes, dont ce serait pourtant le rôle. Il n'a au fond ni le temps ni les ressources pour se charger de façon optimale des cas de dépression qu'il rencontre. Il souhaiterait une meilleure formation, notamment pour l'évaluation du risque de suicide, et une amélioration de la coopération entre les différents partenaires du réseau de soin, notamment pour pouvoir obtenir, au besoin, un rendez-vous chez le psychiatre pour ses patients.

Et si nous explorions maintenant quelques autres structures existantes dans le canton, mis à part les médecins et les psychiatres privés ?

Chapitre 5 : Mais que fait le canton pour lutter contre la dépression ?

L'ANGOISSE

Nature, rien de toi ne m'émeut, ni les champs
Nourriciers, ni l'écho vermeil des pastorales
Siciliennes, ni les pompes aurorales,
Ni la solennité dolente des couchants.

Je ris de l'Art, je ris de l'Homme aussi, des chants,
Des vers, des temples grecs et des tours en spirales
Qu'étirent dans le ciel vide les cathédrales,
Et je vois du même œil les bons et les méchants

Je ne crois pas en Dieu, j'abjure et je renie
Toute pensée, et quant à la vieille ironie,
L'Amour, je voudrais bien qu'on ne m'en parlât plus

Lasse de vivre, ayant peur de mourir, pareille
Au brick perdu jouet du flux et du reflux
Mon âme pour d'affreux naufrages appareille.

Verlaine (Poèmes saturniens)

Le réseau de soin à Genève

Nous allons, dans ce chapitre, évoquer seulement quelques-unes des structures existantes, celles que nous avons eu la chance de visiter. Elles sont cependant assez représentatives de ce qui existe dans le canton en matière de prise en charge de la dépression. Mais avant tout, voici un petit survol général, pour comprendre comment s'organise le réseau :

Le premier niveau est le niveau hospitalier, celui qui accueille les urgences et permet l'hospitalisation des malades. Il y a l'hôpital proprement psychiatrique, qui se trouve sur le site de Belle-Idée, et il y a, dans l'hôpital « classique », un service de psychiatrie de liaison, dont nous allons parler plus en détail.

Il y a ensuite différents centres d'accueil et de prise en charge qui s'occupent des patients, lorsque ceux-ci sortent du milieu hospitalier ou qu'ils nécessitent un encadrement moins lourd. Certains sont spécifiquement axés sur la dépression comme la Consultation sur la dépression, d'autres sont plus généraux et s'occupent de tous les troubles psychiques, mais ils s'adressent à une population particulière, comme le CAPPa destiné aux personnes âgées. Ces structures proposent divers suivis et approches, allant de la psychothérapie individuelle à des groupes de psychomotricité ou d'art thérapie par exemple.

Il existe ensuite la possibilité, pour les personnes qui sortent de ces centres, d'être suivies individuellement par un psychiatre ou psychologue en privé, de se rendre dans des foyers de jour, qui proposent toutes sortes d'activités, de bénéficier de l'aide d'un service comme la FSASD (la Fondation des Services d'Aide et de Soins à Domicile), pour la livraison de repas à domicile ou la présence d'infirmières à domicile.

Un des autres éléments de ce réseau est constitué par des associations, qui ont souvent moins de lien avec les autres intervenants, mais dont il ne faudrait pas oublier l'importance pour tout le soutien qu'elles apportent au malade et à sa famille. Ce sont soit des associations de malades, comme l'ATBD, dont nous avons rencontré les membres, soit ce sont des associations de proches, comme par exemple le Biceps, qui est un lieu d'aide et d'information pour les enfants et les jeunes, dont un parent souffre psychologiquement.

Le dernier élément dont nous allons parler est le tout nouveau projet cantonal de l'Alliance contre la dépression, qui est censé entre autres, nous allons le voir, augmenter la coopération entre généralistes et psychiatres.

La psychiatrie de liaison

Au service des Urgences de l'hôpital universitaire de Genève, il y a un accueil psychiatrique spécialisé pour les urgences, et également pour toute personne hospitalisée qui en présente le besoin. Nous avons pu y passer une journée, accompagné du médecin chef de clinique, le docteur Gkinis.

La personne qui arrive aux urgences est évaluée par le psychiatre et, ensuite, dirigée vers une structure psychiatrique adaptée (Belle-Idée, CAPPa, Centre de crise...), selon la gravité de sa situation. Si le patient reste hospitalisé à l'hôpital cantonal, le psychiatre l'ayant accueilli aux urgences assure son suivi durant son hospitalisation.

Centre Ambulatoire de Psychiatrie et de Psychothérapie de l'Agé (CAPPa)

Nous avons passé plusieurs journées au CAPPa, afin de mieux connaître son fonctionnement et comment s'effectue la prise en charge de la dépression chez la personne âgée (+65ans).

Le CAPPa regroupe différentes unités et activités :

L'Hôpital de jour, qui prend en charge de 9h à 17h des patients âgés atteints de dépression ou d'autres troubles psychiques, qui sont répartis en différents groupes. Chaque groupe est formé d'une quinzaine de patients qui partagent des activités. Nous avons pu assister à différents groupes. En annexe le programme hebdomadaire des groupes. (Annexe n°3)

Le groupe d'arthérapie

Ce groupe est animé par une arthérapeute, qui est également ergothérapeute. L'art thérapie est une sous-spécialisation de l'ergothérapie. Il permet à l'inconscient de s'exprimer par l'image, le dessin, la création...

Le groupe est assis autour d'une grande table, et selon l'activité prévue, la production est soit individuelle soit collective.

Une des deux séances auxquelles nous avons participé, avait pour but de coller sur une feuille individuelle des images, des mots et d'y mettre une couleur à la peinture selon son humeur du moment, puis chacun s'est exprimé sur son travail en parlant de son ressenti, de son état, de ses émotions...

La deuxième séance consistait à produire un travail collectif. Une grande feuille était posée sur la table et à l'aide d'un unique rouleau, qui passait d'une personne à l'autre, il fallait dessiner un chemin qui se croise à différents endroits. La couleur choisie par le groupe était le vert pomme.

Après avoir tracé un chemin, chacun s'est approprié une surface et l'a coloriée de la couleur de son humeur du jour... puis la parole a été donnée à chacun afin d'obtenir des explications sur sa création.

Dans les différents groupes, on peut remarquer une certaine complicité entre les patients et beaucoup d'empathie et d'encouragement.

Nous avons trouvé cette thérapie utile, sans qu'il y ait forcément la présence de personnel médical : certains patients parlent spontanément de leur ressenti sans crainte de jugement, alors que d'autres restent plus discrets et observent du coin de l'œil.

Le groupe d'habilité sociale

Ce groupe est animé par une ergothérapeute et une assistante sociale. Les patients sont une dizaine autour d'une table et chacun parle à son tour de ce qu'il a fait le week-end passé, de ce qu'il va faire le week-end prochain, de ses projets, des activités qu'il aime faire...

Différents sujets ont été abordés tels que les repas livrés à domicile, des conseils de cuisine...

Les participants partagent leurs expériences sur le déroulement de leur processus de guérison, ceux qui sont en train de sortir de la dépression disent à ceux qui viennent d'arriver : « Moi aussi j'étais comme vous. Maintenant ça va mieux. » Cela permet de s'encourager et de montrer qu'il y a une issue favorable à la maladie. Les conseils sont plus facilement acceptés lorsqu'ils viennent d'autres patients qui ont de l'expérience, qui sont passés par là, que s'ils sont donnés par le personnel soignant. Une fois que chacun a pris la parole, les animatrices présentent ce qui se passe dans le canton du point de vue culturel (ex : théâtre, cinéma, musée, foyers de jour, associations, sorties, expositions...). Cela permet de réinvestir la société et la ville par des activités et des sorties.

A la fin, on parcourt les titres du journal (Tribune de Genève), on regarde la météo, et on lit le proverbe du jour.

Cette approche thérapeutique a pour but de concentrer l'esprit du patient sur la vie extérieure et pas uniquement sur sa maladie. De cette manière ils peuvent retrouver la joie de vivre.

L'assistante sociale :

Elle aide au travail administratif (impôts, paiements, assurance maladie,...) et accompagne le patient, par exemple, pour les visites d'EMS. Son travail est donc très diversifié. Elle propose à la fois des séances individuelles et en groupes, qui sont souvent complémentaires.

L'ergothérapeute :

Son travail est très axé sur la vie quotidienne (beaucoup plus qu'en hôpital), elle entraîne avec les patients les actes quotidiens qui leurs sont difficiles : prendre le bus, faire les courses, visiter des foyers de jour, trouver ses clés, se préparer à manger, prendre une douche...

Elle fait également le lien entre Belle-Ideé et le CAPPa pour faciliter les transferts.

Le groupe cuisine

Ce groupe se réunit une fois par semaine, et a pour but de donner du plaisir aux patients à préparer un repas. Pour cela, les patients sont divisés selon leurs envies dans l'un des trois groupes suivants: course, décoration, cuisine.

- **Groupe course** : Il va faire les courses, acheter ce qu'il manque pour la préparation du repas et aussi des fleurs pour la décoration de table.

Par contre, pas d'achat individuel ou personnel, seulement ce qu'il y a sur la liste. Le budget provient des repas non pris à l'hôpital le vendredi, et dont l'argent est restitué. Quelqu'un tire le cabas, on va tous ensemble à pied à la Migros.

- **Groupe décoration :** Il est chargé de décorer les sets de table avec des dessins au feutre, de plier les serviettes, de faire des petits bouquets sur mousse avec les fleurs, de mettre la table, les nappes, les services, assiettes... le tout pour rendre l'ambiance agréable.
- **Groupe cuisine :** Il est chargé de préparer le repas choisi la semaine précédente par l'ensemble des patients. Cette semaine-là, il se composait d'une salade pour l'entrée, d'un gratin de pâtes au jambon comme plat, et comme dessert d'une salade de fruit. Dans la cuisine, tout le monde porte un tablier et est tenu de respecter les règles d'hygiène en se lavant notamment les mains.

Le but est de recréer une ambiance de fête et de convivialité autour d'un grand repas dont chacun aura participé à la préparation et aura pris du plaisir à préparer ce moment!

Moments intergroupes :

Ces moments entre les groupes sont tout aussi importants que les groupes eux-mêmes, car ils créent l'opportunité que les gens rentrent en contact spontanément, se mettent à discuter ou fassent des jeux de leur propre initiative.

Le groupe médicaments

Ce groupe est dirigé par une psychiatre accompagnée d'une infirmière. Le but est de discuter des différents traitements médicamenteux que les patients prennent.

Le jour où nous avons assisté au groupe, les patients ont décidé d'aborder la question de la précision de l'heure à laquelle ils doivent prendre leurs traitements.

Le fait de partager des détails de leur traitement, permet d'apporter des conseils utiles et pratiques à chacun d'eux. La psychiatre est présente pour répondre aux questions des patients, ainsi pour que diriger le groupe dans la discussion en permettant à chacun, qui le désire, de s'exprimer.

Nous avons pu constater que certains patients parlent plus facilement que d'autres et qu'ils ont parfois tendance à monopoliser la psychiatre pour leurs questions personnelles, ce qui n'est pas le but du groupe.

Le groupe de psychomotricité

Il s'agit d'un groupe d'une quinzaine de patients, qui est animé par une psychomotricienne.

Les patients sont assis sur des chaises en cercle, la séance commence (accompagnée d'une musique douce) en laissant parler les patients du sujet qu'ils souhaitent (en l'occurrence de la digestion de leur tarte au fromage du repas de midi).

La psychomotricienne propose de s'asseoir dans une position confortable à chacun et d'avoir les deux pieds à plat au sol (sans chaussures) et propose trois respirations profondes.

L'animatrice commence à faire différents gestes accompagnés d'une musique, et les participants doivent également pratiquer des gestes de détente à leur convenance ou en imitant l'animatrice.

Après une dizaine de minutes, un gros ballon mou fait son apparition et se voit passer de main en main à son voisin le plus proche dans le sens souhaité. Cet exercice permet à chaque participant de marquer sa présence au sein du groupe. Après une quinzaine de tours, le ballon a la possibilité d'être lancé vers la personne souhaitée, toutes les directions sont permises.

Finalement, le ballon doit rebondir une fois sur le sol avant d'atterrir entre les mains d'un patient, d'autant plus que le ballon doit être lancé avec une force maximale, ce qui permet d'évacuer son énergie...

Après ce dévouement on peut ressentir un certain apaisement dans le groupe, la digestion de la tarte devient moins pénible et certains sourires discrets apparaissent. Un temps de paroles est accordé.

Pour terminer la session, une musique 'énergique' est appliquée et les participants doivent danser à leur convenance en se déplaçant à travers la salle.

Au fil du temps on peut apercevoir un 'relâchement' et un bien-être par certains participants, qui ont souvent de la peine à le reconnaître. Mais la psychomotricienne n'hésite pas à le leur faire remarquer.

Le CAPPÀ est également un centre où se déroulent des suivis psychothérapeutiques privés. Les patients fréquentant l'hôpital de jour ont aussi un suivi psychiatrique au CAPPÀ.

Parallèlement à l'hôpital de jour, un groupe de psychiatres assure des consultations à domicile, souvent dans le but de faire une évaluation à la demande du médecin traitant du patient. Un psychiatre accompagné d'une infirmière se rendent au domicile du patient.

Cette visite se fait selon les besoins du patient, en général, l'infirmière passe une fois par semaine puis accompagnée du médecin une fois par mois.

Certains patients apprécient cette visite alors que d'autres pas, l'entrée dans leur milieu privé ne convient pas à tous.

Association des troubles bipolaires et dépressifs (ATBD) (Annexes n°4,5,6)

Le jeudi 20 mai, de 18h à 19h15, nous avons assisté à la rencontre bimensuelle d'entraide de l'association ATBD. Cette association est composée exclusivement de malades, qui la gèrent dans son entier, de l'animation des groupes aux tâches administratives.

Les professionnels de la santé et les proches sont bienvenus uniquement jusqu'à 19h, la dernière heure étant réservée au dialogue plus libre entre malades. Le nombre de participants varie de 2 à 15 personnes environ. Durant la séance à laquelle nous avons assisté, il y avait 3 patients dont l'animatrice.

Voici les propos qui ont retenu notre attention durant cette heure :

- L'absence de professionnel de la santé peut générer chez certaines personnes la crainte de ne pas être assez stables pour faire face au mal-être, parfois extrême, d'autres participants.
- Même si on est stabilisé, on a toujours l'impression d'avoir une épée de Damoclès au dessus de la tête la décompensation, ce qui exerce une influence sur la stabilité de l'association.
- Critiques des participants vis-à-vis des psychiatres :
 - Manque d'explications au sujet de leur maladie, qui permettraient au patient de mieux accepter sa maladie et de mieux se prendre en charge.
 - Manque de connaissance de certains psychiatres sur la maladie, sentiment du patient qui a l'impression d'en savoir plus que le médecin, mais bonne appréciation des groupes sur la dépression et sur les troubles bipolaires.
 - Parfois, simplement manque de bon sens.
 - Devraient résister d'avantage aux pressions exercées par les assurances, et ne pas réinsérer à tout prix dans le monde professionnel, actuellement très exigeant et stressant, des gens insuffisamment stables, dans le seul but d'améliorer les statistiques de l'AI.
- Les participants se donnent beaucoup de conseils entre eux notamment sur les médicaments et leurs effets secondaires.
- Aucun d'entre eux n'a essayé de thérapies non classiques.
- Difficulté d'expliquer la maladie psychique à son entourage, en particulier à ses jeunes enfants. ⇒ rôle des associations de proches (ex. Le biceps, Le relais,...)
- Gêne et tabou autour de la maladie, dont on ne parle pas au travail.
- Paradoxe :
 - Le travail peut apporter un très important soutien moral et social, aider à combattre la solitude et l'exclusion
 - Etre à l'AI peut être un soulagement, plus de contraintes et de stress liés au travail qui peuvent favoriser les décompensations...

L'Alliance contre la dépression

Le 6 avril 2010, a été mis en place, à Genève, le projet « Alliance contre la dépression » et sa ligne téléphonique, qui émane de la Direction générale de la santé (DGS). Genève est le premier canton romand à avoir adopté cette ligne téléphonique, après les cantons de Bern et de Zug. C'est un projet européen qui a vu le jour en 2003 et qui a déjà été installé dans 18 autres lieux avant d'arriver à Genève. Ce projet a pris de l'ampleur suite aux résultats statistiques obtenus à Munich, après la mise en place de la ligne téléphonique : on constate, en effet, une diminution de 20-25% des suicides, ce qui est un résultat fort encourageant.

La mise en place de ce réseau a comme mission d'atteindre quatre buts différents :

1. Améliorer la collaboration entre les médecins de 1^{er} recours et les spécialistes

Grâce à la ligne téléphonique, les médecins peuvent obtenir différents renseignements et surtout être mis en contact avec un psychiatre, dans le canton, disponible à recevoir un patient, qui en aurait besoin.

2. Informer la population à risque

Ceci pour favoriser le dépistage et le soutien aux personnes nécessitant de l'aide, et aussi pour répondre aux questions des proches sur la maladie ou le comportement à avoir face à une personne qui en souffre.

3. Avoir un contact avec les populations relais (pasteur, personnes des ressources humaines, associations d'homosexuels...)

La population relais a également la possibilité de contacter cette ligne dans le but d'obtenir des conseils, et d'être sensibilisée à la problématique.

4. Informer le public

La campagne d'information a pour but d'améliorer les connaissances de la population sur la dépression et ses traitements, et de déstigmatiser la maladie.

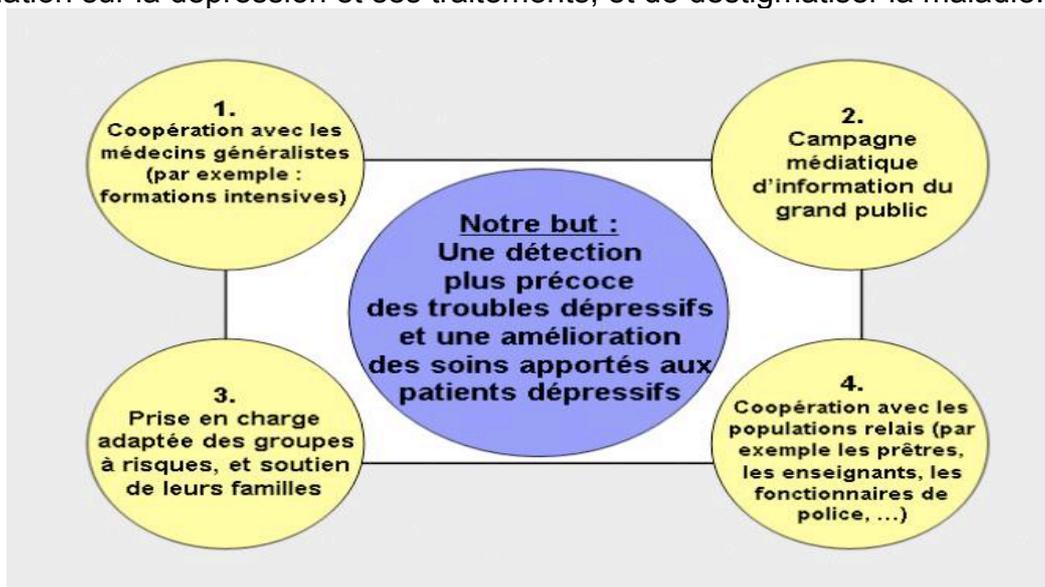


Figure 10. tirée du site : <http://www.eaad.net/fra/our-concept-1.php>

Pour ce faire connaître, l'Alliance a utilisé différents moyens, parmi lesquels on trouve une conférence aux HUG, une conférence de presse suivie de la publication d'articles dans différents journaux, un passage au téléjournal, et des brochures largement diffusées (Annexe 2 et 3).



La dépression peut toucher tout le monde

Bien qu'il s'agisse d'une maladie très fréquente, l'information sur la dépression est souvent lacunaire chez nos contemporains.

La dépression peut frapper tout le monde. Ce n'est pas une question d'âge, de sexe, d'origine, de profession, de mode de vie ou encore de statut social. Ce n'est pas non plus un défaut personnel ni une fatalité.

Dans un grand nombre de cas, le trouble et son impact peuvent être évités si une maladie précoce est prise en compte, le diagnostic est précis, et le traitement approprié.

Une dépression non diagnostiquée génère des souffrances parfois insupportables et peut conduire à la mort.

La dépression a de nombreux visages

La dépression peut prendre plusieurs formes et se manifester par des symptômes très différents.

Le trouble est souvent déclenché par des événements extérieurs tels que le décès d'un proche ou un état de stress persistant. Elle peut aussi frapper spontanément, sans raison apparente, ou encore apparaître durant l'évolution d'une maladie chronique ou d'un trouble mental préexistant. Elle peut également se déclencher durant le processus de guérison d'une maladie. Enfin, des formes particulières de dépression peuvent survenir chez les personnes âgées.

La durée de la maladie est variable. Certaines personnes n'ont qu'un épisode dépressif qui s'estompe au bout de quelques semaines ou plusieurs mois. D'autres connaissent des épisodes à répétition.

Les personnes dépressives ne souffrent pas toutes des mêmes symptômes. Les plus fréquents sont tristesse, perte de plaisir, manque d'énergie, perte de poids, excès de poids, troubles du sommeil, manque de concentration, diminution de l'intérêt pour les activités habituelles.

L'intensité des troubles varie très souvent. Dans certains cas, elle peut aller jusqu'à perturber la vie quotidienne des personnes touchées.

La dépression se soigne

La dépression est une maladie qui se soigne efficacement, grâce à un traitement médicamenteux et/ou psychologique.

Les antidépresseurs peuvent agir à l'échelle du fonctionnement cérébral concerné, pendant ou en cas de dépression. Contrairement à une idée répandue, ils n'agissent pas de façon permanente sur l'équilibre de la personnalité.

Différentes approches psychologiques permettent de prendre en charge la dépression. Elles s'agissent soit d'une thérapie individuelle ou de groupe, soit d'une thérapie familiale ou de couple, soit d'une thérapie de groupe. Elles s'agissent soit d'une thérapie individuelle ou de groupe, soit d'une thérapie familiale ou de couple, soit d'une thérapie de groupe.

Le soutien des proches peut contribuer à faciliter le guérison d'une dépression. Toutefois, il ne remplace pas une prise en charge par un médecin ou un psychologue. L'accompagnement d'une personne dépressive nécessite de respecter l'avis d'un médecin spécialiste. C'est pourquoi il ne faut pas hésiter à consulter le médecin généraliste ou de soins de soutien.

Déprime ou dépression?

TEST

Ce test permet de faire une première appréciation de son humeur personnelle et d'évaluer l'état de détresse causé.

Durant les deux dernières semaines:

A. vous êtes-vous senti déprimé ou sans espoir ?

- 0 = Pas du tout
- 1 = Presque toujours
- 2 = Plus de la moitié des jours durant les deux dernières semaines
- 3 = Presque tous les jours

B. avez-vous ressenti peu d'intérêt ou de plaisir dans vos activités ?

- 0 = Pas du tout
- 1 = Presque toujours
- 2 = Plus de la moitié des jours durant les deux dernières semaines
- 3 = Presque tous les jours

Si votre résultat total est égal ou supérieur à 5, vous souffrez peut-être d'une dépression. Dans ce cas, il faut aller consulter un médecin ou un professionnel de santé ou téléphoner à la ligne d'assistance téléphonique au 022.305.45.45.

Besoin d'aide?

022.305.45.45 (numéro vert)

Une ligne téléphonique d'information, de conseil et d'orientation sur la dépression ouverte à nos partenaires de la HUG au vendredi de 14h à 18h.

Pour qui ?

La ligne téléphonique s'adresse aux personnes présentant des signes de dépression, ainsi qu'à leurs proches, mais aussi à celles qui souhaitent simplement s'informer sur la maladie. Elle répond également aux questions des médecins et professionnels en contact avec des personnes souffrant de la dépression.

L'Alliance propose aussi à l'abonnement un programme de suivi personnalisé de la santé et de prévention coordonné par le Département des Affaires Médicales, de Pédiatrie et de la Santé (DAPM).

En collaboration avec :

- les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)

et les associations :

- les Médecins du Centre de Genève (MCG)
- le Département des Psychologues de Genève (DPSYG)
- les Psychiatres de l'Hôpital de Genève (SHP)
- Changeo
- Triplex
- Stop-anxiété

www.alliance-contre-la-depression.ch

Si l'on s'intéresse d'un peu plus près au message que celles-ci essaient de faire passer, on se rend compte qu'il est plutôt alarmiste et peu informatif. Bien que la brochure cite les symptômes de la dépression, elle ne parle absolument pas de la durée pendant laquelle ils doivent être présents, ni à quelle fréquence, ni en quel nombre pour qu'on puisse réellement envisager ce trouble. Elle donne de plus l'impression que tout le monde est touché par la dépression et devrait se précipiter chez son médecin. Enfin, elle ne propose aucun conseil de prévention, ni un quelconque moyen d'améliorer son humeur en cas de déprime passagère, ce qui serait sans doute plus utile que de pousser tout un chacun à consulter pour le moindre manque d'appétit.

Parlons à présent de la ligne téléphonique, dont le numéro est le : 022.305.45.45 ! Au bout de la ligne, c'est une psychologue qui répond et qui évalue la demande du patient et le dirige vers une structure adaptée. La difficulté principale lors du contact téléphonique, est d'identifier le contexte social et psychique, et la situation dans laquelle la personne téléphone. Un des buts principaux de la psychologue, est de réactiver le réseau du patient (lorsqu'il y en a un) en contactant le médecin de premier recours par exemple. Depuis la mise en place de la ligne téléphonique on peut compter 3,8 appels par jours, et l'âge moyen des appelants est de 48 ans, mais les appels sont bien répartis entre 20 et 65 ans. Les femmes appellent plus que les hommes (65%), mais ceux qui appellent sont, au final, autant concernés par la dépression que les femmes qui appellent avec une proportion de 50/50. Quelques chiffres encore :

- 70% des appels sont effectués par la personne concernée
- 20% par des proches
- 10% par des médecins de premiers recours, ou sont des erreurs

70% des personnes qui ont appelé présentaient des signes de dépression, mais la plupart du temps entre 3 et 4, donc pas assez pour parler réellement d'un trouble dépressif majeur. Un franc succès d'après les responsables !

Notre avis est plus partagé. Un certain nombre de points devraient être améliorés, d'après ce que nous avons pu observer durant notre stage, et qui a servi à forger notre humble avis...

Le message qui a été passé est trop axé sur la détection et la banalisation de la maladie, et non sur la prévention.

La tendance est de faire croire que tout le monde est dépressif dès qu'il se sent un peu triste, alors qu'avoir des moments de tristesse, dans une vie, est parfaitement normal, et des simples gestes quotidiens (activité physique, alimentation équilibrée...) sont très efficaces pour la prévention des petits moments de déprime, et assurent une amélioration de l'humeur.

D'autre part la mise en place d'une ligne téléphonique pour ce type de maladie doit être ouverte 24h/24h et pas seulement entre 14h et 18h, qui sont des horaires contraignants pour la majorité de la population. A n'importe quel moment la personne doit avoir la possibilité de prendre contact avec la psychologue.

Un autre point que nous souhaitons souligner, est que pour être efficace, l'Alliance contre la dépression doit être connue à large échelle. Malheureusement, comme nous avons pu le constater durant notre immersion, seule une faible minorité de la population la connaît, et la situation n'est apparemment pas meilleure du côté des médecins de premier recours.

Nous avons intégré à notre questionnaire une question pour savoir si les gens connaissaient l'Alliance contre la dépression, et nous avons pu constater que 83% de la population n'en a jamais entendu parler...

Durant notre stage, nous avons rencontré deux médecins généralistes, qui n'avaient jamais entendu parler de cette ligne téléphonique, même pas très vaguement. A notre avis, étant donné que cette ligne s'adresse également aux médecins, ceux-ci devraient être bien mieux informés de son existence, simplement pour qu'ils puissent l'utiliser, étant donné qu'ils ont dit en avoir un réel besoin, lorsque nous leur en avons parlé.

Chapitre 6 : Conclusions et perspectives

A l'automne, j'ai rassemblé tous mes chagrins
et les ai enterrés dans mon jardin.
Quand avril est revenu et que le printemps est venu
célébrer ses noces avec la terre,
de belles fleurs différentes des autres
ont poussé dans mon jardin.
Mes voisins sont venus les admirer,
et ils m'ont tous dit :
« Quand l'automne reviendra, au moment de la semaison,
nous donneras-tu des graines de ces fleurs
afin que nous puissions les planter dans nos jardins ?

Khalil Gibran (Le sable et l'écume)

Le voyage s'achève, Lecteur, et, après avoir traversé les affres ténébreuses du diagnostic, la jungle des théories et des causes en tout genre, les sommets médicamenteux et les gouffres institutionnels, après s'être noyé avec le bon médecin généraliste et accroché désespérément à la bouée glissante de « l'Alliance », que faut-il retenir de ce petit tour d'horizon de la dépression que nous venons d'effectuer ?

Ce problème, pour sûr, tient une place importante dans la société et soulève l'intérêt du public, comme nous avons pu le constater, en faisant passer nos questionnaires dans la rue. La plupart des gens que nous avons interrogés se sont, en effet, montrés très intéressés par cette problématique et nous ont, à leur tour, posé beaucoup de questions. Leur réceptivité était peut-être le fruit de cette image d'omniprésence qu'a la dépression dans notre société, et qui fait que chacun se sent, de près ou de loin, concerné. En effet, elle est considérée par la population, qui la surestime largement, comme très fréquente.

Le problème est sérieux aussi de par la souffrance dont il est le reflet, et de par l'importance économique (due à la fois à la morbidité et à la mortalité qu'entraîne cette affection), et politique qu'on lui attribue, car l'Alliance contre la dépression est véritablement un projet d'origine politique.

Revenons également sur certains paradoxes, que nous avons croisés sur notre route !

Premièrement, la population pense que la dépression est le produit de causes externes, mais donne comme conseil principal de consulter un médecin, alors que celui-ci est démuné face à ces mêmes causes externes.

Deuxièmement, d'un côté les « vrais » dépressifs ne cherchent pas forcément d'aide, et s'ils en cherchent, ils ont de la peine à en trouver. De l'autre côté, les « faux » dépressifs revendiquent leur maladie et demandent des traitements.

Il y a toutes les chances qu'un projet comme l'Alliance contre la dépression, qui cherche avant tout à cibler le premier groupe des « vrais » dépressifs, ne fasse qu'augmenter le second, celui des « faux » dépressifs revendicateurs.

Les antidépresseurs sont vus comme une solution confortable, par les patients, parce qu'il est plus facile d'avaler un cachet que de changer sa vie, et par les médecins de premiers recours, parce qu'il est plus simple de prescrire une pilule que de faire des entretiens de plus d'une heure, qui ne sont pas rentables pour eux, et que de se retrouver désarmés face à la souffrance, souvent légitime, d'autrui.

Nous pouvons encore souligner que beaucoup de choses ont été mises en place pour améliorer le dépistage et la prise en charge de la dépression, mais que, par contre, malheureusement rien n'a vraiment été tenté pour ce qui est de la prévention primaire, ce qui est bien dommage. Il devrait pourtant être possible, pour un projet comme l'Alliance, de s'associer à des campagnes de promotion de la santé connues auprès du public et ayant une bonne visibilité, comme « manger cinq fruits et légumes par jour », ou « A vélo à l'uni/bike to work ».

Il suffirait de citer en plus des autres bénéfiques pour la santé que le suivi de ces recommandations apporte, l'effet non négligeable dans le traitement et surtout la prévention des épisodes dépressifs moyens à légers, notamment de l'activité physique régulière. C'est une des pistes qu'aborde David Servan-Schreiber dans son livre « Guérir le stress, l'anxiété et la dépression sans médicaments ni psychanalyse ».

Il nous paraîtrait également indispensable que la ligne téléphonique soit atteignable 24 heures sur 24, pour pouvoir réellement répondre à la mission qu'elle s'est fixée. Et pourquoi ne pas former mieux le personnel d'autres lignes téléphoniques existantes, comme la Main Tendue, qui sont bien ancrées au niveau du public. On pourrait aussi y engager des psychologues. Cela aurait l'avantage de limiter les coûts.

On pourrait aussi imaginer que l'Alliance adapte un peu le message de ses brochures, pour le rendre moins alarmiste et plus informatif. Elle devrait peut-être également se rendre plus visible non seulement auprès de la population, mais aussi auprès des médecins. Laissons-lui cependant un peu de temps, car c'est vrai qu'elle est toute jeune !

Quant au débat que soulève notre titre, nous ne nous prononcerons pas. Il appartient à chacun de se faire sa propre opinion, et, au besoin, d'aller creuser les quelques pistes de réflexion que nous avons entamées !

Remerciements

Nous tenons à remercier très sincèrement, pour le temps qu'ils nous ont consacré et les lumières qu'ils nous ont apportées, pour leur patience infinie et l'enthousiasme qu'ils ont manifesté pour notre projet :

La Doctoresse Alessandra CANUTO

Le Docteur Guido BONDOLFI

Le Docteur Lucien BARRELET

Le Docteur Georgios GKINIS

Madame Audrey NALLET

La Doctoresse Anca PASCHOUD

Le Docteur Malek TOUABI

Notre gratitude, partie du fond de notre cœur, va droit à toute l'équipe du CAPPA, aux membres de l'ATBD, aux patients qui nous ont si bien accueillies, et à toutes les personnes qui ont eu la gentillesse de répondre à notre questionnaire.

Enfin, un très très grand merci, à notre chère tutrice, la Doctoresse Barbara BROERS, qui s'est dévouée avec amour à notre cause.

Son ouverture d'esprit et son implication nous ont guidées tout au long de notre travail.

Bibliographie

Ouvrages

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM-IV manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Masson, 1996
- BARRELET Lucien, *Notes personnelles « Dépression et approches systémique »*, 2008
- EHRENGERG Alain, *la fatigue d'être soi*, Edition Odile Jacob, 1998
- FERRERO Jean, *Pharmacologie*, Université de Genève, 2006
- LABRO Philippe, *tomber sept fois et se relever huit*, Edition Gallimard, 2005
- PURVES Dale, *Neurosciences*, De Boeck, Neurosciences & cognition, 2005
- SERVAN-SCHREIBER David, *Guérir*, Edition Robert Laffont, 2003
- STAHL Stephen, *Essential Psychopharmacology*, Cambridge University Press, 2000

Images

- <http://pablorpalenzuela.files.wordpress.com/2008/03/prozac.jpg>
- www.neuroplasticite.com/mecanismes-neuroplasticite/depression/images/alteration-neuro.jpg
- http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/

Liens Internet

- www.zugerbuendnis.ch/docs/magazin_f.pdf
- www.obsan.ch > publications
- www.who.int/fr/
- www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/01915/index.html?lang=fr
- www.association-atb.org/
- <http://psychiatrie.hug-ge.ch/organisation/cappa.html>
- <http://ge.ch/dares/promotion-sante-et-prevention/depression-1037.html>

Annexe 1

Questionnaire de connaissance de la dépression

1. Quels sont selon vous les signes d'une dépression ?

-
-
-

2. Quelles peuvent être les causes de la dépression selon vous?

-
-
-

3. Que conseilleriez-vous à quelqu'un qui se sent déprimé ?

-
-
-

4. Qu'est-ce que la dépression ?

	Tout à fait d'accord	Moyennement d'accord	Pas du tout d'accord
-une maladie psychiatrique génétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-une maladie qui touche très peu de monde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-une maladie rapidement diagnostiquée et bien traitée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-ce n'est pas une maladie, c'est une construction sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Quel est (environ) le pourcentage de la population suisse qui souffre de dépression pensez-vous?

6. Avez-vous déjà entendu parler de l'Alliance contre la dépression et de sa ligne téléphonique ? oui non

7. Sexe : F M

8. Tranche d'âge :

10-20 <input type="checkbox"/>	50-60 <input type="checkbox"/>
20-30 <input type="checkbox"/>	60-70 <input type="checkbox"/>
30-40 <input type="checkbox"/>	70-80 <input type="checkbox"/>
40-50 <input type="checkbox"/>	80+ <input type="checkbox"/>

Annexe 2

Déprime ou dépression?

TEST

Ce test permet de faire une première appréciation de son humeur personnelle et d'évaluer l'intérêt de demander conseil.

Durant les deux dernières semaines:

A. vous êtes-vous senti déprimé ou sans espoir ?

- 0 = Pas du tout
- 1 = Pendant plusieurs jours
- 2 = Plus de la moitié des jours durant ces deux dernières semaines
- 3 = Presque tous les jours

et/ou

B. avez-vous ressenti peu d'intérêt ou de plaisir dans vos activités ?

- 0 = Pas du tout
- 1 = Pendant plusieurs jours
- 2 = Plus de la moitié des jours durant ces deux dernières semaines
- 3 = Presque tous les jours

Si votre résultat total est égal ou supérieur à 3, vous souffrez peut-être d'une dépression. Dans ce cas, n'hésitez pas à contacter un médecin ou un professionnel de santé ou à téléphoner à la ligne d'orientation indiquée au dos de ce dépliant.

Besoin d'aide?

+41 22 305 45 45 (tarif local)

Une ligne téléphonique d'information, de conseil et d'orientation sur la dépression répond à vos questions du lundi au vendredi de 14h à 18h.

Pour qui ?

La ligne téléphonique s'adresse aux personnes présentant des signes de dépression, ainsi qu'à leurs proches, mais aussi à celles qui souhaitent simplement s'informer sur la maladie. Elle répond également aux questions des médecins et professionnels en contact avec des personnes fragiles face à la dépression.

L'*Alliance genevoise contre la dépression* : un programme du plan cantonal de promotion de la santé et de prévention coordonné par le département des affaires régionales, de l'économie et de la santé (DARES).

En collaboration avec :

- les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)

et les associations :

- des Médecins du canton de Genève (AMG),
- Genevoise des Psychologues (AGPsy),
- des pharmaciens et pharmaciens de Genève (pharmaGenève),
- Dialogal,
- Trajectoires,
- Stop-suicide.

www.ge.ch/depression · contact : alliance@etat.ge.ch

35'000 exemplaires / février 2010

Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé
Direction générale de la santé
Avenue de Beau-Séjour 22 - 24 • Case postale 76 • 1211 Genève 4, Plainpalais
Tél. +41 (22) 545 50 00 - Fax +41 (22) 546 50 66 - www.ge.ch/depression



REPUBLIQUE
ET CANTON
DE GENÈVE

alliance
contre la
DEPRESSION
La dépression, une maladie
qui nous concerne tous



La dépression peut toucher tout le monde

La dépression peut toucher tout le monde, quel que soit son âge, sa profession ou sa situation économique et sociale.

Bien qu'il s'agisse d'une maladie très fréquente, l'information sur la dépression est souvent lacunaire et/ou mal comprise.

La dépression peut frapper tout le monde. Ce n'est pas une question d'âge, de sexe, d'origine, de profession, de mode de vie ou encore de statut social. Ce n'est pas non plus un échec personnel, ni une fatalité.

Dans un grand nombre de cas, le médecin et son patient pensent d'abord à une maladie physique. Après une évaluation poussée, le diagnostic de dépression peut être posé, permettant ainsi d'entreprendre un traitement approprié.

Une dépression non diagnostiquée génère des souffrances parfois insupportables et peut conduire au suicide.

La dépression a de nombreux visages

La dépression peut prendre plusieurs formes et se manifester par des symptômes très différents.

La dépression est souvent déclenchée par des événements douloureux tels que le décès d'un proche ou un état de stress persistant. Elle peut aussi frapper soudainement, sans raison apparente, ou encore apparaître durant l'automne et l'hiver, lorsque le temps se fait maussade. Elle peut également se déclencher durant la grossesse ou à l'occasion d'une naissance. Enfin, des formes particulières de dépression peuvent survenir chez les personnes âgées.

La durée de la maladie est variable. Certaines personnes n'endurent qu'une seule phase dépressive qui s'étend parfois sur plusieurs semaines ou plusieurs mois. D'autres connaissent des épisodes à répétition.

Les personnes dépressives ne souffrent pas toutes des mêmes symptômes. Les plus fréquents sont : tristesse, perte de plaisir, manque d'énergie, repli sur soi, sentiment de vide intérieur, angoisse, manque de concentration, insomnies, diminution du désir sexuel ou encore douleurs physiques multiples.

L'intensité des troubles varie elle aussi. Dans certains cas, elle peut aller jusqu'à paralyser la vie quotidienne des personnes touchées.

La dépression se soigne

La dépression est une maladie qui se soigne efficacement, grâce à un traitement médicamenteux et/ou psychothérapeutique.

Les antidépresseurs peuvent aider à rétablir le fonctionnement normal du cerveau, perturbé en cas de dépression. Contrairement à une idée répandue, ils n'engendrent pas de dépendance, ni n'induisent de modifications de la personnalité.

Différentes approches psychothérapeutiques permettent de prendre en charge la dépression. Elles s'appuient sur une meilleure compréhension des événements du passé pour appréhender les difficultés du présent. D'autres visent l'acquisition de stratégies permettant une approche différente des problèmes. La planification d'activités plaisantes, l'expérimentation d'événements positifs et la mise à distance des pensées négatives y jouent un rôle important.

Le soutien des proches peut contribuer à favoriser la guérison d'une dépression. Toutefois, il ne remplace pas une prise en charge par un médecin ou un psychothérapeute. L'entourage d'une personne dépressive risque de s'épuiser face à une situation déstabilisante. C'est pourquoi il ne devrait pas hésiter à chercher de l'aide auprès de spécialistes ou de groupes de soutien.

Annexe 3

Annexe 4

PROGRAMME GROUPAL HEBDOMADAIRE

Centre Ambulatoire de Psychiatrie et Psychothérapie de l'Agé (CAPPA)

LUNDI				MARDI				MERCREDI				JEUDI				VENDREDI								
Colloque Com salle réunion 8h30-10h00				Colloque PG salle réunion 8h30-10h00								Colloque PTC salle réunion 8h30-10h00												
PG1	PG4	PTC1	Consult	crise	PG2	PG3	PTC2	Consult	crise	PG1	PG4	PTC1	crise	PG2	PG3	PTC2	crise	PG2	PG3	PTC2	crise			
ARRIVEE 9h30					ARRIVEE 9h30					ARRIVEE 9h30				ARRIVEE 9h30				ARRIVEE 9h30						
Medic salle 08 10h10-10h45 10h45-11h30	Art-thérapie salle 013 10h10-10h45 10h45-11h30			Flash 10h45-11h00 Musicoth. salle 007 11h15-12h15	Psychomot. salle 007 10h15-11h15 11h15-11h30	Art-thérapie salle 013 10h15-11h30	Cuisine Salle 018 10h15-12h30		Flash 10h45-11h00 Musicoth. salle 09 11h15-12h15	Psychomot. salle 007 10h15-11h15 11h15-11h30	Hab.soc. salle 013 10h15-11h15 11h15-11h30	Hab.soc. salle 013 10h15-11h30	Flash 10h45-11h00 Verbal salle 09 11h15-12h05	Medic salle 08 10h15-10h45	ARRIVEE 9h30	AG salle 007 10h15-10h45	Verbal salle 09 11h15-12h05	Flash 10h45-11h00 Psychomot. salle 007 11h15-12h15	AG salle 007 10h15-10h45	ARRIVEE 9h30	Psychomot. salle 007 10h30-11h30 11h30-11h45	Flash 10h45-11h00 Verbal salle 09 11h15-12h05	Psychomot. salle 007 10h30-11h30 11h30-11h45	Flash 10h45-11h00 Verbal salle 09 11h15-12h05
Hab.soc. salle 08 11h15-12h15	Verbal salle 09 10h40-11h30	REPAS		REPAS	AG salle 007 11h45-12h15	REPAS		REPAS	REPAS	REPAS		REPAS		REPAS		REPAS		REPAS		REPAS		REPAS		
Art-thérapie salle 013 13h45-15h00	Medic salle 08 14h00-14h30 13h30-14h30	Psychomot. salle 007 13h30-14h30		Art-thérapie salle 013 14h00-15h15	Psychomot. salle 007 13h45-14h45	Musicoth. salle 007 13h45-14h45		Psychomot. salle 09 13h15-15h35		Verbal salle 09 13h45-14h30 13h30-15h30	Psychomot. salle 007 14h00-14h30	AG salle 007 14h15-15h15		Hab.soc. salle 013 13h45-14h45	Hab.soc. salle 013 15h15-16h15		Verbal salle 09 14h15-15h05		Verbal salle 09 14h15-15h05		Verbal salle 09 14h15-15h05		Verbal salle 09 14h15-15h05	
AG salle 007 15h30-16h00																								
DEPART 16h15				DEPART 16h15				DEPART 16h15				DEPART 16h15				DEPART 16h15								
Fonctionnement salle réunion 018 16h30-17h30																								

12.04.2010

Annexe 5

INFORMATIONS

BÉNÉVOLEMMENT VÔTRE...

AT&BD a aussi pour mission d'offrir à ses membres l'occasion de conserver ou recréer un lien avec le monde professionnel en leur permettant de prendre une part active dans son fonctionnement.

Je me permets de glisser ici mon expérience et mon témoignage en tant que membre active d'AT&BD depuis 1 an. En 2008, j'avais pour projet de reprendre une formation, projet qui s'est depuis concrétisé : je suis actuellement étudiante en commerce. M'intégrant dans un groupe, me remettre à l'ordinateur, pondre divers documents, assister aux séances mensuelles du comité AT&BD, assumer des petites responsabilités, récolter les fruits de mon travail... Tout cela m'a permis de me préparer à retourner dans la vie de Monsieur et Madame Tout le monde. Si j'avais réussi à réutiliser mes capacités professionnelles dans l'Association, pourrai-est-ce que je ne réussis pas à le faire ailleurs ?

Prendre une part active dans l'Association permet de se sentir utile, de faire remettre des talents oubliés ou d'en découvrir des nouveaux. Si ces quelques lignes vous parlent ou si vous voulez en savoir plus, alors n'hésitez pas !

NOUVELLE REGLE DU GROUPE D'ENTRAIDE

Dans le souci du respect de la parole libre de chacun et devant l'augmentation des demandes de proches d'assister aux groupes d'entraide, le comité a décidé d'accueillir les proches uniquement de 18 h à 19 h. Il leur sera désormais demandé de quitter le groupe à 19h, afin de permettre aux personnes ne souhaitant pas s'exprimer en leur présence de

le faire ensuite. Nous espérons que cette règle convient au plus grand nombre.

COTISATIONS

Bonne et heureuse année 2009 !
Nouvelle année... nouvelle cotisation ! AT&BD a plus que jamais besoin de vos cotisations (Fr.50.-) et dons. Loyer du local, téléphone, frais administratifs, etc. etc.

MERCI de penser à payer votre cotisation 2009.

CONFÉRENCE DÉPRESSION

Une vingtaine de personnes ont assisté à la présentation du programme Dépression des HUG du 30 octobre 2008. Vous pouvez retrouver cette présentation en fichier PowerPoint sur notre site www.association-atb.org.

LE PSY-NÉPHILÉ

Projections de films sur le thème de la psy à l'association Parole, au 1 rue du Vieux-Billard. Séances les 2e mercredi du mois à 18 h 30.

18 février : Pour le meilleur et pour le pire ou Les gens normaux n'ont rien d'exceptionnel!

11 mars : Benny & Joan

8 avril : Des souris et des hommes.

Mystic River ou Birdy

13 mai : Rain Man

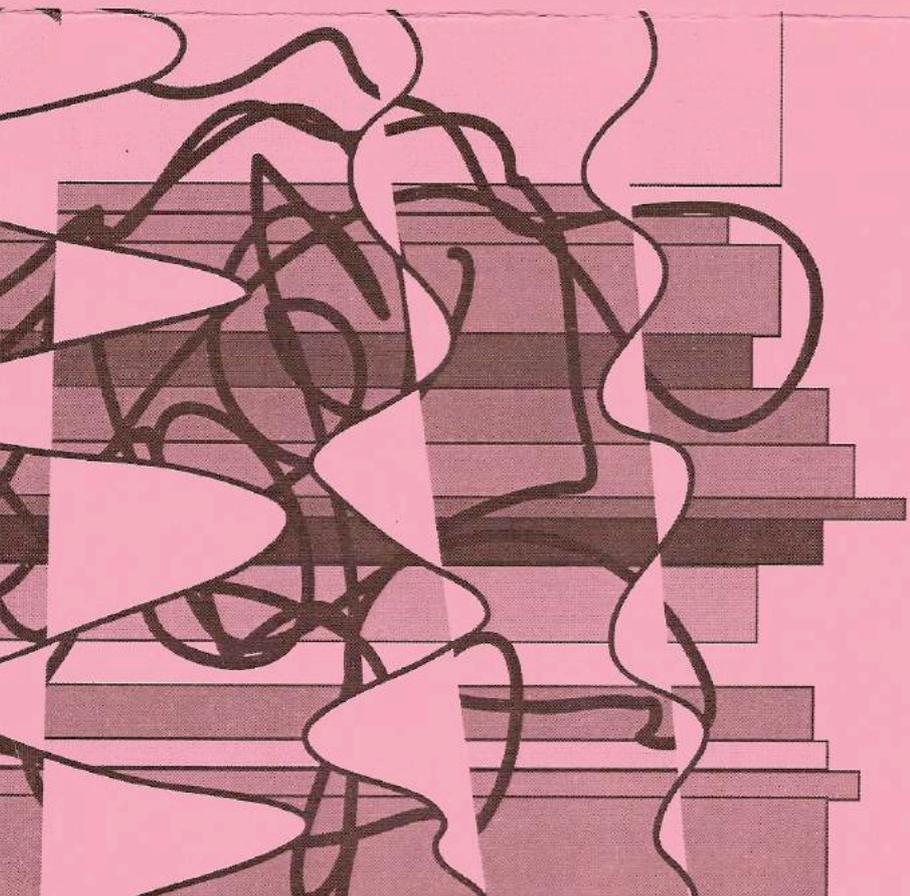
MERCI A TOUTES LES PERSONNES ET INSTITUTIONS QUI SOUTIENNENT AT&BD PAR LEUR INTERET. LEUR TRAVAIL BENEVOLE OU DES DONNS FINANCIERS. MERCI AUX MEMBRES QUI SE RESPONSABILISENT POUR QUE LA CHAÎNE RESTE VIVANTE ET QUE LES NOUVEAUX VENUS PUISSENT BENEFICIER A LEUR TOUR DE LA SOLIDARITE ASSOCIATIVE.
MERCI AU CANTON DE GENEVE, AUX ENTREPRISES ASTRA ZENNECA ET ELLI LILLY A LA COMMUNE DE VANDOEUVRES AINSI QUA DIFFERENTES AUTRES COMMUNES GENEVOISES POUR LEUR SOUTIEN ET LEUR CONFIANCE.
Le Comité AT&BD

AT&BD, ASSOCIATION DE PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES BIPOLAIRES OU DE DEPRESSION.
Maison des Associations, 15 rue des Savoies, 1205 Genève, bus TRG 1-13-15, Tél. 022/321-74-64
info@association-atb.org www.association-atb.org Cotisation Fr.50.- CCP 17-198929-6

AT&BD

Association de personnes
ayant un trouble de l'humeur,
bipolaire ou dépressif

PROGRAMME FÉVRIER - MAI 2009





Association de personnes ayant un trouble de l'humeur, bipolaire ou dépressif

REUNIONS

Nos réunions d'entraide ont lieu à notre local, au rez de la Maison des associations, 15 rue des Savoises, à Plainpalais, Genève. Le local est ouvert dès 17 h 45. Petite bibliothèque à consulter. Entrée libre. TRG: 1-15-13 Place du Cirque TEL: 022.321.74.64

REUNIONS AT&B&D 18 H À 20 H	JANV.	JeuDis 8 et 22
Rencontres, tour de table, partages des expériences, informations, liens conviviaux. Ceux qui n'aiment pas participer aux réunions sont cordialement invités à passer au local dès 20 h pour boire un verre avec nous.	FEVR.	JeuDis 5 et 19
	MARS	JeuDis 5 et 19
	AVRIL	JeuDis 2 et 23
	MAI	JeuDis 7 et 14

ASSEMBLEE GENERALE

JEUDI 12 MARS À 18 H

Voir ordre du jour ci-joint

L'occasion de découvrir les coulisses de l'association et d'y mettre son grain de sel. Pour rappel, les membres ayant payé leur cotisation ont le droit de vote. Alors, n'hésitez pas ! C'est peut-être aussi l'occasion de se découvrir l'âme d'un membre actif ou de faire naître l'envie d'en devenir un.

SOIRÉE FONDUE APRES L'AG AU CAFE DE LA PAIX

12 mars

JeuDi 20 h

Bd Carl-Vogt 65

Bienvenue à tous, venez festoyer avec nous ! Comme chaque année, vous pouvez nous rejoindre seulement pour le repas. Rendez-vous dans le hall d'entrée de la Maison des Associations. Inscription par e-mail à info@association-ctb.org ou sur le répertoire au 022/321.74.64 jusqu'au 6 mars.

AT&B&D (anciennement ATB), est une association d'entraide auto-gérée depuis 1997 par des personnes vivant avec des troubles de l'humeur, bipolaire ou dépressif.

Elle compte 220 membres et sympathisant(e)s et offre un espace chaleureux de rencontres.

Les expériences de chacun y sont partagées dans le respect.

AT&B&D propose réunions, sorties, conférences et informations en vue d'un nouvel équilibre.

AT&B&D œuvre pour une meilleure compréhension de la maladie et la suppression des discriminations sociales. Elle collabore activement avec le réseau de santé mentale.

VISITEZ NOTRE SITE : WWW.ASSOCIATION-ATB.ORG

VOUS Y RETROUVEZ NOTRE PROGRAMME, DES INFOS, DES TMOIGNAGES...

LE CARNET D'ADRESSES DU RESEAU GENEVOIS : WWW.GREPSY.CH

CONFERENCES

Conférences publiques à la Maison des Associations, 15 rue des Savoises, Salle Zazie Sadou. TRG: 1-13-14-15 Place du Cirque. Entrée Libre

26 FEVRIER, 18 H 30
CARLOS LEON

Dr en psychiatrie
psychiatre FSP
Associatif Genève

www.lepiedruteur.ch

L'EMPOWERMENT

« Empowerment, résilience, autonomie, rétablissement, accomplissement personnel... ». Des mots porteurs de confiance en soi, d'espoir intérieur, d'ouverture au monde! Popularisés par des personnes (« résilientes ») ces concepts et leurs applications thérapeutiques dérivés ont fait leurs preuves. Quelles pertes et quels gains dans la quête du meilleur de soi? Qu'est-ce que bien vivre ? Présentation du nouveau programme à Genève, PARS (Potentiels d'Action, d'Intelligence, de Relation, de Rétablissement et de Santé).

26 MARS, 18 H 30
SYLVIE JOLY

INTEGRATION POUR TOUS

Intégration pour tous (IPT), fondation privée créée en 1972, a développé un processus original pour favoriser l'intégration et la réinsertion professionnelles des personnes atteintes dans leur santé psychique ou physique.

Chaque année, IPT permet à plusieurs centaines de personnes ayant été exclues du marché du travail pour des raisons de santé de retourner dans le circuit du travail. Pour cela, la fondation offre un conseil personnalisé à chaque personne et dispose de différents outils pour aider à reprendre confiance, à élaborer un projet professionnel réaliste et réalisable, et enfin à renouer avec une activité professionnelle.

RESEAU

AETOC

Association d'entraide de personnes souffrant de troubles obsessionnels compulsifs.

Les réunions ont lieu les mardis de 18 h 30 à 20 h 30, à l'association Perole, 1 rue du Vieux-Billard.

Dates : 3 fév., 3 mars, 7 avril et 5 mai

Tél. : 022/320.37.73

Email : aetoc@bluewin.ch

Nouvelle adresse internet : www.aetoc.ch

L'EXPERIENCE

Association auto-gérée par des souffrants psychiques, centrée sur l'activité. 19 rue de Chêne-Bloch, Le Lignon, Bus 27, arrêt "Barde" 022/7797.31.67, lexperience@bluewin.ch. Ouvert lundi, mercredi et vendredi de 14 h à 17h30.

Lundi : initiation au vitrail "Tiffany"

Mercredi : jeux, jeux de société et permanence accueil

Vendredi : atelier photographie

D'autres activités individuelles sont possibles. Se renseigner.

Chaque dernier mardi du mois, un repas collectif est organisé (partage des frais et de la préparation).

S'annoncer jusqu'au lundi précédent à 17h30.