



# Dépression

## Un élan vital à retrouver

➔ **La dépression est à ce point un problème de santé publique** que certains n'hésitent pas à parler d'épidémie mondiale. L'arsenal thérapeutique s'est étoffé : nouveaux médicaments antidépresseurs, thérapies cognitivo-comportementales... Mais beaucoup reste à faire pour comprendre les mécanismes biologiques et psychiques de cette maladie et tenter d'attaquer le mal à sa source.

# 15 %

C'est l'estimation de la part de la population qui souffre au moins une fois dans sa vie de dépression. Ce risque augmente avec la précarité, le vieillissement ou encore la solitude. C'est donc une cause très importante de souffrance. Rien qu'en France, chaque année, 3 millions de personnes entre 15 et 75 ans sont touchées.



### Partenariat avec France Inter.

Retrouvez le parrain du dossier à l'antenne, invité de Mathieu Vidard dans son émission «La tête au carré».

11 OCTOBRE – 14H

À réécouter sur [www.frm.org](http://www.frm.org)

**C**ontrairement à une idée largement répandue, la dépression est bien une maladie, au même titre que l'hypertension ou le cancer. Ce n'est ni une fatalité ni une faiblesse de caractère. Cette maladie peut même devenir chronique et invalidante. Elle se soigne et la recherche a d'ailleurs permis de réels progrès pour en améliorer la prise en charge.

### DÉPRESSION OU SIMPLE MÉLANCOLIE

L'épisode dépressif majeur peut être décrit comme un trouble de l'humeur qui se traduit par une perte de motivation, parfois appelée perte d'élan vital par les spécialistes, un manque d'estime et de confiance en soi, un sentiment intense de tristesse ou de vide. Il faut donc distinguer la dépression d'une déprime ou d'une mélancolie passagères qui, elles, peuvent survenir lors d'événements difficiles (décès, échec professionnel, etc.) mais ne durent pas. Le critère principal pour distinguer une dépression d'une déprime passagère est une souffrance psychique quasi permanente (sans répit) et durable (plusieurs semaines, mois...) qui entrave la vie quotidienne.

### DE NOMBREUX TROUBLES ASSOCIÉS

« De nombreuses manifestations peuvent attirer l'attention : difficulté à se concentrer, troubles du sommeil, anorexie, angoisse, troubles de la libido... avec un retentissement dans les relations humaines, la scolarité, ...



### 3 QUESTIONS AU PARRAIN DU DOSSIER

#### Pr Jean-Pierre Olié

Professeur de psychiatrie à la faculté de médecine Paris-Descartes, chef du service psychiatrique à l'hôpital Sainte-Anne (Paris)

Peut-on parler de surconsommation d'antidépresseurs en France ?

**J.-P. O. :** Non, il s'agit plutôt d'un problème de mésusage et de diagnostic. Certaines personnes demandent et/ou se voient prescrire des antidépresseurs alors qu'elles ne souffrent pas d'un épisode dépressif majeur, mais plutôt d'une difficulté passagère mal identifiée. D'autres, réellement malades, n'osent pas s'adresser à leur médecin ou ne sont pas identifiés comme malades. C'est donc un problème de formation des médecins et d'information du grand public.

Comment doit être envisagé un traitement antidépresseur ?

**J.-P. O. :** La dépression n'est pas une urgence médicale, on ne prescrit pas d'antidépresseurs à la va-vite ! Il faut prendre le temps de vérifier que les symptômes sont durables avec des répercussions sur la vie quotidienne, et ne pas sous-estimer la nécessité d'un soutien psychique. Les antidépresseurs soulagent les symptômes et limitent les risques que la dépression devienne chronique. Ils peuvent être aussi utilisés pour prévenir les risques de récurrence. La durée de ce traitement

peut donc aller de quelques mois (au minimum 4 à 6 mois) à quelques années. Une prise en charge psychologique est toujours indispensable.

La durée du traitement est très importante, pourquoi ?

**J.-P. O. :** Il faut attendre 6 à 8 semaines pour juger de l'efficacité d'un traitement antidépresseur, et garder en tête que tous les symptômes ne seront pas soulagés en même temps. En effet le traitement antidépresseur peut avoir une action rapide sur l'anxiété, l'insomnie. Mais l'évaluation des effets et des limites du traitement ne peut valablement se faire qu'après quelques semaines. Le traitement antidépresseur doit être poursuivi au moins quatre mois après la levée des symptômes. Aujourd'hui, une personne sur deux traitée par antidépresseurs arrête son traitement au bout d'un mois à peine. Il y a donc bien un problème de mésusage de ces médicaments, et d'éducation thérapeutique des malades.

#### BIOGRAPHIE

**2002 :** devient chef du service de psychiatrie à l'hôpital Sainte-Anne à Paris.

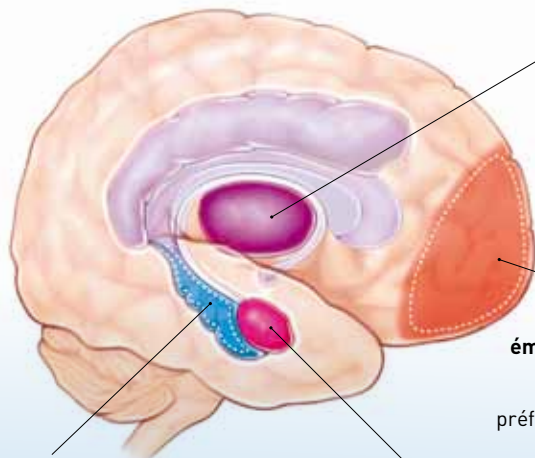
**2009 :** publie *Guérir la souffrance psychique*, éditions Odile Jacob

**2010 :** élu membre de l'Académie nationale de médecine



## Les zones du cerveau affectées par la maladie

Lors d'un épisode dépressif majeur, de profonds bouleversements surviennent au cœur du cerveau : des modifications du fonctionnement de certaines zones, mais aussi des changements de leur structure. Si l'on ne sait pas encore si ce sont des causes ou plutôt des conséquences de la maladie, tous ces changements sont réversibles, grâce aux traitements.



### Thalamus

Impliqué dans la vigilance, l'affectivité, l'humeur et la mémoire  
Augmentation de l'activité du thalamus lors d'un épisode dépressif.

### Cortex préfrontal

Impliqué dans la gestion des émotions, la prise de décision, le comportement social...  
Réduction du volume du cortex préfrontal et baisse de son activité, lors d'une dépression.

### Hippocampe

Impliqué dans la gestion des émotions, le stress, la mémoire...  
Réduction de volume proportionnelle à la durée et la sévérité de la dépression.

### Amygdale

Impliquée dans l'anxiété et l'hypersensibilité  
Augmentation de l'activité de l'amygdale lors d'un épisode dépressif.

© Carole Furnat

... le travail, ainsi que la santé générale », résume le Pr Jean-Pierre Olié, psychiatre à l'hôpital Sainte-Anne (Paris). Il peut s'agir d'un épisode dépressif réactionnel, c'est-à-dire d'une dépression qui survient typiquement quatre à six mois après un événement pénible (décès, perte d'emploi, crise familiale, etc.) ou lors d'une situation exigeante (changement de vie, de travail, etc.). Il peut aussi

être déclenché par un trouble hormonal (dérèglement de la *thyroïde* **Q**, suite d'accouchement, etc.) ou une maladie (AVC **Q**, maladie de Parkinson, etc.). Cette forme de dépression nécessite un peu de temps au patient pour s'adapter au nouveau contexte dans lequel il évolue, ou pour soigner le trouble à l'origine de son état. Mais celle-ci est facilement et rapidement réversible. Il existe également une dépression dite

endogène, « c'est-à-dire sans facteur déclenchant manifeste, qui révèle l'existence d'une dimension individuelle de vulnérabilité face à cette maladie », explique le Pr Olié. Dans ce cas, l'épisode dépressif dure généralement six à dix mois et les traitements accélèrent la guérison dans 60 à 80 % des cas. Cependant, « comme pour le cancer, on préfère parler de rémission plutôt que de guérison, car il peut en effet rester des symptômes persistants, dits cicatriciels, qui seront à l'origine d'une récurrence dans un cas sur deux. voire d'une dépression chronique chez un patient sur cinq ».

## UNE ACTIVITÉ ACCRUE AU CŒUR DU CERVEAU

L'imagerie médicale en particulier (*IRM fonctionnelle*) **Q** permet de mieux comprendre ce qui se passe au niveau cérébral lors d'un épisode dépressif. « On constate que le système limbique **Q** a une activité accrue, alors que le cortex **Q**, où sont contrôlées les émotions, voit son activité diminuer. Par ailleurs, les relations entre ces différentes zones sont perturbées, et ce même quand le cerveau est au repos, comme si les réseaux émotionnels communiquaient trop entre eux », décrit Philippe Fossati, chercheur CNRS au Centre Émotion à l'hôpital de La Pitié-Salpêtrière (Paris). Ces perturbations ont des conséquences sur la structure même du cerveau. « La répétition d'épisodes dépressifs s'accompagne notamment d'une diminution du volume de l'hippocampe **Q**, et cette diminution est proportionnelle à la durée des crises. » En observant ces altérations de structure et de fonctionnement du cerveau, il est logique de constater que les traitements

**Q** **Thyroïde** : glande endocrine (qui sécrète des hormones dans la circulation sanguine) ; elle est située à l'avant du cou. Les hormones qu'elle produit agissent sur de nombreuses fonctions de l'organisme, comme la régulation de la température du corps, des dépenses

énergétiques, de l'humeur...  
**AVC ou accident vasculaire cérébral** : déficit neurologique soudain d'origine vasculaire, dû à l'obstruction d'une artère irriguant le cerveau (notamment par un caillot) ou à une hémorragie.

**IRM fonctionnelle** : l'imagerie par résonance magnétique (*IRM*) est une technique qui permet de voir la structure des organes. L'IRM fonctionnelle est une application de cette technique qui permet de cartographier les activités fonctionnelles du cerveau.

**Système limbique** : structures du cerveau jouant un rôle très important dans le comportement et les émotions (agressivité, peur, plaisir) mais aussi dans la formation de la mémoire. Les principales sont le thalamus, l'amygdale et l'hippocampe.

**Cortex** : partie externe ou « écorce » du cerveau, associée à la perception sensorielle et aux fonctions mentales supérieures.  
**Hippocampe** : région du cerveau impliquée dans les émotions, le contrôle des hormones du stress et la mémoire (appartient au système

limbique).  
**Encéphale** : signifiant littéralement « dans la tête », l'encéphale comprend le cerveau, le cervelet et le tronc cérébral, protégés par le crâne.  
**Anhédonie** : perte de la capacité à ressentir du plaisir.




## À ne pas confondre avec les troubles bipolaires

Appelés aussi maladie maniaco-dépressive, les troubles bipolaires sont une affection psychiatrique qui concernerait jusqu'à 3 % de la population. La maladie se manifeste en général avant 30 ans et se caractérise par l'alternance de phases dépressives avec


des périodes d'excitation et d'hyperactivité. Entre-temps, la personne peut ne présenter aucun symptôme psychique particulier. Cette maladie atteint aussi bien les hommes que les femmes, et présente des facteurs de risques génétiques

et environnementaux. Elle est parfois difficile à diagnostiquer car les malades se plaignent surtout des périodes dépressives, négligeant la phase maniaque qui peut même leur apparaître comme socialement avantageuse.

Elle nécessite une prise en charge spécifique : la phase dépressive est traitée comme une dépression (voir texte courant) ; la phase maniaque fait elle l'objet d'un traitement médicamenteux spécifique (type sels de lithium).

agissent aussi sur l'encéphale . Ainsi, les antidépresseurs favoriseraient la création de nouveaux neurones, sans que l'on comprenne encore précisément l'influence de cette « neurogenèse » sur l'atténuation des symptômes. « Les mécanismes d'action des médicaments améliorent les symptômes mais n'agissent pas sur les causes réelles, ce qui laisse un champ d'investigation très large », s'enthousiasme Philippe Fossati.

### UNE PRISE EN CHARGE AUJOURD'HUI BIEN DÉFINIE

Il est parfois difficile pour le malade de se rendre compte lui-même de l'apparition de symptômes dépressifs, notamment parce que les sentiments de culpabilité et de mésestime sont amplifiés. Tout repose donc sur un examen clinique par un professionnel. « Un épisode dépressif majeur est défini par la présence d'au moins un de ces deux symptômes majeurs : humeur triste ou vide et anhédonie . Et au moins trois symptômes secondaires tels que trouble du sommeil, trouble de l'appétit, ralentissement psychomoteur, fatigue, culpabilité, dévalorisation de soi, trouble de la concentration, pensée de mort récurrente... Ces symptômes doivent être quasi quotidiens depuis au moins deux semaines et provoquer une réelle souffrance psychique », détaille le Dr Marie Tournier, chercheuse Inserm et psychiatre au Centre hospitalier Charles-Perrens (Bordeaux). ...

## La dépression chez les seniors



➔ Traiter la dépression du senior est essentiel car le risque de suicide est grand.

Lorsqu'elle survient, la dépression est souvent difficile à diagnostiquer car masquée par des troubles anxieux, des plaintes physiques, des démences ou des maladies neurodégénératives (type Alzheimer). Isolement social et affectif, perte d'autonomie, activité physique réduite voire nulle, hospitalisation prolongée... les facteurs de risques ne manquent pas. Pour autant, ce n'est pas une fatalité. Une prise en charge doit être envisagée dans tous les cas. C'est d'autant plus indispensable que le risque suicidaire, longtemps sous-estimé chez les personnes âgées, est significatif. On constate en effet pour les hommes, à domicile comme en maison de retraite, une augmentation des suicides avec l'âge<sup>1</sup>. Chez les femmes, le phénomène inverse se produit : les taux de suicide les plus élevés s'observent chez les plus jeunes (65-74 ans) des femmes hébergées en maison de retraite<sup>1</sup>.

Ralentissement psychique et physique, repli sur soi, incapacité à entreprendre sont souvent mis, à tort, sur le compte du grand âge. Mais la dépression ne fait pas partie du processus normal de vieillissement.

1. Source : Inserm. « Le suicide des personnes âgées à domicile et en maison de retraite ». *La Revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, 2005.








## Le tabou des suicides

En France, chaque année, on compte environ 10 000 suicides pour 200 000 tentatives. La dépression est le principal facteur de risque, d'autant plus si elle s'accompagne de troubles anxieux et/ou de consommation d'alcool. Le malade pense à tort qu'il n'a pas d'autre solution pour arrêter ses souffrances. Le suicide n'est donc pas un choix, mais bien souvent une absence de choix.

Alors que les femmes ont deux fois plus de risque de souffrir d'une dépression, les hommes sont trois fois plus nombreux à passer à l'acte. C'est la première cause de mortalité entre 25 et 34 ans (1 042 décès par an, sur un total d'environ 10 000 décès par suicide par an) et la deuxième pour les 15-24 ans (526 décès) et les 35-44 ans (1 909 décès). Si les tentatives de suicide sont plus nombreuses à


l'adolescence, ce sont les seniors qui – en proportion – sont plus nombreux à aller jusqu'au bout du geste suicidaire. C'est dire si le dépistage du risque suicidaire est essentiel. Ce dépistage s'avère complexe car il nécessite d'identifier les facteurs de risques (hormonaux, génétiques...) et les facteurs précipitants (stress...), chez des patients souvent peu enclins à se confier. Une méthode *a posteriori*, très utilisée dans les pays nordiques mais encore peu en France, est appelée « autopsie psychologique » et consiste à collecter des informations telles que les circonstances du décès, le contexte familial, social et professionnel, la santé physique et mentale, etc. Ceci permet parfois de mieux comprendre les raisons du geste suicidaire et de faire de la prévention dans le cercle familial, par exemple.

... Dans les cas de dépression d'intensité modérée, il est montré qu'une psychothérapie seule (lire plus loin le paragraphe « L'importance de prévenir la récurrence ») peut être efficace. Toutes les études confirment que le meilleur traitement est en réalité l'association d'une psychothérapie de soutien, aussi appelée *psychothérapie interpersonnelle* , et d'un traitement médicamenteux. Plusieurs types d'antidépresseurs sont apparus sur le marché, dans

l'ordre chronologique : « *Les inhibiteurs de monoamine oxydase (IMAO), les tricycliques (ATC), les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine-noradrénaline (IRSN). Chacun de ces médicaments agit sur des neuromédiateurs  du cerveau et plus particulièrement la sérotonine , impliquée notamment dans les rythmes veille-sommeil, la régulation de l'humeur, l'anxiété... »*, explique le D<sup>r</sup> Raphaël Gaillard, chercheur

Inserm et psychiatre à l'hôpital Sainte-Anne (Paris). Ces médicaments peuvent avoir des effets secondaires divers : somnolence, troubles cardiovasculaires, constipation, bouche sèche, trouble de la vision, prise de poids... « *Les anciennes molécules ont davantage d'effets secondaires, mais elles restent très efficaces. L'innovation thérapeutique a en effet permis de diminuer les effets secondaires des traitements mais pas forcément leur efficacité*, remarque le D<sup>r</sup> Gaillard. *Il reste beaucoup de progrès à faire, et les pistes de recherche – nombreuses – vont dans ce sens.* »

## L'IMPORTANCE DE PRÉVENIR LA RÉCIDIVE

« *Vous pouvez considérer le dépressif comme quelqu'un qui se noie. Les médicaments sont la bouée qui va lui éviter la noyade. Une fois qu'il est sorti d'affaire, il faut lui réapprendre à nager pour éviter les récurrences : c'est le rôle des psychothérapies* », résume le D<sup>r</sup> Christophe André, psychiatre à l'hôpital Sainte-Anne (Paris). Différentes approches aident à sortir plus rapidement d'un épisode dépressif et à se prémunir contre le risque de rechute ou de survenue d'une dépression chronique. « *Autrefois, la psychothérapie se focalisait sur le passé du malade. Désormais on se concentre sur son présent, afin de l'aider concrètement à faire face aux difficultés. Les thérapies cognitivo-comportementales  (TCC) sont basées sur l'échange entre patient et thérapeute, sur des conseils pratiques et des exercices comme par exemple appeler chaque jour un ami, écrire ses pensées quotidiennement, pratiquer la méditation... »*, explique le D<sup>r</sup> André. Des études ont démontré

**Q Psychothérapie interpersonnelle :** thérapie à court terme (une dizaine de consultations) qui vise à atténuer les symptômes d'une dépression. Basée sur le fait que les problèmes interpersonnels contribuent de façon importante à la dépression, elle vise à

améliorer le comportement en favorisant une meilleure adaptation aux situations (analyse des conflits interpersonnels et des changements, jeux de rôles...).  
**Neuromédiateur** (ou neurotransmetteur) : molécule qui assure la communication entre

les neurones.  
**Sérotonine :** neuromédiateur, essentiellement produit par les cellules nerveuses, permettant de moduler des fonctions comme le comportement ou le sommeil.  
**Thérapies cognitivo-comportementales** (ou

TCC) : traitements des troubles psychiatriques (phobies, addictions, psychoses, dépressions, troubles anxieux...) centrés sur les symptômes et fondés sur l'apprentissage de nouveaux comportements. Le volet « cognitif » agit sur les pensées, conscientes

ou non, considérées comme à l'origine des émotions et de leurs désordres. Le volet « comportemental » met en situation pour contrôler les manifestations physiologiques de l'anxiété.  
**Rythmes circadiens :** rythmes biologiques

sur une période de 24 heures, le plus connu est l'alternance des phases de sommeil et d'éveil. D'autres paramètres fluctuent au cours de la journée, comme le niveau de concentration, la pression sanguine, la mobilité de l'intestin...



L'impact réel des TCC sur l'évolution de la maladie et la prévention des récives. Lors d'un épisode dépressif majeur, il n'est pas rare de voir se dérégler certains mécanismes sous l'influence des *rythmes circadiens* ☒. C'est pourquoi la luminothérapie (exposition à une lumière de forte intensité) peut être un outil thérapeutique. Elle consiste à exposer les malades quelques heures par jour à une lumière suffisamment forte pour réorganiser les rythmes biologiques. Les résultats sont intéressants, en particulier dans le cas des dépressions saisonnières (liées au changement de saison, le plus souvent l'automne et l'hiver, lorsque les heures d'ensoleillements diminuent). Des pistes comme la méditation et la pratique régulière d'une activité physique sont explorées, avec des résultats plutôt encourageants. Face à la dépression, il n'est pas question de rester désarmé. |

... DOSSIER SUITE PAGE 22

## L'AVIS DE L'EXPERT

**D<sup>r</sup> Emmanuel Poulet,**  
psychiatre au Centre hospitalier  
du Vinatier (Lyon)

### Des traitements contre la dépression sévère

On dénombre trois grandes techniques de stimulation cérébrale, ou stimulations transcrâniennes, pour traiter les dépressions sévères.

On parle de dépression sévère si beaucoup de symptômes sont présents (tristesse, manque d'appétit, troubles du sommeil...). La résistance aux médicaments peut aussi indiquer une dépression majeure.

- Deux de ces techniques permettent de réaliser des stimulations à la surface du crâne, lors de séances ponctuelles. L'électroconvulsivothérapie est la plus ancienne et la mieux maîtrisée. Grâce à des électrodes placées de part et d'autre

du crâne, un rapide et intense courant électrique traverse l'ensemble du cerveau et provoque une sorte de crise d'épilepsie (hyperactivité cérébrale, accompagnée de convulsions) mais qui s'arrête spontanément après 30 secondes. Cette thérapie est impressionnante mais elle est reconnue et éprouvée, et donne de très bons résultats dans certaines formes sévères de dépressions ou lorsque les médicaments sont inefficaces (voir aussi le « vrai-faux » p. 22).

- La stimulation magnétique transcrânienne consiste, elle, à stimuler une zone très précise du cerveau (à peine 2 cm<sup>2</sup>) via un champ magnétique. L'idée est d'agir sur la zone du cerveau impliquée dans la dépression. Si nous en sommes encore au stade de la recherche clinique, les résultats thérapeutiques sont très encourageants et cette technique est même déjà reconnue dans certains pays (États-Unis, par ex.). En testant différentes fréquences de champ magnétique, nous parvenons à stimuler ou inhiber certaines zones du cerveau, ce qui permet de rééquilibrer l'activité globale. Cette approche pourrait aussi servir à renforcer l'action des médicaments.

- Une dernière technique permet de réaliser des stimulations plus profondes, via des électrodes implantées définitivement dans le cerveau, un peu à l'image d'un pacemaker pour le cœur. C'est la neuromodulation profonde. Il s'agit de délivrer de façon continue un faible courant électrique. Des premiers essais ont montré de bons résultats. Mais cette technique invasive reste évidemment réservée aux patients souffrant de dépression chronique qui résiste à tous les traitements.

© S. FRASER/UNIVERSITY OF DURHAM/SPL/PHANIE



➔ La stimulation magnétique transcrânienne (ou TMS pour Transcranial Magnetic Stimulation) consiste à stimuler une zone très précise du cerveau via un champ magnétique. Elle est réservée aux dépressions sévères.



## La génétique joue un rôle dans la dépression

**VRAI** \_La dépression est une maladie complexe où interviennent des facteurs de l'environnement (stress, traumatismes émotionnels, etc.) mais aussi une prédisposition individuelle. Les études chez les jumeaux, par exemple, confirment l'existence de facteurs génétiques de sensibilité à la dépression même si l'on sait aujourd'hui qu'il n'existe pas un gène de la dépression. Les recherches visent actuellement à identifier les conditions génétiques de vulnérabilité ou au contraire de protection.

## Les antidépresseurs rendent dépendants

**FAUX** \_On appelle « psychotropes » les médicaments prescrits pour le traitement des maladies psychiatriques. Ils agissent sur le psychisme et le comportement, et certains induisent un phénomène de dépendance psychique et physique. C'est le cas de certains *anxiolytiques* **Q** dont l'arrêt brutal se traduit par des troubles organiques (maux de tête, faiblesse musculaire, tremblements, rebond de l'anxiété ou de l'insomnie, etc.). Les *antidépresseurs* **Q** n'induisent eux aucune dépendance physique. En revanche, il peut y avoir une certaine dépendance « psychologique » qui nécessite d'envisager, avec son médecin, un arrêt progressif du traitement.

## Les saisons ont une influence sur la dépression

**VRAI** \_Chez certains patients, la dépression revient de façon cyclique chaque année lorsque l'intensité et la durée de la lumière solaire diminuent. La quantité de lumière du jour à laquelle nous sommes exposés influence en effet la production de *sérotonine* **Q** dans notre cerveau, une molécule qui a une influence notamment sur l'humeur. D'ailleurs, dans les pays proches du cercle polaire, avec quelques heures à peine de lumière par jour l'hiver, la dépression est plus fréquente.

## Hommes et femmes sont égaux devant la dépression

**FAUX** \_Une femme a deux fois plus de risques qu'un homme de souffrir de dépression. À cela, des explications d'ordre psychologique : d'après les recherches de psychiatres américains, les femmes sont plus sensibles aux problèmes de leur entourage familial. Sont aussi impliqués des facteurs hormonaux, notamment après un accouchement (dépression du post-partum) ou durant la ménopause. De leur côté, les hommes ont plus de difficultés à vivre une séparation ou des ennuis professionnels et sont moins enclins à faire part de leurs problèmes psychiques que les femmes...

## Médicaments ou psychothérapie, il faut choisir

**FAUX** \_Ils sont au contraire complémentaires. De façon un peu schématique, on considère que les médicaments aident au moment de la crise elle-même, pour diminuer les symptômes physiques mais aussi psychiques. Une fois pris en charge ces symptômes, une psychothérapie et/ou une aide psychique sont cruciales pour tenter de comprendre ce qui a déclenché l'épisode dépressif majeur et diminuer les risques de récives. D'ailleurs, des recherches ont montré récemment qu'au niveau du cerveau, *thérapie cognitivo-comportementale* **Q** et antidépresseurs provoquent les mêmes changements avec des répercussions positives sur les symptômes!

## Les électrochocs sont toujours utilisés pour traiter la dépression

**VRAI** \_Le corps médical parle d'électroconvulsivothérapie (ECT). Il s'agit toujours d'administrer un bref courant électrique à travers le crâne pour provoquer une sorte de crise d'épilepsie. L'ECT est aujourd'hui pratiquée sous anesthésie générale et curarisation (emploi de médicaments qui agissent comme le curare et suppriment les contractions musculaires). L'intensité de la stimulation est adaptée pour chaque malade en fonction de la réponse psycho-physiologique enregistrée pendant le traitement. L'ECT est efficace pour traiter les dépressions résistantes aux médicaments.

**Q Sérotonine** : neuromédiateur, essentiellement produit par les cellules nerveuses, permettant de moduler des fonctions comme le comportement ou le sommeil.

**Q Anxiolytiques** : médicaments (tels que les benzodiazépines) visant à diminuer les sensations d'oppression et les crises d'angoisse.

**Q Antidépresseurs** : médicaments visant à contrôler les épisodes dépressifs.

**Q Thérapies cognitivo-comportementales** (ou TCC) : voir définition p. 20.





## FICHE PRATIQUE

### À SAVOIR

- Un **psychiatre** est un médecin qui a suivi une formation spécialisée en psychiatrie. Il est habilité à prescrire des médicaments, en particulier des antidépresseurs et anxiolytiques, et à pratiquer des psychothérapies.
- Un **psychologue clinicien** a obtenu un diplôme de troisième cycle en psychologie (le plus souvent un DESS ou un master), lui donnant des connaissances en psychologie, psychopathologie et l'aptitude à réaliser une psychothérapie.
- La **profession de psychothérapeute** est encadrée depuis peu par la loi. Tout psychothérapeute, autre que psychiatre et psychologue clinicien, doit être inscrit sur un registre officiel après avoir suivi une formation spécifique.

### SE FAIRE AIDER

- **ASSOCIATION FRANÇAISE DE THÉRAPIE COMPORTEMENTALE ET COGNITIVE (AFTCC)**. Sur son site, un annuaire de 1300 membres spécialistes (médecins, psychiatres, psychologues...) permet de faire une recherche par département ou par nom.

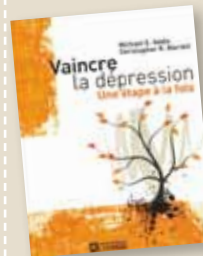
➤ AFTCC, 27, rue de la Saïda, 75015 Paris  
Tél. : 01 45 88 35 28  
[www.aftcc.org/membres\\_carte.php](http://www.aftcc.org/membres_carte.php)

- **ASSOCIATION FRANCE-DÉPRESSION** (association française contre la dépression et les troubles bipolaires). Elle possède de nombreuses antennes en régions et propose une écoute téléphonique, des groupes de parole pour les malades et/ou leur famille, des conférences et débats, et un service de documentation.

➤ Association France-Dépression,  
4, rue Vigée-Lebrun,  
75015 Paris  
Tél. : 01 40 61 05 66 (prix d'un appel local)  
Contact : [afd@free.fr](mailto:afd@free.fr)  
[www.france-depression.org](http://www.france-depression.org)

### À LIRE

- **La dépression, comment s'en sortir** du Dr Christine Mirabel-Sarron aux éditions Odile Jacob (2002). Ce livre est fondé sur une participation active du patient pour apprendre à se connaître, à comprendre ce qui lui arrive et à être moins vulnérable.



- **Vaincre la dépression, une étape à la fois** de Michael E. Addis & Christopher R. Martell aux éditions de l'Homme (2010). À travers des exercices d'auto-activation, le malade est amené à se réengager activement dans sa vie de façon progressive. Il est écrit par deux spécialistes américains de thérapie cognitive.

- **Méditer pour ne plus déprimer** de Mark Williams et al., préface de Christophe André, aux éditions Odile Jacob (2009), accompagné d'un CD servant de support à la méditation. Associant tradition orientale et thérapie cognitive, cet ouvrage est consacré aux techniques de méditation en pleine conscience, scientifiquement validées.



- **Les nuits de l'âme : guérir de la dépression**, de Henri Lôo et David Gourion, aux éditions Odile Jacob (2007). S'appuyant sur les toutes dernières avancées en psychiatrie comme en neurosciences, les auteurs expliquent avec clarté et précision les signes annonçant un début de maladie, les facteurs de risques, l'efficacité des différents antidépresseurs et l'action des psychothérapies.