



**Troubles
dépressifs**



Troubles dépressifs

SOMMAIRE

Introduction	p. 02
Troubles dépressifs	p. 03
Prendre en charge les troubles dépressifs	p. 07
Où s'adresser ?	p. 10
Pour en savoir plus	p. 11

Introduction

« La dépression se manifeste par une humeur triste, une perte d'intérêt pour toute activité et une baisse de l'énergie. Les autres symptômes sont une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, une culpabilité injustifiée, des idées de mort et de suicide, des difficultés à se concentrer, des troubles du sommeil et une perte d'appétit. La dépression peut aussi s'accompagner de symptômes somatiques. »⁽¹⁾.

Ces troubles ont des conséquences sur la vie affective, familiale, professionnelle et sociale. À la différence du « coup de blues », ou de la « déprime », dans la dépression l'humeur et le mal-être varient peu d'un jour à l'autre ou selon les événements de vie.

En France, la prévalence annuelle des épisodes dépressifs est estimée à 8 % chez les 18-75 ans. Les femmes sont deux fois plus touchées que les hommes. Le risque suicidaire est fortement associé aux troubles dépressifs : 15 à 20 % des personnes dépressives chroniques mettent fin à leurs jours ⁽²⁾.

(1) OMS, 2001.

(2) INPES, Baromètre Santé 2010.

Classification des troubles psychiques

À l'heure actuelle, deux classifications internationales des diagnostics psychiatriques sont utilisées :

- Classification internationale des maladies de l'Organisation Mondiale de la santé, dixième version (CIM-10),
- Diagnostic Statistical Manual, cinquième version (DSM-V), développé par l'Association américaine de psychiatrie.

Elles proposent une description clinique de syndromes (ensemble de symptômes) mais ne tiennent pas compte de l'origine des symptômes, ni de la personnalité qui les accompagne.



Troubles dépressifs

Dans la CIM-10 la dépression, appelée épisode dépressif, se définit par un certain nombre de symptômes, **présents toute la journée et presque tous les jours**, non influencés par les circonstances et **durant au moins deux semaines** :

- **symptômes majeurs** : humeur dépressive, tristesse, perte d'intérêt ;
- fatigue ou perte d'énergie ;
- trouble de l'appétit (avec perte ou prise de poids) ;
- troubles du sommeil (perte ou augmentation) ;
- ralentissement ou agitation psychomotrice ;
- sentiment d'infériorité, perte de l'estime de soi ;
- sentiment de culpabilité inappropriée ;
- difficultés de concentration ;
- idées noires, pensées de mort, comportement suicidaire.

La CIM-10 classe les épisodes dépressifs selon **la durée, la sévérité et la nature des symptômes**.

Épisode dépressif léger

Au moins **2 des 3 symptômes suivants**, présents pratiquement **toute la journée** et presque **tous les jours**, non influencés par les circonstances et durant au moins deux semaines :

- **humeur dépressive**
à un degré nettement anormal pour la personne ;
- **réduction de l'énergie**
ou augmentation de la fatigabilité.
- **perte de l'intérêt**
et du plaisir pour des activités habituellement agréables ;

À cela s'ajoutent au moins un ou deux des symptômes listés page 3 (donc en tout, un minimum de 4 symptômes pour atteindre le niveau du diagnostic). Aucun des symptômes n'est sévère. Ce type d'épisode peut s'accompagner de détresse et de difficultés pour mener à bien les activités sociales et professionnelles.

Épisode dépressif moyen

Au moins **6 symptômes** listés page 3.

Plusieurs de ces symptômes ont une intensité sévère et la personne a des difficultés importantes pour mener à bien ses activités professionnelles, sociales ou familiales.

Épisode dépressif sévère

Au moins **8 symptômes** listés page 3.

La personne est incapable de poursuivre l'ensemble de ses activités habituelles. Peut être associé à des symptômes psychotiques (idées délirantes d'indignité, de maladie physique ou de désastre imminent, hallucinations auditives de dérision ou de condamnation) au maximum une stupeur dépressive. Les symptômes psychotiques augmentent le risque suicidaire et le risque de récives dépressives.

Troubles dépressifs récurrents

On parle de troubles récurrents lorsque plusieurs épisodes dépressifs surviennent en l'absence d'épisodes distincts d'excitation (trouble bipolaire). Chaque épisode a une durée moyenne d'environ six mois à un an.

Si la dépression est traitée, l'épisode est plus court et évolue vers la disparition de l'ensemble des symptômes ou la persistance de quelques symptômes résiduels, indices d'une évolution générale moins favorable.

Le risque de **rechute** (recrudescence symptomatique lors d'un même épisode) et de **récidive** (survenue d'un nouvel épisode) est important. Un patient sur deux rechutera un jour. Deux sur trois pour ceux qui ont fait 2 épisodes et **80 % pour ceux qui ont fait 3 épisodes**. Au fil des récurrences les événements déclenchant des épisodes sont mineurs, la réactivité thérapeutique est moindre et la persistance de symptômes résiduels de plus en plus fréquente.

Autres épisodes dépressifs

• Dépressions persistantes (plus de 2 ans)

Cyclothymie : périodes de dépression et d'excitation légères en alternance. Souvent ces variations de l'humeur restent méconnues, limitées à des variations périodiques d'activité, de confiance en soi, de sociabilité ou des intérêts.

Dysthymie : dépression mineure chronique. Les personnes sont la plupart du temps tristes, moroses, manquent d'enthousiasme et d'énergie, se sentent au bout du rouleau et ont peu d'espoir d'amélioration.

Trouble dysphorique prémenstruel : humeur désagréable, avec anxiété, irritabilité, variabilité émotionnelle, tristesse, colère, associées à des troubles du sommeil et/ou de l'appétit et à une perte d'énergie. Apparaît dans la première semaine de la phase lutéale (pré-menstruelle) et disparaît la première semaine qui suit les règles.

Dépression du post-partum : quelques semaines après un accouchement (au maximum six mois). Se caractérisent par des craintes de mal s'occuper de son enfant, des projets de suicide impliquant mère, enfant, voire les autres enfants de la fratrie. Les formes les plus graves surviennent juste après l'accouchement.

Différente de la **psychose puerpérale** (état délirant aigu qui survient dans le premier mois qui suit l'accouchement) et du **post-partum blues** (survenant au 3^e jour après l'accouchement : humeur désagréable, anxiété, irritabilité, tristesse, hypersensibilité aux critiques, craintes pour la santé de l'enfant et doutes sur sa propre capacité à pouvoir élever un enfant).

Dépression saisonnière : survient le plus souvent dans l'hémisphère nord entre fin septembre et début novembre. Symptômes habituels : fatigue, augmentation du besoin de sommeil et de l'appétit, prise de poids et goût pour les aliments sucrés.

- **Dépressions dites secondaires**

Dépression et schizophrénie :

Certaines dépressions surviennent lors d'une augmentation des symptômes chez une personne atteinte de schizophrénie.

Ces dépressions aggravent le pronostic.

Dépressions et pathologie vasculaire : le risque de dépression peut être augmenté par certains facteurs de risque cardiovasculaire : hypertension artérielle, hypercholestérolémie ou diabète.

Les dépressions dites vasculaires se caractériseraient par : apparition relativement tardive, perte d'énergie et d'initiative, ralentissement et moins bonne réponse aux antidépresseurs.

Dépressions révélatrices d'une affection d'une autre nature

Liste non exhaustive :

- maladie de Parkinson ;
- affections dégénératives ou tumorales du système nerveux ;
- affection endocrinienne (notamment hypothyroïdienne), maladie d'Addison (avec fluctuations de la vigilance, insomnie, douleurs et paresthésies), hypercorticisme, troubles du métabolisme calcique, hypoparathyroïdies ;
- maladie infectieuse, maladie chronique douloureuse et invalidante, certaines chimiothérapies (anti-inflammatoires, corticoïdes, interféron, immunosuppresseurs, etc).

- **Dépression et risque suicidaire**

La dépression est la première cause de suicide : 70 % des personnes qui décèdent par suicide souffraient d'une dépression, le plus souvent non diagnostiquée ou non traitée ⁽³⁾.

Entre 15 et 20 % des personnes souffrant de trouble dépressif caractérisé commettent un suicide ⁽⁴⁾. Le taux annuel de suicide est 4 fois plus élevé chez les personnes souffrant de trouble dépressif que chez les personnes atteintes d'un autre trouble psychique et 30 fois plus élevé que dans la population générale.

- **Facteurs de risque suicidaire**

- âge ;
- sévérité de l'épisode ;
- association d'autres troubles (en particulier l'alcoolisme) ;
- certains symptômes dépressifs (réveil précoce, désespoir, perte de plaisir ou d'intérêt).

(3) INPES Guide Dépression, 2007 www.inpes.sante.fr

(4) DRESS, 2001.



Il est important de savoir que:

- Les personnes suicidaires ne veulent pas nécessairement mourir, mais souhaitent avant tout mettre fin à une souffrance devenue insupportable.
- La majorité des personnes ayant des idées de suicide ne feront pas de tentative.

• L'origine des dépressions

On situe l'origine de la dépression dans des expériences infantiles de perte, de souffrance et d'échec. Il existe une vulnérabilité génétique : une personne dont le parent de premier degré est atteint a 10 fois plus de risque de développer un trouble bipolaire. Les événements de vie (divorce, séparation, problèmes professionnels ou financiers...) et les stress répétés (surmenage, manque de sommeil, perturbation des rythmes sociaux et biologiques), sont des facteurs précipitants. Mais leurs effets dépendent aussi de facteurs complexes, psychologiques et biologiques.

Le modèle théorique actuel pour expliquer la dépression est biopsychosocial : interactions complexes entre vulnérabilité génétique, modifications des systèmes de régulation du stress et influences environnementales.

Prendre en charge les troubles dépressifs

Le choix de la meilleure thérapeutique repose sur une évaluation médicale approfondie pour confirmer le diagnostic, évaluer le risque suicidaire, les antécédents pathologiques, la réactivité thérapeutique lors d'un éventuel épisode antérieur et l'entourage social.

Les recommandations ⁽⁵⁾

- **Épisodes dépressifs légers :** psychothérapie recommandée en première intention. Il n'est pas recommandé de traiter par antidépresseurs un épisode dépressif léger.
- **Épisodes dépressifs moyens :** des médicaments peuvent être prescrits en complément ou en préalable à la psychothérapie.

.../...

(5) Haute autorité de santé (HAS) et Agence nationale du médicament (ANSM).

.../...

- **Épisodes dépressifs sévères :** antidépresseurs, associations antidépresseur et psychothérapie, associations antidépresseur et autre psychotrope, hospitalisation selon les cas.
- **Dysthymie :** psychothérapie recommandée en première intention.

Dans certains cas de non-réponse au traitement antidépresseur seul, on peut envisager certaines associations médicamenteuses (thymo-régulateurs, hormones thyroïdiennes, méthylphénidate), l'électroconvulsivothérapie, la stimulation magnétique transcrânienne, ou la photothérapie.

Psychothérapies

Traitement par des moyens psychologiques, qui se fait par des entretiens réguliers, individuels ou en groupe, avec un psychothérapeute. La durée du traitement varie de quelques mois à plusieurs années. Elle peut être pratiquée seule ou associée à d'autres thérapeutiques (ex : prescription de médicaments). Il existe différentes formes de psychothérapies dont peuvent bénéficier les personnes dépressives ⁽⁶⁾.



(6) Brochure Psycom Les psychothérapies.

Traitements médicamenteux ⁽⁷⁾

Indications de traitement médicamenteux des troubles dépressifs majeurs unipolaires. Le traitement d'un épisode dépressif majeur isolé comporte deux phases :

- la phase aiguë (traitement d'attaque), dont l'objectif est la rémission complète des symptômes ;
- la phase de consolidation, dont l'objectif est de prévenir la rechute de l'épisode.

En cas de trouble dépressif récurrent peut s'ajouter une phase de maintenance, dont l'objectif est la prévention des récives.

Ce traitement de maintenance est indiqué dans le trouble dépressif majeur unipolaire chez les sujets ayant présenté au moins 3 épisodes dépressifs majeurs au cours des 4 dernières années :

- si ceux-ci ont été rapprochés et/ou sévères (notamment risque suicidaire, caractéristiques psychotiques, et incapacité fonctionnelle),
- surtout lorsqu'existent des symptômes résiduels, des pathologies associées, des antécédents familiaux de dépression.

Le plus souvent, la prescription d'un antidépresseur ne répond pas à l'urgence ; il est utile de préparer le malade à cette prescription avec un nouveau rendez-vous quelques jours plus tard.

Contre-indications

Il n'est pas recommandé d'associer systématiquement des tranquillisants aux antidépresseurs.

Organisation des soins

Dans la grande majorité des cas le traitement est ambulatoire (hors de l'hôpital). Il faut informer le patient et son entourage de la meilleure stratégie thérapeutique envisagée, du délai d'action des traitements médicamenteux et de leurs effets secondaires. Prévoir un numéro d'appel d'urgence, un arrêt de travail éventuel et une date rapprochée pour le rendez-vous suivant.

Dans certaines dépressions sévères avec risque suicidaire important, ou si un bilan somatique complet est nécessaire, une hospitalisation en service de psychiatrie – parfois sans consentement – peut être décidée.

Dans tous les cas le patient doit être informé de la raison médicale et être associé aux décisions.

Les associations d'usagers et de familles peuvent apporter une aide et un soutien au patient et à son entourage.

(7) Petit manuel de pharmacovigilance, Prescrire 2014. www.prescrire.org

Où s'adresser ?

Médecin traitant, infirmière scolaire

Il est conseillé de demander l'avis de son médecin habituel qui peut orienter vers une consultation ou un service spécialisés, en fonction de la gravité de la situation. L'infirmière scolaire peut jouer ce rôle auprès des collégiens ou lycéens. Dans tous les cas, une bonne coordination est nécessaire pour un accompagnement de qualité de la personne et de sa famille.

Centres médico-psychologiques (CMP)

Les services de psychiatrie publique proposent des prises en charge pour tous les troubles psychiques. Les consultations sont prises en charge par la Sécurité Sociale.

Écoute téléphonique (7j/7)

Poser des questions, s'informer, trouver des adresses, demander de l'aide, de manière confidentielle et anonyme.

- **SOS Amitié** : 01 42 96 26 26 (prix d'un appel local)
www.sos-amitie.org
- **Suicide écoute** : 01 45 39 40 00 (prix d'un appel local)
www.suicide-ecoute.fr
- **Fil Santé Jeunes** : 0800 235 236 ou 01 44 93 30 74 (depuis un portable)
www.filsantejeunes.com

Associations de patients et proches

Regroupent des personnes souffrant de troubles psychiques et proposent des groupes de paroles, des lignes d'écoute téléphonique, des conseils et de l'entraide. Cette liste n'est pas exhaustive.

Argos 2001

119, rue des Pyrénées - 75020 Paris
01 46 28 00 20 - 01 46 28 00 20
argos.2001@free.fr
www.argos2001.fr

Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie (FNAPsy)

33, rue Daviel - 75013 Paris
01 43 64 85 42
www.fnapsy.org

France Dépression

4, rue Vigée Lebrun - 75015 Paris
01 40 61 05 66
contact.afd@free.fr
www.france-depression.org

Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapés psychiques (UNAFAM)

12, Villa Compoint - 75017 Paris
01 53 06 30 43
écoute famille 01 42 63 03 03
secretariatdg@unafam.org
www.unafam.org

Associations de psychothérapeutes professionnels

Renseignent sur les psychothérapies, la formation de leurs membres et les adresses de leurs membres assurant des consultations privées. Liste non exhaustive.

Association française de thérapie comportementale et cognitive – AFTCC
27, rue de la Saïda - 75015 Paris
01 45 88 35 28
www.aftcc.org
(annuaires des membres actifs)

Association francophone de formation et de recherche en thérapie comportementale et cognitive AFFORTHECC
41, route de la fruitière
74650 Chavanod
www.afforthecc.org
(annuaires des membres actifs)

Association psychanalytique de France APF
24, place Dauphine - 75001 Paris
01 43 29 85 11
www.associationpsychanalytiquede-france.org

Société française de thérapie familiale SFTF
23, rue de la Rochefoucauld
75009 Paris
01 49 70 88 58
sfff.net

Société française de psychothérapie psychanalytique de groupe – SFPPG
06 22 45 75 69
sfppg@wanadoo.fr
www.sfppg.fr

Société psychanalytique de Paris – SPP
187, rue St Jacques - 75005 Paris
01 43 29 66 70
spp@spp.asso.fr
www.spp.asso.fr

Pour en savoir plus

Agence nationale de sécurité du médicament : ansm.sante.fr
et medicaments.gouv.fr

Haute autorité de santé : www.has-sante.fr

Prescrire : information indépendante sur les médicaments www.prescrire.org

Réseau PIC : Psychiatrie, information, communication www.reseau-pic.info

Brochures *Psycom* : disponibles à la commande et en téléchargement sur www.psycom.org

- La dépression en savoir plus pour en sortir, Guide INPES, 2007, www.info-depression.fr
- Apprendre à soigner les dépressions - avec les TCC, C. Mirabel-Sarron et A. Docteur, Paris, Dunod, 2013.
- L'indispensable. Guide pour l'entourage d'une personne atteinte de maladie mentale Eds UNAFAM-FFAPAMM. 2013. www.unafam.org
- Troubles bipolaires, Guide ALD, Haute Autorité de Santé, Mai 2009.
- Vivre avec un maniaco-dépressif, C. Gay, Paris, Hachette littérature, 2008.
- Bien choisir sa psychothérapie, Sylvie et Pierre Angel, Larousse 2010.

Le Psycom est un organisme public d'information, de formation et de lutte contre la stigmatisation en santé mentale.

Le Psycom édite 6 collections de brochures d'information :

- Troubles psychiques
- Psychothérapies
- Médicaments psychotropes
- Soins, accompagnements et entraide
- Droits en psychiatrie
- Santé mentale et...

psycom

11, rue Cabanis - 75674 Paris Cedex 14
facebook.com/psycom.org - @Psycom_actu
www.psycom.org - contact@psycom.org

Avec le soutien financier de :



35, rue de la Gare
75935 Paris Cedex 19
www.ars.iledefrance.sante.fr

Rédactrice en chef : Aude Caria (directrice, Psycom).

Rédaction : Pr Julien-Daniel Guelfi (psychiatre, CH Sainte-Anne) et Aude Caria (directrice, Psycom).

Comité de relecture : Caroline David (bénévole, UNAFAM), Claude Finkelstein (présidente, FNAPsy), Dr Marie-Jeanne Guedj (psychiatre, CH Sainte-Anne), Dr Vassilis Kapsambelis (psychiatre, ASM13), Dr Frédéric Khidichian (psychiatre, Hôpitaux de Saint-Maurice), Dr Christiane Santos (psychiatre, GPS Perray-Vaucluse) et Dr Norbert Skurnik (psychiatre, EPS Maison Blanche).

Illustration : Fotolia (libre de droits).