



**HAL**  
open science

## Le patient dépressif, un malade chronique

Christophe Bouché, Alexandra Colin

### ► To cite this version:

Christophe Bouché, Alexandra Colin. Le patient dépressif, un malade chronique. *Actualités Pharmaceutiques*, 2020, 59, pp.16 - 18. <10.1016/j.actpha.2020.09.011>. <hal-03493875>

**HAL Id: hal-03493875**

**<https://hal.science/hal-03493875v1>**

Submitted on 15 Dec 2022

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC 4.0 - Attribution - Non-commercial use - International License

## **Dochead dossier**

### **Sous-dochead La dépression**

## **Le patient dépressif, un malade chronique**

### **Christophe Bouché\***

Psychiatre des hôpitaux

### **Alexandra Colin**

Psychiatre des hôpitaux

Service de psychiatrie adulte, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière-Charles-Foix, AP-HP Sorbonne université, 47-83 boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France

*\* Auteur correspondant.*

*Adresse e-mail :* christophe.bouche@aphp.fr (C. Bouché).

### **Résumé**

La dépression est un trouble qui affecte tout autant l'esprit que le cerveau. Elle a un retentissement majeur sur la vie du malade, à court et à long terme, ainsi que sur son entourage. Survenant de façon aiguë, c'est une maladie chronique à fort risque de rechute ou de récurrence. Parfois mortelle, elle est en tout cas invalidante. Il s'agit de la perturbation de l'humeur la plus fréquente puisqu'elle touche un cinquième de la population.

© 2020

**Mots clés** – dépression ; déprime ; épisode dépressif caractérisé ; stress

### **Summary à venir**

© 2020

**Keywords à venir ordre alpha**

Être en dépression équivaut à souffrir, dans la durée, de tristesse, de démotivation, d'incapacité à prendre du plaisir, se sentir dévalorisé, ralenti au quotidien, autant sur le plan physique que psychique, être fatigué, avoir un appétit et un sommeil perturbés, être anxieux, ne pas arriver à se concentrer, ressentir une douleur intense. Ça peut être aussi se déconnecter de la réalité, vouloir mourir, perdre toute espérance [1].

Le terme "dépression" n'est apparu dans le langage médical que depuis 150 ans. Il se substituait alors en partie à celui de mélancolie, permettant de faire une distinction entre une maladie de l'esprit, inscrite dans l'histoire du malade, et un trouble purement réactionnel à des événements de vie stressants. Cette notion a prévalu jusqu'à ces dernières décennies, mais les progrès des neurosciences ont conduit à caractériser plus clairement ce trouble et à montrer qu'un lien existait entre l'endogénéité de la maladie et son caractère soi-disant réactionnel [2].

## **T1 Origines de la dépression**

La dépression peut être causée par de multiples facteurs de différentes natures (biologiques, psychologiques, environnementaux, etc.).

## **T2 Terrain et événements déclenchants**

**TEG1 La dépression survient sur un terrain de vulnérabilité**, en partie hérité, inscrit dans le génome du malade.

**TEG1 Les événements qui précipitent l'épisode dépressif** n'en sont pas la cause directe, mais l'expression d'un trop-plein, ce sont les gouttes qui font déborder le vase. Ainsi, lorsque une femme de 80 ans fait une dépression à la mort de son chat, ce décès n'en est pas la cause, juste le facteur déclenchant, mais il réactive quatre-vingts ans de stress accumulés, de deuils non effectués, de résilience mal conduite et de difficultés adaptatives en lien avec sa personnalité [3].

**TEG1 La majorité des patients consultant pour dépression** commencent l'entretien en expliquant leur incrédulité devant leurs symptômes : « *Je ne comprends pas, j'ai tout pour être heureux, alors que, si vous m'aviez connu, il y a quelques années, quand j'ai perdu mon travail, fait un cancer.* » En face des épreuves, l'individu fait face. Ce n'est qu'ensuite que le trouble se révèle, à la longue, quand l'énergie psychique n'est plus là. Les gens ne font en général pas de dépression à l'annonce d'une maladie grave, ils sont anxieux, tristes, mais ils se battent pour l'affronter, ils s'investissent dans la prise en charge. Au moment de la rémission, une dépression peut apparaître, quand elle n'est plus attendue.

**Encadré flottant**

## À retenir

La dépression est un trouble lié à l'épuisement et à l'accumulation du stress plus qu'un trouble purement réactionnel.

### Sur 1 colonne

#### T2 Stress et patrimoine neuronal

**TEG1 Le stress, au sens psychique du terme** (frustrations, contrariétés, agressions du quotidien, traumatismes), a son corollaire biologique et, plus tard, anatomique.

**TEG1 Le patrimoine neuronal est affecté** : l'hippocampe notamment voit son volume diminuer de façon proportionnelle au nombre d'épisodes dépressifs et à l'absence de traitements. Le lobe préfrontal et les amygdales sont atteints et hypofonctionnels. Les processus de neuroplasticité et de neurogenèse sont inhibés sous l'influence de ce stress biologique, ce qui explique en partie cette perte anatomique, puis fonctionnelle [4].

#### T2 Atteinte cérébrale

**TEG1 Maladie de l'esprit qui marque son empreinte** sur un cerveau déjà fragile, la dépression est la conséquence directe de l'atteinte cérébrale. À une vulnérabilité innée succédera une vulnérabilité acquise en l'absence de prise en charge précoce.

**TEG1 Les cicatrices inscrites au niveau cérébral** favoriseront les récurrences du trouble. La prise en charge et la mise en place d'un traitement sont donc d'une nécessité absolue pour ne pas impacter l'avenir du patient [2].

#### T1 Clinique de la dépression

Dans le langage quotidien, le mot dépression évoque la maladie tout autant que le mal-être et l'angoisse au quotidien, avec le risque de banaliser des symptômes révélateurs d'un trouble aux conséquences potentiellement dramatiques.

### Bouche\_illus1

#### T2 Nombreuses formes cliniques

**TEG1 La reconnaissance de l'aspect pathologique** se fait facilement devant une symptomatologie bruyante où la tristesse, la démotivation et l'incapacité à prendre

du plaisir s'associent à un important ralentissement psychique et moteur. Toutefois de nombreuses formes cliniques où les signes de la maladie sont masqués ou trompeurs existent.

**TEG1 Il existe autant de dépressions que de dépressifs**, l'expression de la douleur morale sera différente selon que l'individu est :

- jeune ou vieux ;
- de caractère adaptable ou psychorigide ;
- seul ou bien entouré ;
- de culture bretonne ou du sud de la Loire ;
- en bonne santé physique ou souffrant de multiples comorbidités ;
- de naturel jovial ou naturellement pessimiste.

Le trouble vient de l'intérieur, s'inspire de la vie et des attentes du malade. Il n'est pas une construction extérieure ou stéréotypée.

**TEG1 Qui plus est, la tristesse peut être exprimée de façon souriante**, l'abus de sommeil se substituer à l'insomnie et la boulimie au manque d'appétit. L'anxiété peut être agitée, irritable, hostile ou, au contraire, inhibante et facteur de régression. En outre, les difficultés de concentration seront vite qualifiées de trouble de la mémoire avec le risque de s'égarer dans des diagnostics aléatoires et neurologiques [3].

## **T2 Errances peu tolérées par la médecine**

**TEG1 Il est de bon ton que sa maladie suive un mode d'emploi** et repose sur de vigoureux, sérieux et statistiques critères diagnostiques. Or, les troubles psychiatriques en général et la dépression en particulier répondent mal à ces exigences catégorielles et nosographiques. Les symptômes sont empreints de la personnalité et de la vie du sujet. La psychopathologie interfère avec l'approche purement clinique. Analyse diatonique et synchronique, supposées se compléter, s'opposent parfois.

**TEG1 De plus, l'approche clinique est en grande partie faussée par la représentation que se fait le clinicien de la maladie**, et en l'absence de critères objectifs biologiques ou d'imagerie, l'erreur d'appréciation est vite arrivée. La dépression est une maladie qui fait peur, qui véhicule l'angoisse de mort. Ne pas la voir chez autrui est une façon de se rassurer. L'anxiété ou la trop grande assurance de l'observateur se transmettront au patient qui n'exprimera pas sa souffrance de la même façon, surtout s'il est très jeune ou très âgé.

**TEG1 Par ailleurs, l'importance d'un facteur déclenchant** amènera vite à banaliser le trouble qui sera qualifié de normal, surtout après un deuil. La famille, les soignants et

parfois le patient lui-même trouveront adapté d'être tristes, insomniaques et un peu anorexiques après la mort d'un être cher. Mais qu'en est-il d'un ralentissement, d'une apathie, d'une démotivation, d'une anhédonie et surtout d'un manque d'espoir résiduel après plusieurs semaines ou plusieurs mois [4] ?

## T2 Déprime et dépression

**TEG1 La déprime n'est pas la dépression**, car la tristesse, quand elle est adaptée au contexte, n'est pas une maladie, elle est même parfois nécessaire (pour effectuer un deuil, par exemple). À l'inverse, la dépression n'est pas la déprime ni une fatalité. La laisser évoluer au prétexte qu'elle serait normale au vu d'un contexte triste est une aberration du point de vue médical et sur le plan éthique.

**TEG1 Un autre écueil consiste à vouloir aborder une souffrance psychique à l'aune du bon sens** ou de l'idée que nous en avons : « *Si on veut, on peut* » ; « *On est déprimé car on manque de volonté* » ; « *C'est un signe de fainéantise* ». La personne rechercherait même des bénéfices à la maladie. Certes, il en existe : malade, on s'occupe de vous et vous de pas grand-chose. Mais au regard de la souffrance endurée, le terme de bénéfice secondaire a-t-il vraiment du sens ?

Dans la dépression, vouloir et pouvoir ne sont pas synonymes ; si la volonté permet de retrouver son fonctionnement psychique normal de façon durable, probablement il ne s'agissait pas d'une dépression. Le patient dépressif ne peut pas se motiver, ne peut pas être dans l'action et s'adapter aux obstacles présents devant lui, ne peut pas prendre du plaisir et ne peut pas durablement se sentir bien, et cela n'est pas dû à une absence de volonté.

**TEG1 Un trouble de la personnalité**, s'il peut favoriser l'apparition de la dépression en cas de difficultés adaptatives, ne doit pas être l'arbre qui cache la forêt. Un patient qualifié d'hystérique ou de *borderline* peut s'avérer dépressif ou bipolaire. Tel est même souvent le cas quand le trouble de personnalité paraît décompenser [2].

## T1 Enjeux de la prise en charge

Diagnostiquer un trouble dépressif n'est donc pas facile en présence de critères assez variables en intensité et dans leur expressivité, mais aussi en raison du regard porté sur la maladie par les soignants, ainsi que par les patients eux-mêmes et leur entourage.

Banaliser les symptômes, les considérer comme allant de soi, ne pas faire le lien entre des troubles du comportement, un état anxieux, des troubles de la cognition et le diagnostic de dépression peut devenir rapidement catastrophique pour le patient.

## T2 Risque d'évolution cyclique

Une dépression mal ou non soignée finira par évoluer sur un mode cyclique. Les séquelles anatomiques maintiendront la fragilité cognitive. Elles retentiront sur l'autonomie, mais aussi sur les capacités d'anticipation et de planification des patients, ainsi que sur leurs capacités d'attention et leur mémoire [2].

## T2 Conséquences sévères

**TEG1 Comme dans toute maladie chronique**, le sujet dépressif perd rapidement son rôle et sa fonction dans sa propre famille et dans son environnement social. Le retentissement fonctionnel de la dépression favorise, en effet, la désocialisation et la paupérisation. Par ailleurs, il ne facilite pas l'accès aux soins, autant de la part des malades eux-mêmes que du système de santé. Être atteint d'un trouble mental n'ouvre pas grand les portes des cabinets et des hôpitaux. Cela constitue une perte de chance pour les patients en cas de pathologie chronique.

**TEG1 La dépression est une maladie qui tue**, en raison d'un accès aux soins diminué certes, mais aussi parce que plus de 80 % des 10 000 personnes qui meurent par suicide en France chaque année présenteraient un trouble dépressif. Traiter la dépression est la meilleure prévention du risque suicidaire, quand ce dernier est repéré [5].

## T2 Maladie curable

**TEG1 La dépression est médicalement et psychologiquement curable**, il est possible d'obtenir une rémission après un traitement bien conduit associant :

- une chimiothérapie antidépressive ou thymorégulatrice ;
- des techniques de stimulation cérébrale ;
- une prise en charge holistique associant chimie et psychothérapie.

**TEG1 La médecine hippocratique se définit par son professionnalisme**, son recours à la science (*evidence-based medicine*) et sa philosophie qui veut que le médecin accompagne le malade pour qu'il lutte contre la maladie. Elle n'est pas contemplative, mais active et s'applique pleinement à la prise en charge des troubles mentaux [6].

## T2 Repérer, diagnostiquer, caractériser et traiter

**TEG1 La dépression, trouble ou maladie, doit être d'abord repérée, diagnostiquée et caractérisée** dans sa forme et dans son intensité. Le médecin ne traitera pas de la même façon :

- un épisode dépressif caractérisé ;
- une dysthymie ;
- une dépression de la personne âgée, de l'adolescent ou de la femme enceinte ;
- une dépression bipolaire ;
- une dépression avec des caractéristiques psychotiques.

**TEG1 Il faut traiter tôt et suffisamment longtemps**, en se donnant tous les moyens médicaux, psychothérapeutiques, sociaux et institutionnels pour venir à bout du trouble dépressif [3].

## **T1 Conclusion**

La dépression doit être traitée avec force, intensité et conviction, car sa récurrence n'est pas une fatalité. Elle doit surtout être prise au sérieux et ne jamais être abordée sous un angle palliatif, quel que soit le cas de figure, le contexte de son apparition, l'âge, la situation familiale et sociale du patient.

### **Les points à retenir**

- La dépression est un trouble qui a un retentissement majeur sur la vie du patient, à court et à long terme, ainsi que sur son entourage.
- Elle survient sur un terrain de vulnérabilité, en partie hérité, inscrit dans le génome du malade.
- Il existe autant de formes différentes de dépression que de dépressifs.
- Le patient dépressif n'a plus la capacité de se motiver, il ne peut pas être dans l'action et s'adapter aux obstacles, ni prendre du plaisir et durablement se sentir bien.
- La dépression peut se traiter médicalement et psychologiquement.

**Sur 1 colonne à droite après la puce de fin**

### **Déclaration de liens d'intérêts**

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

### **Références**

[1] Organisation mondiale de la santé. Définition de la dépression. [www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2012/10/depression-in-europe/depression-definition](http://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2012/10/depression-in-europe/depression-definition).

[2] Goudemand M. Les états dépressifs. Paris: Lavoisier; 2010.

[3] etat-depressif.com. Dépression selon l'âge et le sexe. [www.etat-depressif.com/depression/depression-selon-age-et-sexe/](http://www.etat-depressif.com/depression/depression-selon-age-et-sexe/).

[4] Ferreri F. La dépression. 100 questions pour comprendre et guérir. Paris: Odile Jacob; 2012.

[5] Sécurité sociale : l'Assurance maladie. ameli.fr pour les assurés. Comprendre la dépression. 22 juin 2002. [www.ameli.fr/assure/sante/themes/depression-troubles-depressifs/comprendre-depression](http://www.ameli.fr/assure/sante/themes/depression-troubles-depressifs/comprendre-depression).

[6] Haute Autorité de santé. Recommandation de bonne pratique. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours. Méthode Recommandations pour la pratique clinique. Texte des recommandations. Octobre 2017. [www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression\\_adulte\\_recommandations\\_version\\_mel.pdf](http://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_recommandations_version_mel.pdf).

## **Illustration**

### **Bouche\_illus1**

© tomertu/stock.adobe.com

Légende :

Il existe autant de dépressions que de dépressifs, l'expression de la douleur morale sera différente selon l'individu.

**Sur 1 colonne près de son appel**

