

QUE

CHOISIR

pratique

Numéro 141 • septembre 2024 • 7,30 €

DÉPRESSION

Comprendre et s'en sortir

+ Adolescent, sénior...
la prise en charge
dépend de l'âge

+ Les traitements
qui marchent

+ À qui
s'adresser

L 13463 - 141 - F: 7,30 € - RD



DROM-COM : 8,50 € / 990 XPF

+ **Enquête** LES FRANÇAIS ET LEUR POUVOIR D'ACHAT





Consultez chaque trimestre nos

NUMÉROS PRATIQUES

À partir de
6,95 €
le numéro

Vous avez entre les mains la toute dernière édition de **Que Choisir Pratique**. Mais ce n'est pas la seule ! Quatre fois par an, nous publions ces hors-séries sur des sujets aussi variés et spécifiques que **l'immobilier, l'héritage, les conflits de voisinage, la banque...**

Véritables encyclopédies de la consommation, les *Que Choisir Pratique* traitent la question abordée de manière approfondie, et sous tous ses aspects. Ils vous permettent **d'étendre vos connaissances, de mieux orienter vos choix et vos actions**, tout en déjouant les pièges.

POUR COMMANDER



PAR COURRIER

Remplissez, photocopiez ou recopiez sur papier libre le bulletin ci-dessous, et envoyez-le à :

Que Choisir - Service Abonnements
45, avenue du Général-Leclerc
60643 Chantilly Cedex



PAR INTERNET

Kiosque.quechoisir.org



ou en flashant
le QR code
ci-contre

Nom

Prénom

Adresse

Code postal [][][][][][]

Ville

	NUMÉRO COMMANDÉ	QUANTITÉ	PRIX	TOTAL
<input type="checkbox"/>	137 Bien armé face aux litiges		6,95 €	
<input type="checkbox"/>	138 Mal de dos - Prévenir et soulager les douleurs		6,95 €	
<input type="checkbox"/>	139 Jardin écoresponsable		7,30 €	
<input type="checkbox"/>	140 Voisinage - Stop aux nuisances!		7,30 €	

Participation aux frais d'expédition

Je commande 1 numéro, j'ajoute **1,50 €**

Je commande 2 numéros ou plus, j'ajoute **2 €**

TOTAL (commande + frais d'expédition)

Je joins mon règlement par chèque à l'ordre de *Que Choisir*.

Édito

TROUVER LES MAUX

La dépression fait l'objet de beaucoup d'idées reçues et d'autant de tabous. Toutefois, cette pathologie est à prendre au sérieux. Selon Santé publique France, en 2021, 12,5 % des 18-85 ans auraient vécu un épisode dépressif caractérisé au cours des 12 derniers mois. Chez les 18-75 ans, la prévalence des troubles psychiques est passée de 9,8 à 13,3 % entre 2017 et 2021. Le mal-être n'épargne aucune tranche d'âge, mais c'est chez les 18-24 ans que l'on observe la plus forte augmentation – notamment depuis le covid et le confinement –, avec 20,8 % de personnes touchées en 2021, contre 11,7 % quatre ans auparavant. La plupart des études scientifiques relèvent l'impact de la pandémie et des crises successives (climatique, sanitaire, économique, politique...) sur la santé mentale, provoquant anxiété, déprime passagère et, chez certains, une dépression nécessitant des soins. Voilà pour l'influence du contexte général, mais l'origine de la maladie est multifactorielle. Il peut être question d'héritage génétique, de neurasthénie saisonnière ou encore d'événements douloureux comme une séparation, un deuil ou une perte d'emploi, voire d'un déséquilibre de l'hygiène de vie. Heureusement, de nombreuses solutions existent pour faire face. Nous les détaillons dans ce guide, conçu de façon à vous aider à surmonter le sentiment d'impuissance, que vous soyez vous-même malade ou proche d'une personne en souffrance. Avec ce numéro de *Que Choisir Pratique*, vous mettrez les bons mots sur les maux. Surtout, nous vous indiquons où trouver la meilleure prise en charge, et comment éviter les erreurs de diagnostic et les traitements inadaptés. Car dans tous les cas, guérir est possible !

Pascale Barlet

UNION FÉDÉRALE DES CONSOMMATEURS - QUE CHOISIR

Association à but non lucratif - 233, boulevard Voltaire - 75555 Paris CEDEX 11 - Tél. : 01 43 48 55 48

Quechoisir.org

Service abonnements : 0155 56 71 09

Tarifs : 1 an, soit 11 numéros : 49 € • 1 an + 4 hors-séries : 67 €
1 an + 4 hors-séries + 4 numéros *Que Choisir Pratique* : 94 €

**PRÉSIDENTE ET DIRECTRICE
DES PUBLICATIONS**
Marie-Amandine Stévenin

DIRECTEUR GÉNÉRAL DÉLÉGUÉ
Jérôme Franck

RÉDACTRICE EN CHEF
Pascale Barlet

**SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
DE LA RÉDACTION**
Laurent Suchowiecki

CONCEPTION GRAPHIQUE
Les 5 sur 5

DIRECTEUR ARTISTIQUE
Ludovic Wyart

RÉDACTION
Hélène Bour, Noëlle Guillon,
Isabelle Verbaere

SECRÉTAIRES DE RÉDACTION
Valérie Barrès-Jacobs, Marie
Bourdellès, Gaëlle Desportes-Maillet,
Fabien Maréchal

RÉDACTRICES-GRAPHISTES
Sandrine Barbier, Clotilde
Gadesaude, Capucine Ragot

ILLUSTRATEUR
Baptiste Stéphane/Marie Bastille

INFOGRAPHISTES
Inès Schneider-Blanlard, Carla
Félix-Dejeufosse, Laurent Lammens

ICONOGRAPHIE
Catherine Métayer

ODLC
Grégory Caret (directeur)

ESSAIS COMPARATIFS
Éric Bonneff (directeur)

ASSISTANTE DE LA RÉDACTION
Catherine Salignon

DOCUMENTATION
Frédérique Vidal (responsable),
Audrey Berbach, Véronique
Le Verge, Stéphanie Renaudin

DIFFUSION/MARKETING
Laurence Rossilhol (directrice),
Delphine Blanc-Rouchosse,
Justine Boduch,
Jean-Louis Bourghol,
Marie-Noëlle Decaulne,
Jean-Philippe Machanovitch,
Francine Manguelle,
Steven Phommarnh,
Nicolas Schaller, Ibrahim Sissoko

JURIDIQUE
Magali Buttard (responsable), Brune
Blanc-Durand, Gwenaëlle Le Jeune,

Véronique Louis-Arcène,
Candice Méric, Mélanie Saldanha

**INSPECTION DES VENTES/
RÉASSORTS** MP Conseil

IMPRESSION / COUVERTURE
BLG Toul, 2780, route de
Villey-S'-Étienne 54200 TOUL

DISTRIBUTION MLP

COMMISSION PARITAIRE
n° 0727 G82318
Imprimé sur papier Perlen Value
(Suisse)

ISSN 2646-9189.

Taux de fibres recyclées : 57 %
Certification : Écolabel FSC PEFC
Eutrophisation : 620 kg CO₂/T papier

Photos de couv. :
Brainwashed 4 You/Adobe Stock (abonnés),
Miniseris/Istock (kiosque)



Les informations personnelles collectées font l'objet d'un traitement sous la responsabilité de l'UFC-Que Choisir située 233, bd Voltaire, 75011 Paris, aux fins de gérer les abonnements et commandes de produits/services et leur suivi, de réaliser des statistiques, d'effectuer du profilage pour adresser des offres personnalisées et, enfin, de compléter ces données afin de mieux connaître nos interlocuteurs. Une partie de celles-ci provient des associations locales et de courtiers en données (données d'identification, coordonnées, information sur la demande, etc.). Les données à caractère personnel peuvent être transmises à nos services internes, aux entités de l'UFC-Que Choisir, à des organismes de presse français partenaires, à des associations caritatives – dont une liste exhaustive figure dans notre politique de confidentialité (accessible sur Quechoisir.org/dcp) – mais aussi à des prestataires externes, dont certains hors Union européenne. L'UFC-Que Choisir s'assure des garanties appropriées préalablement à tout transfert, dont une copie peut être obtenue en écrivant à l'adresse précitée. Vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement des données ainsi que d'opposition au traitement ou à sa limitation, et définir des directives post-mortem, via le formulaire en ligne sur Quechoisir.org/dpo. Il est également possible de faire une réclamation auprès de la Cnil. Les données à caractère personnel sont conservées de manière sécurisée trois ans à compter du terme d'un contrat (abonnement, commande...), sans écartier les dispositions réglementaires propres à certaines catégories de données, imposant une durée de conservation particulière ou leur suppression. Le traitement des informations personnelles, suivant les finalités poursuivies, est nécessaire soit à l'exécution d'un contrat, soit à la réalisation des intérêts légitimes de l'UFC-Que Choisir (analyse de son audience, promotion de son activité), ou encore repose sur votre consentement, que vous pouvez retirer à tout moment.

Sommaire



DÉPRESSION, DE QUOI PARLE-T-ON?	6
SYMPTÔMES ET PRISE EN CHARGE	22
TRAITEMENTS RECONNUS	40
APPROCHES COMPLÉMENTAIRES	66
À CHAQUE MOMENT DE LA VIE	84
DES PISTES INNOVANTES	100

ENQUÊTE LE POUVOIR D'ACHAT DES FRANÇAIS

Jurisprudence	121
Infos conso	124
Associations locales	129

An illustration featuring three stylized human figures in a dark, monochromatic blue environment. A bright, yellow-orange spotlight beam shines down from the top right, illuminating a man in the background who has his eyes closed and a somber expression. In the foreground, a woman is shown in profile, looking towards the left. To her left, another man wearing a cap and a hoodie is also looking left. The overall mood is contemplative and somber, reflecting the theme of the document.

SOMMAIRE

08 La dépression :
apprendre à la connaître

14 Un paysage dépressif

16 Des facteurs
de risque multiples

18 Lexique

20 Sept idées reçues
à vite oublier

De quoi parle-t-on ?



Une personne sur cinq a souffert ou souffrira, un jour, d'une dépression. Ce trouble de l'humeur demeure pourtant encore trop souvent confondu avec un coup de déprime, une tristesse passagère. En réalité, il s'agit d'une véritable maladie psychique aux causes multiples, qui impacte très fortement la vie quotidienne et expose au suicide. La simple volonté ne suffit pas à en sortir. C'est pourquoi il importe de consulter afin d'éviter qu'elle ne s'aggrave ou ne devienne chronique. D'autant qu'il existe des prises en charge efficaces.

APPRENDRE À LA CONNAÎTRE

Bien que la prévalence des troubles de l'humeur – et les montants affectés à leur prise en charge – ne cesse d'augmenter, la société les appréhende encore assez mal. Voici quelques éléments pour mieux les cerner, et donc s'en occuper.

Le constat est alarmant. À la suite de la pandémie de Covid-19, les troubles dépressifs ont fortement augmenté dans notre pays, constate Santé publique France dans son *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* (BEH) daté du 14 février 2023. Entre 2017 et 2021, 12,5 % de nos concitoyens auraient souffert d'épisodes de dépression. La hausse de la prévalence annuelle atteint 36 % chez les personnes de 18 à 75 ans, et même 80 % chez les 18-24 ans, la tranche d'âge la plus touchée. Toutes les catégories de population sont concernées, quels que soient le sexe, le niveau de diplôme, la situation professionnelle et financière et le lieu de vie. La consommation de médicaments antidépresseurs et de régulateurs de l'humeur s'envole également. Le nombre de nouveaux patients qui en prennent a progressé de près de 15 % entre 2020 et 2021, contre moins de 5 % en 2019-2020, alors qu'il baissait les années précédant la crise sanitaire, indique l'Assurance maladie dans son rapport annuel « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses », paru en juillet 2023. Les montants consacrés au remboursement de ces traitements ont donc très logiquement bondi de près de 15 %.

Une pathologie très courante

Cette flambée des cas de dépression est sans précédent, et elle fait de cette maladie l'une des plus répandues en France. Or, seules 33 % des personnes atteintes sont suivies par un professionnel de santé, révèle l'étude « Les Français et

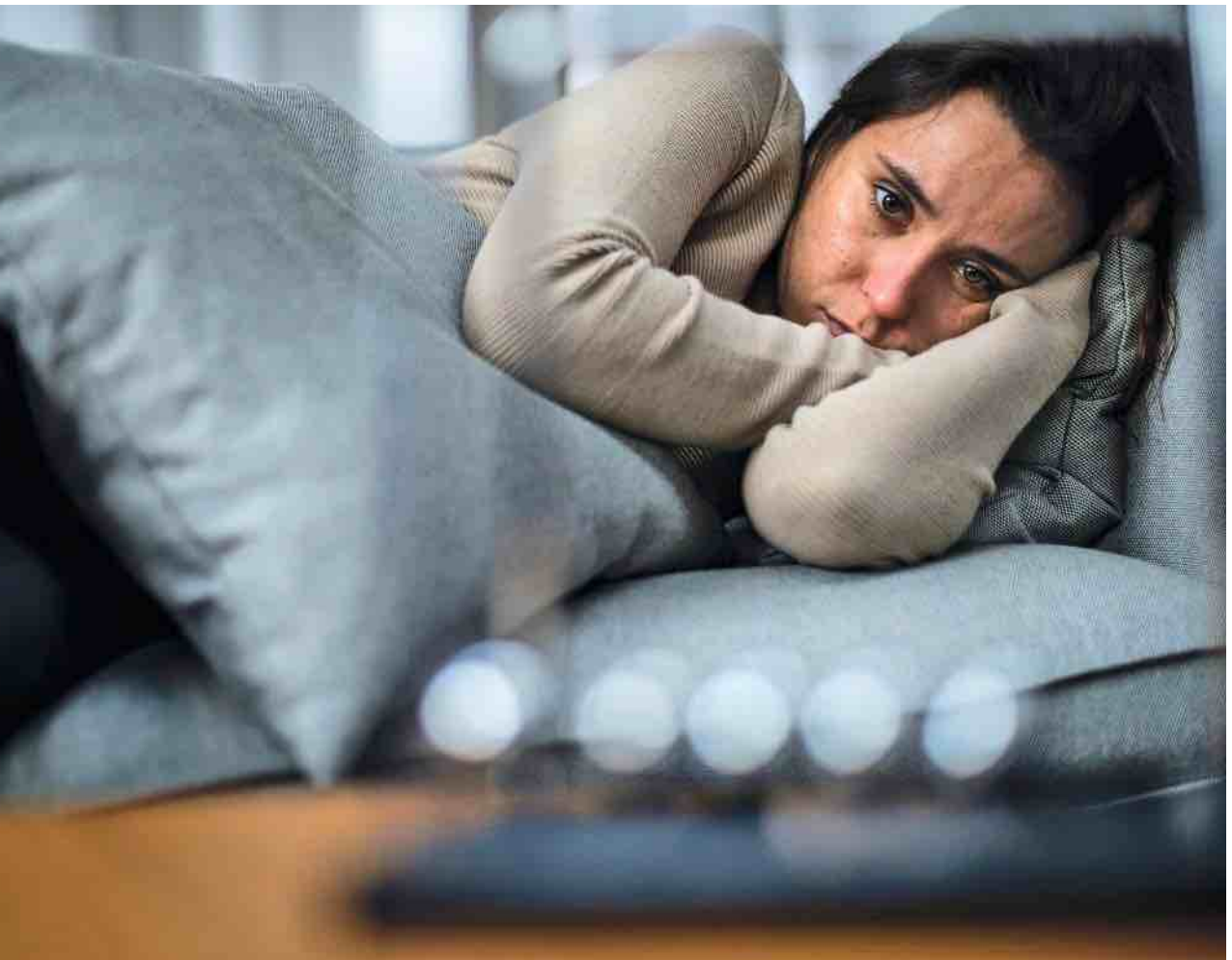
la dépression » réalisée par l'institut CSA en 2021⁽¹⁾. Ce faible recours aux soins s'explique par une banalisation et une stigmatisation de cette pathologie, encore largement méconnue et confondue avec une simple déprime.

Parallèlement, si la tristesse, le découragement, la honte, la culpabilité, l'ennui comme la morosité justifient parfois une aide psychologique, il s'agit de réactions normales en réponse à des événements douloureux, mais aussi à des situations de stress intense. Inhérentes à la condition humaine, ces émotions ne correspondent pas forcément au diagnostic de dépression. En effet, cette dernière ne relève pas d'un état d'âme transitoire, mais d'une maladie connue depuis l'Antiquité et susceptible de durer des mois, voire des années lorsqu'elle n'est pas correctement prise en charge. Elle correspond à des symptômes et à des critères diagnostiques précis.

Au moins cinq signes identifiés

Ainsi, selon le DSM-5, la cinquième et dernière édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux publié par l'Association américaine de psychiatrie, tout individu traversant un épisode dépressif connaît au moins cinq des phénomènes suivants – parmi lesquels au moins un des deux premiers –, et les éprouve depuis au minimum 15 jours :

➤ **Tristesse intense quasi permanente** « C'est le symptôme fondamental de la dépression », décrit le docteur Mickaël Benyamin, psychologue clinicien, maître de conférences en psychologie



RAWPIXEL.COM/ADOBESTOCK

clinique et psychopathologie à l'université Paris-Cité (lire également l'interview p. 19). *Elle s'exprime par de l'abattement, du pessimisme, une vision du verre à moitié vide. Le patient se plaint d'ennui et de chagrin sans raison particulière. La vie a perdu sa saveur, il la voit en noir et blanc.*»

> Perte de l'élan vital La personne dépressive éprouve une diminution forte et durable de l'intérêt qu'elle avait à l'égard de ses activités quotidiennes, même celles qu'elle considérait comme plaisantes auparavant. *«Elle devient de plus en plus indifférente à ce qui l'entoure, voire "désaffectée", poursuit le docteur Benyamin. On parle d'un émoussement affectif et d'une apathie.»*

> Perte de l'estime de soi et, souvent, forte culpabilité. Le malade se dévalorise, s'auto-déprécie, il se sent inutile et vide.

> Ralentissement psychomoteur *«Sur le plan intellectuel, cela se manifeste par une lenteur de la pensée, des troubles de la mémoire et de la concentration, développe l'expert. Sur le plan affectif, le patient présente une certaine froideur relationnelle. Il ne ressent plus grand-chose, y compris vis-à-vis de son entourage. Enfin, ce ralentissement touche son activité motrice. Son geste traîne, son débit de parole baisse. Il est épuisé, il n'a plus la force de vivre et ne prend plus d'initiatives, il vit au jour le jour et ne se projette plus dans l'avenir.»*

> Grande fatigue Cet état est fréquemment plus marqué le matin.

> Idées de mort récurrentes Par rapport à la population générale, les individus en dépression ont entre 13 et 30 fois plus de risques de se suicider. Selon l'Institut national de la santé >>

>> et de la recherche médicale (Inserm), au sein de cette catégorie, de 5 à 20% se donnent la mort chaque année (8 366 décès de ce type ont été enregistrés en 2021, d'après l'Observatoire national du suicide). Leur anxiété s'avère quasi permanente, notamment lors des éveils précoces à l'aube où ils ont le sentiment de ne plus avoir la capacité de faire face – ces moments sont d'ailleurs davantage propices au passage à l'acte suicidaire.

Tous ces symptômes s'accompagnent de troubles du sommeil dans près de 90% des cas, et de perturbations alimentaires avec perte ou prise de poids. À l'arrivée, «une personne déprimée se trouve dans un état très différent de son état dit normal, c'est-à-dire habituel», souligne le docteur Antoine Pelissolo, psychiatre et chef de service au CHU Henri-Mondor à Créteil (94), auteur de *Dépression: s'enfermer ou s'en sortir?* (éd. Le Muscadier, 2017). Selon la gravité de la maladie, cette transformation peut être plus ou moins intense et spectaculaire. Les patients qui traversent une phase sévère sont souvent méconnaissables, et ne se reconnaissent d'ailleurs pas eux-mêmes.»



Relations sociales
et vie professionnelle
sont impactées.

Troubles dans les relations

Un épisode dépressif se révèle d'autant plus sévère qu'il comporte des idées suicidaires, des symptômes psychotiques, des hallucinations, du délire et/ou une incapacité à maintenir ses activités quotidiennes. En 2019, une enquête a évalué ce fardeau auprès d'une communauté de patients, sur la plateforme internet Carenity: 102 personnes atteintes de dépression «résistante» (ainsi qualifiée après l'échec de deux traitements antidépresseurs) y ont répondu. D'après les résultats, détaillés dans la *Revue d'épidémiologie et de santé publique* en septembre 2020, il apparaît que le sommeil, l'activité physique et les tâches ménagères sont particulièrement impactés par la maladie.

La dépression résistante affecte aussi considérablement les rapports avec les proches: 92% des répondants estiment qu'elle dégrade la qualité des relations interpersonnelles; 88% indiquent avoir réduit le temps passé avec leurs amis et leur famille et 78% affirment se sentir isolés. La vie professionnelle est, en outre, fortement touchée pour près de la moitié des sondés. 25% ont même dû arrêter de travailler et 19% ont diminué leur activité en raison de leur maladie. Parmi ceux qui demeurent actifs, 88% déclarent éprouver des difficultés à supporter la pression, 86% ont du mal à se motiver et à évoluer professionnellement. Enfin, environ la moitié des personnes interrogées ont été conduites à poser des arrêts maladie et des congés payés afin de se prendre en charge.

D'autres maladies associées

Bien souvent, la dépression s'exprime par des problèmes de santé physique tels que des maux de tête et de dos, des troubles digestifs et sexuels, ou encore des douleurs chroniques. Elle se trouve aussi fréquemment associée à d'autres pathologies comme le diabète, l'obésité et l'accident vasculaire cérébral (AVC). «Si l'on se situe du côté des personnes suivies pour dépression, les études rapportent que de 35 à 50% d'entre elles souffrent d'une autre maladie», souligne le docteur Bruno Aouizerate, psychiatre au centre hospitalier



La vie de la personne dépressive semble perdre toute saveur.

Charles-Perrens à Bordeaux (33) et chercheur au laboratoire NutriNeuro, dans les colonnes du *Journal du CNRS* daté de mars 2020.

De façon générale, les patients dépressifs sont plus souvent sujets à des complications de santé. « *Parce que la dépression fait le lit d'un état inflammatoire entretenu par des comportements à risque, tabagisme et consommation d'alcool trop importante, alimentation ultratransformée, insuffisances nutritionnelles notamment en oméga 3 et vitamine D, isolement social, manque de luminosité et d'activité physique, sédentarité* », note le docteur Guillaume Fond, psychiatre responsable du centre expert FondaMental dépression de l'Assistance publique des hôpitaux de Marseille (13)⁽²⁾. On l'explique également par le fait que chez ces malades, les traitements contre l'hypertension et le diabète sont moins bien suivis, et le recours à la médecine de prévention (examens sanguins, dépistage du cancer du sein ou du colon...) est plus faible. Un cardiaque en dépression présente un risque de décès 3,5 fois plus élevé qu'un cardiaque qui ne l'est pas.

De même, « *il est aujourd'hui établi que les troubles de l'humeur constituent un facteur de risque d'AVC, au même titre que la sédentarité, l'hypertension ou l'hypercholestérolémie, par exemple, signale le professeur de neurologie Igor Sibon, directeur de l'unité neurovasculaire au CHU de Bordeaux et codirecteur de l'équipe Cognition humaine et neuro-imagerie à l'Institut des neurosciences cognitives* » >>



RECHERCHE DE VOLONTAIRES

ComPaRe Dépression est une « e-cohorte participative » francophone, qui inclut des patients ayant vécu ou vivant des troubles dépressifs. Elle a été créée en novembre 2023, sous la tutelle de l'Assistance publique des hôpitaux de Paris et de l'université Paris-Cité, afin de faire avancer la recherche. « *La dépression, et particulièrement ses répercussions sur la vie des personnes concernées, reste mal connue*, constate la psychiatre Astrid Chevance, chercheuse en santé publique à l'université Paris-Cité et coordinatrice de cette cohorte. *On ignore combien d'épisodes elles font dans leur vie, en moyenne, et les conséquences sur leur trajectoire sociale – si elles sont davantage exposées au chômage, par exemple.* »

À ce jour, 3800 malades se sont inscrits sur la plateforme pour répondre aux questionnaires en ligne. L'ambition est d'en intégrer 10 000. « *Nous souhaitons les suivre dans la durée, sur plusieurs années. L'idéal serait 10 ans*, ajoute le Dr Chevance. *Les données recueillies devraient nous aider à mieux comprendre comment on vit avec la dépression : qui rechute, qui prend tel ou tel traitement, quelles sont les perceptions des effets des traitements. Il s'agit aussi de mesurer les impacts sociaux et professionnels. On s'intéresse à la vie des personnes dans leur globalité.* » Les chercheurs s'appuieront sur cette plateforme pour mener diverses études. « *La première, qui a débuté en avril, porte sur l'amélioration de l'annonce du diagnostic de dépression par les médecins. La deuxième, lancée en mai, traite du handicap associé à la dépression.* »

> Pour intégrer la cohorte de patients, rendez-vous sur Compare.aphp.fr/depression.

>> et intégratives d'Aquitaine. On sait aussi que la sérotonine, l'un des neurotransmetteurs impliqués dans la dépression, joue un rôle dans le fonctionnement des plaquettes sanguines liées à la coagulation. Il y aurait donc une "communauté de voies biologiques" entre dépression et survenue de l'AVC.»

Une origine plurifactorielle

Mais pourquoi moi? Qu'ai-je donc fait, ou que n'ai-je pas fait? Que s'est-il passé? s'interrogent les patients dépressifs. Ils ont besoin de donner du sens à cette douleur qui lamine leur moral. Or, les facteurs susceptibles de déclencher la maladie sont multiples. Il peut s'agir de la mort d'un être cher, d'une séparation, de la perte d'un emploi, de conflits familiaux, de la révélation d'une pathologie, d'une mise à la retraite, du départ des enfants de la maison... Néanmoins, un seul élément ne suffit pas à expliquer le basculement dans la dépression, dont l'origine est plurifactorielle. «Personne ne peut aujourd'hui prétendre connaître LA cause, rappelle ainsi le Dr Pelissolo. Bien que de nombreuses recherches aient été engagées dans le monde depuis 30 ans, aucune explication satisfaisante n'a encore été déterminée. Grâce à l'exploration de théories scientifiques et à l'observation d'anomalies chez les individus qui souffrent, de nombreuses pistes intéressantes ont émergé, mais il est encore difficile de dire



La France dénombre trop peu de psychiatres pour répondre aux besoins de la population.

si les irrégularités détectées sont les causes des troubles... ou leurs conséquences. Si ce sont des signes d'accompagnement sans importance, ou si elles reflètent d'autres processus à découvrir.»

L'expression et l'intensité des symptômes de la dépression s'avèrent des plus diverses, ce qui rend le diagnostic compliqué à établir. «Certains patients seront ralentis, d'autres, agités; certains vont avoir des insomnies, d'autres, une augmentation du sommeil; certains seront fatigués, d'autres, tendus; certains vivront une grande souffrance morale alors que d'autres connaîtront un émoussement complet de leurs émotions et la perte du plaisir, observe le docteur Fond.

LA SANTÉ MENTALE UN POIDS FINANCIER CONSIDÉRABLE

À l'heure actuelle, la prise en charge des troubles psychiatriques est le premier poste de dépenses de santé du pays, devant celles liées au cancer, à la pandémie de Covid-19 et aux pathologies cardiovasculaires. En 2020, elle représentait 14 %

de la facture annuelle de l'Assurance maladie, pour un total de près de 23,3 milliards d'euros, auxquels s'ajoutaient 30 milliards d'euros de dépenses indirectes, comme les indemnités journalières versées pendant les arrêts de travail. Et de façon globale, selon une étude d'un collectif

de chercheurs de la Fondation FondaMental, le coût de la psychiatrie en France s'élevait à 163 milliards d'euros en 2019 (période précovid), soit une hausse de 50 % depuis 2007 ! « Cette très forte augmentation témoigne de l'impact majeur des maladies mentales sur notre

société, et en particulier sur la qualité de vie des patients et de leurs proches », souligne la professeure Isabelle Durand-Zaleski, responsable de l'unité de recherche de l'Assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP) en économie de la santé et coauteure de l'étude.





Selon le DSM-5, la définition de la dépression avec ses neuf symptômes, dont deux majeurs, représente 1 500 formes de la maladie.»

Pas facile de consulter un psy

On recensait 15 500 psychiatres en France en 2022. Un chiffre largement au-dessus de la moyenne des pays occidentaux... mais qui cache d'importantes disparités territoriales, révèle une étude commandée par l'Association des maires ruraux de France (AMRF). Si l'on compte, en moyenne, 9,5 psychiatres pour 100 000 habitants par département, ils ne sont que 0,33 pour 100 000 dans certains. Ainsi, il en manque 49 dans l'Ain, et le déficit s'élève même à 104 dans le Pas-de-Calais. Au sein des hôpitaux publics, 30 % des postes ne seraient pas pourvus, selon les données de la Fédération française de psychiatrie. Résultat : une longue attente pour les patients.

Il faut deux ans, en moyenne, pour obtenir une consultation auprès de la cinquantaine de centres experts FondaMental, dédiés à la prise en charge des personnes atteintes de dépression, de schizophrénie, de trouble bipolaire ou du spectre de l'autisme. Créés il y a une dizaine d'années par la Fondation du même nom afin de soigner les malades et de faire progresser la recherche sur la santé mentale, ils sont déjà débordés. «*Les délais avant d'avoir un rendez-vous dans l'un des centres experts*

sont trop longs aujourd'hui. Cela constitue une véritable perte de chances pour les patients», dénonçaient plus de 70 élus et soignants dans une tribune publiée le 13 février 2024 par le quotidien *Le Figaro*.

Report sur les médecins généralistes

Le généraliste se retrouve donc en première ligne, voire représente parfois le seul recours pour détecter et traiter une dépression sous-jacente. Reste que son diagnostic nécessite une démarche approfondie, qui peut impliquer plusieurs consultations afin d'établir une relation de confiance. «*D'autant que 70 % des personnes souffrant de dépression rapportent d'abord un symptôme somatique, remarque le docteur Julien Gelly, responsable de la rédaction adjoint de la revue Prescrire. Ainsi, la plainte spontanément exprimée par le sujet ou par son entourage concerne un trouble du sommeil, des difficultés de concentration, une perte d'énergie, une agitation, une irritabilité, une baisse de libido... Il arrive que le malade pense inutile de chercher de l'aide auprès d'un soignant, estimant que son problème n'est pas un motif de consultation légitime. Ou parce qu'il redoute le diagnostic.*»

De fait, 63 % des médecins considèrent que c'est une maladie dont on parle peu, ce qui la rend difficile à aborder avec le patient, pointe l'étude «*Les Français et la dépression*» (CSA, 2021). Cela explique aussi pourquoi sa prise en charge demeure insatisfaisante. «*À l'issue d'un premier rendez-vous, les généralistes identifient à bon escient une dépression chez un patient sur deux, et portent à tort ce diagnostic pour environ 2 personnes sur 10*», précise le praticien. Un constat qui a conduit la Haute autorité de santé à publier, en 2017, des recommandations de bonnes pratiques concernant la prise en charge de l'adulte en soins de premier recours, et abordant plus particulièrement le rôle du généraliste. ■

(1) Étude auto-administrée en ligne, réalisée du 25 mai au 11 juin 2021 pour le compte du laboratoire Janssen, de la Fondation Pierre-Deniker et de l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (Unafam) par l'institut CSA, auprès d'un échantillon représentatif de 1 010 Français âgés de 18 ans et plus, constitué selon la méthode des quotas (sexe, âge, CSP, région et taille d'agglomération).

(2) Également auteur de *Je fais de ma vie un grand projet – Je décide d'agir pour changer durablement* (éd. Flammarion, 2018).

UN PAYSAGE DÉPRESSIF

Les indicateurs concernant la dépression en France s'affolent, notamment depuis la pandémie de Covid-19. Certaines franges de la population sont plus touchées.



Près de **1** personne sur **5**
a souffert ou souffrira d'une
dépression au cours de sa vie ⁽¹⁾

5 à 20 % des patients
se suicident ⁽¹⁾

Dans **plus de 50 %** des cas de décès
par suicide, des troubles dépressifs
seraient retrouvés ⁽²⁾

LES FRANÇAIS PLUS DÉPRIMÉS

+ 3,5 points C'est la hausse
des épisodes
dépressifs caractérisés (EDC) chez les
18-75 ans entre 2017 et 2021. Sur la période,
on est passé de 9,8 à **13,3 %** ⁽³⁾ de ce segment
de la population qui en est atteint.



+ 4,4 points chez les **titulaires
d'un bac** ou équivalent ⁽²⁾

+ 5,5 points chez les personnes
se déclarant **gênées au niveau
financier**

+ 6,2 points chez les habitants
de **l'agglomération parisienne**

UN VRAI COÛT POUR LA SOCIÉTÉ

35 à 45 %

des arrêts de travail
seraient dus aux
troubles dépressifs



38 millions

de journées d'arrêt de travail prescrites

1,4 milliard

d'euros de dépenses pour
la Sécurité sociale

LES JEUNES PARTICULIÈREMENT TOUCHÉS...

+ 9 points C'est l'évolution la plus importante des cas de dépression entre 2017 et 2021, et elle est enregistrée chez les **18-24 ans**. Sur la période, on est ainsi passé de 11,7% à **20,8% de jeunes adultes touchés** ⁽³⁾.

14 % des collégiens : **15,4 %** des lycéens
présentaient un risque important de dépression en 2022 ⁽⁴⁾



... AVEC DES PENSÉES SUICIDAIRES

24 % des lycéens déclaraient avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois en 2022 ⁽⁴⁾, **les filles étant nettement plus concernées** que les garçons (**31 %** contre 17%).

7,2 % des 18-24 ans ont déclaré avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois en 2021, **les femmes étant plus nombreuses** que les hommes (**9,4 %** contre 5 %) ⁽⁵⁾.

(1) (2) (3) Sources : Inserm, Baromètre santé 2017, Santé publique France (BEH, oct. 2018), Baromètre santé 2021, Santé publique France (BEH, fév. 2023). (4) Source : enquête nationale EnCLASS, réalisée en 2022 par Santé publique France et menée auprès de 9 337 élèves du secondaire. (5) Baromètre santé 2021, Santé publique France (BEH, fév. 2024).

DES FACTEURS DE RISQUE MULTIPLES

Difficile de connaître la cause d'une dépression. Elle résulte de nombreux facteurs psychologiques, biologiques, sociaux et environnementaux.

FACTEURS PRÉDISPOSANTS Un terrain « favorable »

La présence, en amont, des éléments suivants augmente le risque de développer une pathologie mentale au cours de son existence.

> Hérité compliquée «*La dépression possède une forte composante génétique, avec un risque accru pour un sujet si ses parents en ont souffert ou en souffrent*», expose la psychiatre Astrid Chevanec⁽¹⁾, chercheuse à l'université Paris-Cité. Les gènes principalement impliqués sont ceux qui permettent de transporter les neurotransmetteurs ou de fabriquer le facteur neurotrophique dérivé du cerveau, ou BDNF, une protéine qui joue un rôle clé dans l'entretien et la prolifération des neurones. D'autres éléments de vulnérabilité biologique ont été identifiés par les scientifiques, notamment des différences au niveau cérébral. Un déséquilibre dans le système des neurotransmetteurs et une atrophie de l'hippocampe, région du cerveau impliquée dans la cognition et les émotions, sont observables.

L'une des hypothèses retenues est la sécrétion anormalement élevée de cortisol, l'hormone du stress. Il est fortement toxique pour les neurones et diminue la fabrication de BDNF.

> Contexte difficile De la naissance à l'âge adulte, l'impact des traumatismes et des carences affectives précoces (maltraitance, deuils, séparation...) s'avère déterminant pour tout individu – et, plus encore, la manière dont ils sont perçus. Les violences sexuelles constituent également un facteur majeur de vulnérabilité. Notons que les femmes sont, en moyenne, deux fois plus touchées par la dépression que les hommes. Certes, l'explication est multifactorielle, mais les premières, âgées de 20 à 69 ans, déclarent six fois plus souvent que les seconds avoir subi un viol ou une tentative de viol. Dans le détail, 3,6% d'entre elles contre 0,6% d'entre eux, selon les chiffres de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees, 2015). D'ailleurs, 40% des femmes victimes d'abus durant leur enfance font une dépression.



LA STRATÉGIE DES PETITS PAS POUR REPRENDRE PIED

La sédentarité, les perturbations du sommeil, la fatigue et le repli sur soi sont à la fois des causes de la dépression et des facteurs d'entretien. Ils participent au maintien de l'humeur morose, qui

va elle-même perpétuer ces symptômes. Si l'on veut rompre le cercle vicieux, il faut adopter une meilleure hygiène de vie. Mais encore faut-il trouver l'énergie nécessaire... Pour certaines personnes,

se lever le matin, se laver et s'habiller paraît insurmontable. «*On ne va pas dire à quelqu'un qui a envie de se pendre d'aller faire un footing*», analyse le psychiatre Guillaume Fond. Afin d'éviter l'échec, mieux

vaut adopter la « stratégie des petits pas », avec des changements modestes : décrocher son téléphone lorsqu'il sonne, ouvrir ses rideaux le matin... Le plus important est de commencer.





> **Personnalité pathologique** Présenter des traits fixes et permanents sources de souffrance, comme le trouble borderline (lire le lexique p. 18), c'est avoir plus de risques de dépression.

FACTEURS PRÉCIPITANTS

Des déclencheurs avérés

Certains événements dramatiques et/ou des modes de vie délétères contribuent à dégrader la santé mentale.

> **« Coups de tonnerre »** Des épisodes de la vie comme un deuil, une séparation, la perte d'un emploi, une agression physique, l'annonce d'une pathologie grave... peuvent faire « plonger » une personne. C'est également le cas des « stressés chroniques » – harcèlement au travail, conflit conjugal persistant, mise à la retraite, chômage, etc. –, qui agissent par accumulation, à l'usure, dans les 6 à 12 mois précédant la maladie.

> **Addiction** Les pratiques addictives, tels la consommation abusive d'alcool ou le jeu pathologique, participent aux troubles de l'humeur.

> **Certains médicaments** La cortisone, l'interféron, les bêtabloquants, les antihypertenseurs... comptent parmi les traitements capables d'activer une dépression (effets secondaires).

> **Maladie somatique** Toute pathologie représentant une menace permanente pour la survie (cancer, infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral...) peut engendrer une dépression. Celle-ci apparaît aussi parfois dans le sillage d'une maladie neurodégénérative, comme l'ont montré les récentes découvertes sur celle de Parkinson. *« De mon point de vue de psychiatre, cette "concomitance" [avec une autre maladie], si elle n'est pas identifiée, risque de compromettre la prise en charge des patients dépressifs et de rendre inefficaces les traitements standards contre la dépression »,* soulignait le docteur Bruno Aouizerate, psychiatre à l'hôpital Charles-Perrens à Bordeaux (33) et chercheur au laboratoire NutriNeuro, dans un article du site CNRS - Le journal paru en mars 2020.

> **Hygiène de vie** Qualité du sommeil, tabagisme, consommation régulière d'alcool, type d'alimentation, sédentarité, activité physique et liens sociaux: *« Selon une méta-analyse publiée dans Nature Mental Health en octobre 2023, ces sept facteurs liés au mode de vie sont susceptibles d'augmenter le risque de dépression ou, au contraire, d'en protéger. Y compris chez les personnes présentant un risque génétique élevé, constate le psychiatre Guillaume Fond, responsable du centre expert FondaMental dépression de l'Assistance publique des hôpitaux de Marseille (13). Prendre soin de sa santé physique, c'est prendre soin de sa santé mentale. L'erreur de la psychiatrie a été de se déconnecter du reste de la médecine. Si l'on veut soigner correctement nos patients, il faut aussi s'occuper de leur corps. »*

> **La solitude** Selon l'Observatoire de la philanthropie (Fondation de France, 2023), les Français sont 21 % à indiquer se sentir régulièrement seuls et, parmi eux, 83 % souffrent de cette situation. Or, de nombreux travaux ont montré que le soutien social limitait le temps de rumination, réduisait le niveau de stress et motivait à changer. *« En cas de problème, savoir sur qui je peux compter et à qui je me sens relié est capital. C'est la qualité du lien qui protège vraiment contre la dépression »,* conclut le docteur Fond. ■

(1) Et coordinatrice de l'ouvrage *En finir avec les idées fausses sur la psychiatrie et la santé mentale* (Éditions de l'Atelier, 2022).

Lexique

ANGOISSE

Manifestation physique de l'anxiété: sensation d'oppression et de resserrement très pénible, tension musculaire, douleur dans la poitrine, palpitations, difficultés à respirer. La crise d'angoisse s'apparente à une sorte de cataclysme. Le sujet a l'impression de perdre le contrôle de lui-même, de devenir fou, ou a le sentiment qu'il va mourir. Les attaques de panique, ressenties notamment par les personnes claustrophobes lorsqu'elles se retrouvent coincées dans un ascenseur, en sont un bon exemple.

ANXIÉTÉ

État de tension interne, de malaise indéfinissable, de crainte d'un danger imminent... L'anxiété est un sentiment analogue à la peur, mais souvent sans objet précis. Elle risque d'entraîner, si elle est trop intense, une sensation de blocage intellectuel, d'impossibilité à penser, à se souvenir. Elle est considérée comme pathologique dès lors qu'elle devient chronique ou permanente en dehors de situations anxiogènes. Les soucis peuvent alors être de deux types: soit ils émanent d'un problème réel, actuel ou déjà vécu, et la personne anticipe ses conséquences négatives; soit il n'y a pas de problème, mais elle s'en crée et imagine

leurs effets. Anxiété généralisée, attaque de panique, phobie, stress post-traumatique... les troubles anxieux prennent différentes formes.

BURN-OUT

Il s'agit d'une sorte d'épuisement professionnel, caractérisé par une fatigue intense à la fois physique et psychique, de même qu'un sentiment de perte de contrôle et d'incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail. Il résulte de stress répétés, et frappe en tout premier lieu les emplois qui exigent un investissement en temps et affectif important. Les travailleurs sociaux, les personnels soignants et aidants, les enseignants sont particulièrement touchés. Toutefois, le burn-out peut également concerner d'autres métiers impliquant un engagement sur des valeurs professionnelles très pressantes: policiers, pompiers...

TRAUMATISME

Bien que ce terme soit utilisé à toutes les sauces, il recouvre une réalité précise: il s'agit d'une blessure psychique provoquée par un drame au cours duquel les personnes impliquées ont cru mourir ou ont perdu un proche. Aussi un licenciement ou une rupture amoureuse ne génèrent, a priori, pas de traumatisme – mais un viol, oui. L'événement déclenchant, à la fois soudain et violent, est susceptible de déborder immédiatement toutes les défenses de l'individu.

TROUBLE BIPOLAIRE

Cette maladie se caractérise par une alternance d'épisodes d'excitation excessive (les phases maniaques) et d'épisodes dépressifs.

TROUBLE BORDERLINE OU ETAT LIMITE

Ce trouble de la personnalité se manifeste par une incapacité à gérer ses émotions, une impulsivité prononcée avec des colères intenses, des sautes d'humeur, une mauvaise image de soi, des relations sociales instables, des conduites à risque et un sentiment de vide intérieur. ■



Interview

MICKAËL BENYAMIN Psychologue clinicien, maître de conférences en psychologie clinique et psychopathologie à l'université Paris-Cité. Auteur de *La dépression, du mal-être à la vie* (Éd. In press, 2023).



« L'ENDEUILLÉ PERD LE GOÛT DE TOUT MAIS, À UN MOMENT, IL REVIT »

Q C Quelles différences existe-t-il entre deuil et dépression ?

Mickaël Benyamin La déprime fait partie du deuil, qu'il s'agisse d'une rupture amicale ou amoureuse, ou de la perte d'un être cher. Elle est même nécessaire pour se détacher et rendre la perte supportable, au prix d'un travail psychique lent et douloureux. Être triste, abattu, voir tout en noir et blanc, c'est donc normal, à condition toutefois que cela soit ponctuel et transitoire. L'endeuillé perd le goût de tout mais, à un moment donné, il revit, éprouve à nouveau du plaisir. Un deuil «classique» dure entre trois et six mois. Au-delà, on bascule dans ce que le DSM-5 (le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) qualifie de deuil pathologique. C'est l'intensité et la durée qui permet de distinguer la pathologie de la normalité.

Q C La déprime relève-t-elle d'un traitement médicamenteux ?

M. B. Non et elle ne doit pas l'être. Si le patient prend des anxiolytiques et des somnifères pour ne pas penser à ce qui le fait souffrir et l'empêche de dormir, il n'avancera pas. Il y a des gens qui passent des années dans une déprime chronique. Leur vie est gelée. Ils basculent parfois dans la vraie maladie à l'occasion d'un événement mineur.

Q C Qu'est-ce qui fait que l'on sombre ainsi dans une dépression caractérisée ?

M. B. Nous nous sommes déjà tous étonnés de la réaction d'un proche à un événement qui nous paraissait anodin, mais dont lui semblait

très affecté. On ne comprend pas, parce qu'il réagit, en réalité, à une histoire cachée. Le fait qu'un deuil dure, ne passe pas, a parfois un sens. Cela peut être l'arbre qui cache la forêt. Derrière la douleur présente, sourdent d'autres, plus anciennes, qui n'ont pas été élaborées. Par «élaborer un événement», on entend le travailler psychiquement, pour pouvoir le dépasser et prendre de la distance vis-à-vis de lui.

Q C Que se passe-t-il quand ce travail n'est pas réalisé ?

M. B. Le deuil reste en suspens pendant 30, 40 ans... jusqu'à ce qu'un fait mineur vienne le réactiver, en raccrochant les wagons avec une perte ancienne. Cela explique pourquoi le patient ne pouvait pas s'en sortir. C'est la théorie de l'après-coup. En remettant ce qui nous fait souffrir à plus tard, on passe sa vie à ne pas se confronter à ce qui nous déprime, jusqu'à ce que la dépression, la vraie, survienne.

Q C Que peut apporter une psychothérapie analytique de soutien ?

M. B. Elle donne au patient l'occasion de relancer le travail d'élaboration du souvenir caché. En quelques séances, il peut comprendre à quoi renvoie son deuil pathologique. Les consultations ont lieu en face-à-face, à raison d'une à deux fois par semaine. Le thérapeute parle, donne des conseils, fait parfois un peu de coaching. Il est là pour soutenir le malade, tout en relançant le travail psychique sur cet élément inconscient qui nourrit sa dépression.

SEPT IDÉES REÇUES À VITE OUBLIER

De nombreux préjugés circulent encore sur la dépression. Ils font le lit de la stigmatisation des patients... qui se sentent coupables de leurs symptômes, en ont honte et retardent le moment d'aller consulter.

1 La dépression n'est pas une vraie maladie

Encore mal connue, la dépression reste mal diagnostiquée. Les personnes qui en sont atteintes s'avèrent peu nombreuses à consulter un professionnel de santé, soit parce qu'elles ne se considèrent pas malades, soit parce qu'elles ne savent pas vers qui se tourner. Alors que cette pathologie est très fréquente: près d'un Français sur cinq en a souffert ou en souffrira au cours de sa vie. Elle constitue le principal facteur de risque du suicide; 10% des dépressifs font une tentative de suicide, et la moitié a des pensées suicidaires. *«Penser que les troubles psychiques ne sont pas de vraies maladies, c'est croire que les victimes sont responsables de leurs symptômes. Cela revient également à dénier à la médecine la légitimité de les soigner, et au handicap d'être compensé par des mesures sociales»,* constate Astrid Chevanne, psychiatre, chercheuse à l'université Paris-Cité et coordinatrice de l'ouvrage *En finir avec les idées fausses sur la psychiatrie et la santé mentale* (Éditions de l'Atelier, 2022).

2 Il est possible de s'en sortir seul

La guérison de la dépression n'est pas une affaire de volonté. Il est très difficile de s'en tirer seul, car les symptômes sont des freins: souffrance psychique quasi permanente, ralentissement à la fois physique et mental, perte de motivation. Si la maladie n'est pas prise en charge, le risque de rechute augmente. Or, des recherches ont montré que les récides étaient susceptibles de dégrader définitivement les capacités cognitives – l'attention, la concentration, la rapidité de pensée. Le risque de suicide est aussi majoré, comme la probabilité de développer

une pathologie chronique du type diabète ou obésité et des problèmes cardiovasculaires. Il faut donc consulter rapidement un professionnel de santé, son généraliste en priorité.

3 Elle survient toujours après un choc émotionnel

Il est exact que dans de nombreux cas, la dépression apparaît en réaction à un événement traumatisant ou à des tensions répétitives, au travail par exemple. *«L'analyse de la biographie récente de personnes souffrant d'un épisode dépressif révèle qu'en moyenne, 60% d'entre elles ont vécu un événement stressant au cours des six mois précédant la dépression, note le docteur Antoine Pelissolo, psychiatre et chef de service au CHU Henri-Mondor à Créteil (94), auteur de Dépression: s'enfermer ou s'en sortir? (éd. Le Muscadier, 2017). En comparaison, ce chiffre ne s'élève*



qu'à 20% chez les individus non déprimés dans la population générale.» Toutefois, d'autres dépressions s'apparentent à un coup de tonnerre dans un ciel bleu, parce qu'on ne trouve pas de déclencheur particulier. De nombreuses causes intriquées, génétiques, biologiques et sociales, sont impliquées.

4 Tout ça, c'est uniquement dans la tête

La tristesse, l'angoisse, les idées suicidaires, la culpabilité, la perte d'intérêt et de plaisir, la difficulté à se concentrer... certes, plusieurs symptômes majeurs de la dépression sont de nature psychologique. Cependant, la maladie se manifeste également au niveau du corps: gain de poids ou amaigrissement, manque d'énergie, lenteur, douleurs chroniques, insomnie, troubles sexuels.

5 Si on vit comme d'habitude, on n'est pas dépressif

Le simple fait de réussir à se lever le matin ne signifie pas que tout va pour le mieux. La dépression peut prendre de multiples formes et les personnes qui en souffrent ne se comportent pas toutes de la même façon. Si certaines pleurent beaucoup et ressentent un profond désespoir, chez d'autres, l'agressivité et l'irritabilité remplacent la tristesse. Elles deviennent caractérielles, voire virulentes. D'autres encore se replient sur elles-mêmes par peur de déranger

ou, au contraire, sont prolixes et parlent sans s'arrêter. Le diagnostic de la dépression s'avère complexe et doit être posé par un médecin.

6 Le mal-être, c'est un problème de faiblesse

«Secoue-toi!», entendent encore trop souvent les patients. Comme s'il leur suffisait de le vouloir pour agir... «Ils rapportent être taxés de fainéantise ou de manque de volonté plutôt que d'être reconnus comme malades», observe la psychiatre Astrid Chevance. Or, ce n'est pas une question d'envie ou de force de caractère. Les dérèglements biologiques qui caractérisent la dépression entraînent une baisse d'énergie, plus ou moins complète, qui peut se manifester tant sur le plan physique que psychique. Les personnes atteintes se sentent épuisées dès le matin, sans cause identifiable, ce qui est particulièrement déstabilisant. Leur reprocher leur mauvaise volonté ou leur paresse, les menacer pour qu'elles changent leur comportement aggrave leur culpabilité, donc leur souffrance, alors qu'elles ont besoin d'être identifiées comme malades et soutenues.

7 On ne peut jamais vraiment en guérir

Environ 30% des individus souffrant d'un état anxieux ou dépressif ne croient pas en l'existence de solutions efficaces pour soigner la dépression, révèle l'enquête CoviPrev d'octobre 2023, réalisée par Santé publique France avec l'institut de sondage BVA. Et 29% pensent ne jamais en sortir, pointe l'étude «Les Français et la dépression», menée par l'institut CSA en 2021 pour le compte du laboratoire Janssen, de la Fondation Pierre-Deniker et de l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (Unafam). «Pourtant, la grande majorité des dépressions se soignent, et les patients guérissent, tient à souligner le docteur Astrid Chevance. Certes, cela demande du temps.» Une prise en charge transversale associant une psychothérapie, une meilleure hygiène de vie et un traitement antidépresseur, en cas de forme modérée ou sévère de la maladie, permet de la traiter dans plus de 70% des cas et d'éviter le plus souvent les rechutes. ■



BY-STUDIO/ADOBE STOCK



SOMMAIRE

24 Définir un épisode dépressif caractérisé

32 Interview d'Eva Mazur

34 Le généraliste en première ligne

37 Les structures spécialisées

Symptômes et prise en charge

Souvent, on se dit « déprimé » face à un événement de la vie qui nous cause une baisse de moral. Or, médicalement, cet adjectif renvoie à la dépression, un état potentiellement bien plus grave sur le plan psychique. Afin d'en parler au sens médical et de contrer la banalisation de la maladie, les spécialistes utilisent maintenant plus volontiers l'expression « épisode dépressif caractérisé ». Et insistent sur sa nécessaire prise en charge, car il multiplie le risque de suicide par 25. Dans certains cas, une pathologie sous-jacente, comme une hypothyroïdie ou un cancer débutant, est mise au jour lors de tests. Raison de plus pour consulter et obtenir un bon diagnostic !

DÉFINIR UN ÉPISODE DÉPRESSIF CARACTÉRISÉ

Pour la personne qui se sent mal, la première étape consiste à se rendre chez le médecin généraliste. Ce dernier va évaluer les symptômes, puis déterminer sous quelle forme se présente la maladie et son niveau de gravité. Le but : adapter au mieux la prise en charge et limiter les risques.

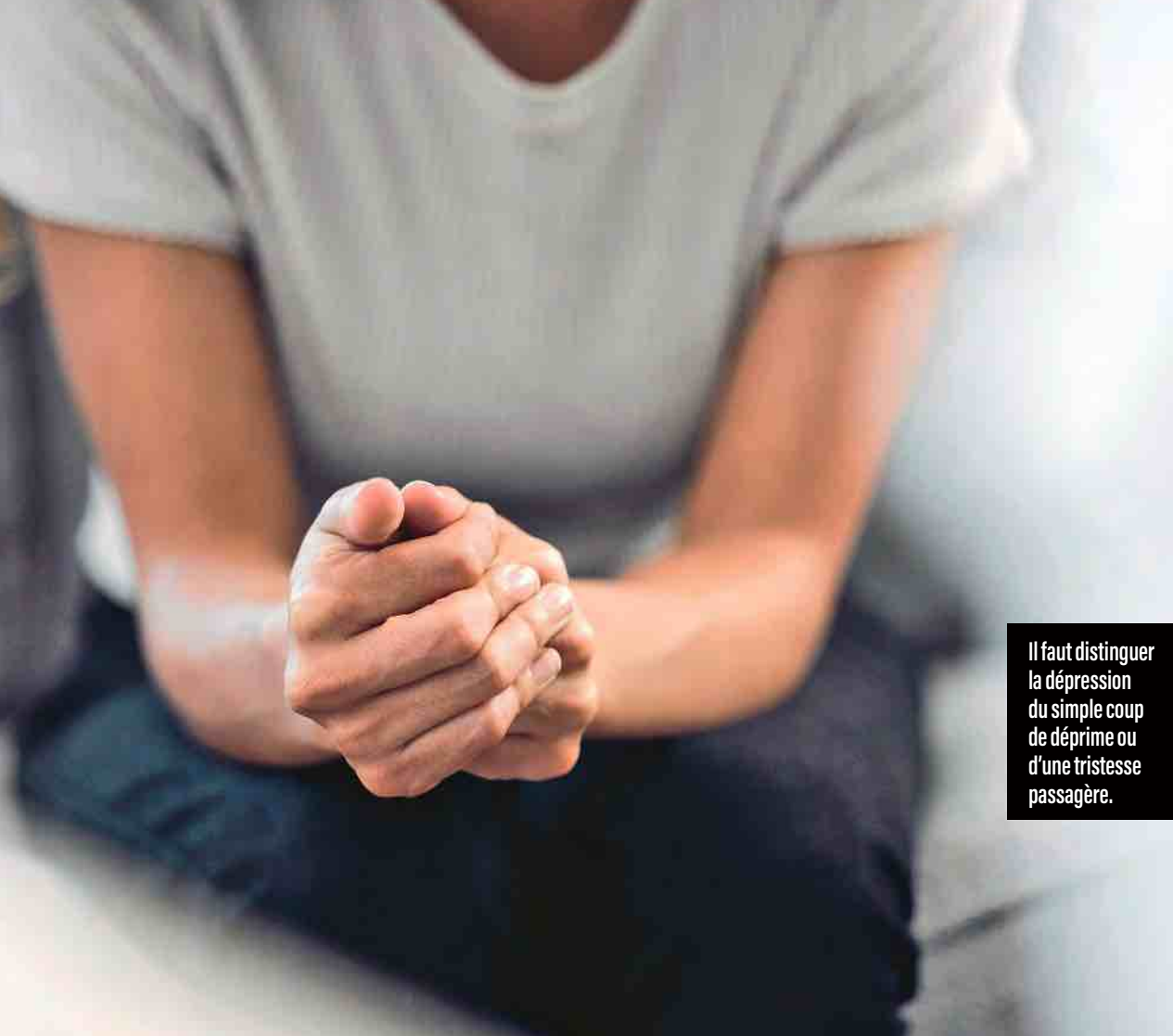
« **S**i les médecins sont bien formés au repérage et au diagnostic de la dépression, les signes de cette pathologie sont peu connus des patients et de leurs familles dans notre pays, regrette le Pr Michel Lejoyeux, psychiatre à l'hôpital Bichat, à Paris (75). La passion française pour l'idéal de bonheur, l'essor du développement personnel et la stigmatisation des troubles mentaux détournent les gens de la connaissance de ce qu'est la dépression. » Des retards de diagnostics, avec une vraie perte de chances, découlent d'un retard à la consultation. Par conséquent, en cas de doute pour vous ou l'un de vos proches, n'hésitez surtout pas à consulter (ou à inciter à voir) un médecin, généraliste ou psychiatre.

SURVEILLER les signes alarmants

Les statistiques montrent que la dépression est une maladie répandue : près de 1 personne sur 5 en a souffert ou en souffrira au cours de sa vie. Selon l'étude CoviPrev mise en place par Santé publique France après l'épidémie de Covid-19, 16% des Français présentaient des signes d'un état dépressif à fin novembre 2023. Il s'agit d'une pathologie invalidante, avec un fort retentissement sur la vie personnelle et professionnelle, qui se caractérise par une baisse durable du moral, de plus de 15 jours, en rupture avec l'état habituel de la personne touchée.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), trois grandes sortes de signes doivent alerter et pousser à consulter. La première réunit ce qui a trait à l'humeur dépressive : une tristesse durable et incontrôlable (avec des pleurs non maîtrisables, par exemple) ; une dévalorisation de soi ; une perte d'envie, d'intérêt et de plaisir pour les activités d'habitude appréciées. Cet état s'installe progressivement sur plusieurs semaines et peut s'accompagner d'idées noires et de conduites suicidaires.

La seconde catégorie rassemble tous les symptômes d'un ralentissement psychomoteur, qui survient lorsque la dépression est installée. Des efforts importants doivent être fournis pour réaliser des actions courantes. Un sentiment d'épuisement déconnecté de l'activité physique est ressenti. La personne paraît lente, dénuée de vivacité et éteinte. Sa concentration tout comme son acuité intellectuelle diminuent. Ses prises de décision sont difficiles. On note aussi des défauts de mémoire. Enfin, la dernière famille concerne les signes physiologiques associés, qui peuvent être nombreux : une grande fatigue qui dure, des maux de tête, des douleurs lombaires, des crampes, des troubles du sommeil, une altération de la sexualité, une perte d'appétit avec un amaigrissement ou, au contraire (mais plus rarement), une boulimie.



Il faut distinguer la dépression du simple coup de déprime ou d'une tristesse passagère.

SE RÉFÉRER aux critères validés

Si plusieurs de ces signes sont présents, il faut solliciter un avis médical. Lors de la consultation de diagnostic, le médecin procédera à un entretien clinique du patient (primordial) et pourra éventuellement, avec son consentement, s'entretenir avec ses proches. Il va s'intéresser à d'éventuels antécédents personnels ou familiaux d'épisodes dépressifs, de troubles bipolaires ou d'addictions, évaluer le retentissement des symptômes sur les plans intellectuel, somatique et sexuel, et mesurer les risques psychosociaux. Il va également rechercher un problème associé, comme un trouble anxieux. Enfin, il peut enquêter sur la présence de maltraitance actuelle (physique, psychique,

Bon à savoir

Le deuil n'est pas, en soi, considéré comme un épisode dépressif caractérisé (EDC). Il s'agit d'une réaction d'adaptation à une perte significative, non d'un état pathologique. Mais, il peut parfois conduire à un EDC, avec un risque suicidaire non négligeable.

verbale ou sexuelle). Pour parler d'épisode dépressif caractérisé (EDC), le praticien s'appuie sur les critères validés par des sources de référence, soit la CIM-10 – la 10^e révision de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes de l'OMS – ou le DSM-5, le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux publié par l'Association américaine de psychiatrie (APA). «Les critères validés par ces >>

>> *diverses autorités sont légèrement différents, mais cela n'a pas d'incidence sur le diagnostic de la dépression»,* pointe le Pr Florian Ferreri, psychiatre à l'hôpital Saint-Antoine à Paris (75).

Dans tous les cas, l'épisode est censé durer au moins deux semaines, être accompagné de signes quasi quotidiens perturbant la vie professionnelle et sociale et provoquer une détresse significative. Et, selon la CIM-10, sélectionnée en France par la Haute autorité de santé (HAS), le patient doit présenter au moins deux symptômes principaux parmi les suivants: humeur dépressive, diminution ou perte de l'intérêt porté aux activités habituellement agréables, baisse de l'énergie et augmentation de la fatigabilité.

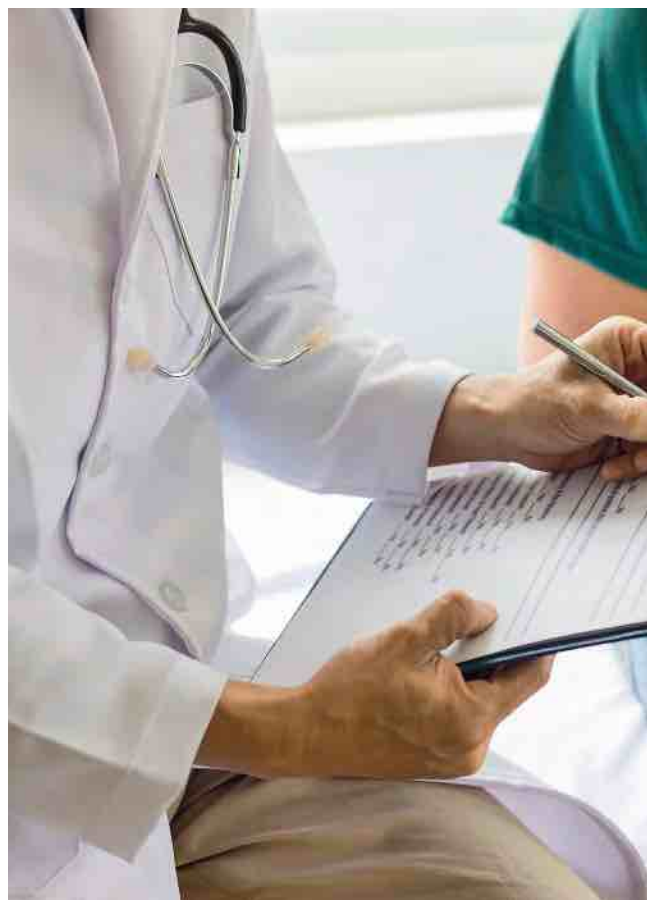
Le malade doit aussi afficher au moins deux des sept autres symptômes secondaires: chute de la capacité d'attention et de concentration, baisse de la confiance en soi, sentiment de culpabilité et d'inutilité, perspectives négatives et pessimistes pour le futur, troubles du sommeil, perte d'appétit, idées suicidaires. Tous ces signes sont repris dans des questionnaires d'évaluation validés, qui sont pour le médecin des aides au diagnostic – ce dernier étant toujours soumis à son jugement. En outre, des autoquestionnaires (lire p. 28) peuvent permettre à certaines personnes de s'approprier le diagnostic ou les inciter à consulter un professionnel.

ÉLIMINER les autres causes

Durant la consultation, le médecin doit éliminer toute origine organique, médicamenteuse ou toxique (par exemple, l'alcool). Ou encore une autre cause psychiatrique, qui pourrait expliquer les symptômes ressentis. *«Il y a notamment la nécessité*

absolue d'établir rapidement la différence entre dépression unipolaire, à savoir l'EDC, et trouble bipolaire, car leur prise en charge n'est pas la même», appuie le Pr Ferreri. Le second allie des phases dépressives avec des épisodes maniaques ou hypomaniaques – soit une alternance de moments de dépression et de bien-être – pouvant être associés à une excitation, une euphorie, une désinhibition et un sentiment de mégalomanie. Il faut traiter ce trouble de l'humeur de façon spécifique. Or, il connaît un retard de diagnostic de 8 à 10 ans en moyenne, avec des situations pouvant aller jusqu'à 15, voire 20 ans, car les symptômes de l'hypomanie sont fréquemment banalisés.

L'usage et l'abus de certains médicaments (surtout chez le sujet âgé) ou de substances psychoactives, incluant l'alcool, la dépendance à leur égard ou le sevrage peuvent également être évoqués lors du rendez-vous. Enfin, il est possible que des signes «d'apparence dépressive» soient dus à une affection



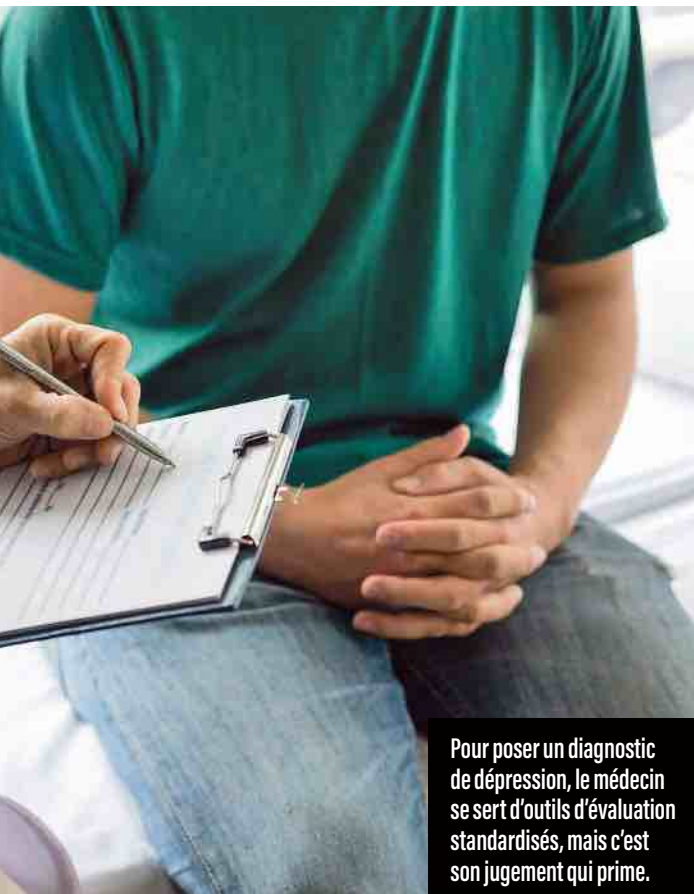
Bon à savoir

Après un épisode dépressif, le risque de récurrence s'élève à 50 % dans les deux ans, et à 80 % sur la vie entière, ce qui justifie un suivi attentif du médecin traitant. Un bon diagnostic et une prise en charge bien menée permettent d'abaisser ces taux en diminuant les symptômes résiduels, facteurs de risque de récurrence.

somatique telle qu'une hypothyroïdie, un diabète, un cancer ou une maladie neurodégénérative. «Certains symptômes "mimant" une dépression sont en réalité le fait de pathologies somatiques ignorées. Le médecin doit absolument pratiquer un premier bilan sanguin, rénal, hépatique, lipidique, hormonal et inflammatoire standard, voire une imagerie cérébrale, face à un premier épisode dépressif», détaille le P^r Ferreri. D'autres tests, plus poussés, sont effectués dans des centres experts face à une dépression avec des signes atypiques, des plaintes particulières ou une résistance à des traitements bien conduits (lire «Quand les idées noires ont la vie dure», p. 60).

QUALIFIER le niveau de sévérité

S'il n'en fait pas forcément part au patient lors de la consultation, le praticien va qualifier le degré de sévérité de l'épisode dépressif, car la prise >>



Pour poser un diagnostic de dépression, le médecin se sert d'outils d'évaluation standardisés, mais c'est son jugement qui prime.

WITTON/ADOBE STOCK; A. BUECKERT/ADOBE STOCK



TEST SANGUIN UNE AIDE AU DIAGNOSTIC DU TROUBLE BIPOLAIRE ?

Depuis avril 2024, un bilan sanguin, myEDIT-B (développé par les laboratoires Synlab et la société Alcediag), est disponible en France pour l'aide au diagnostic du trouble bipolaire. Sur la base d'une mesure de modifications épigénétiques, il vise à différencier dépression unipolaire et trouble bipolaire. L'intelligence artificielle intégrée parvient à classer correctement 80 % des nouveaux patients testés. Prudence toutefois : selon l'Association française de psychiatrie biologique et de neuropsychopharmacologie, cet outil ne remplit pas toutes les conditions d'un usage en pratique clinique. En cause, le manque de validation rigoureuse par des essais, une performance encore trop faible et, surtout, l'absence de remboursement, alors que la réalisation du test coûte 899 € au malade. «Il fait partie des prémices de l'avenir en psychiatrie, il ne faut pas le diaboliser. Une étude européenne multicentrique doit d'ailleurs analyser son utilité en vie réelle», nuance Alexis Bourla, psychiatre à l'hôpital Saint-Antoine et au sein du réseau de cabinets NeuroStim, à Paris. En tout état de cause, il n'a pas lieu d'être pratiqué lors d'un premier état dépressif, mais plutôt face à des épisodes récurrents et résistants.

Bon à savoir

10 % des diagnostics psychiatriques seraient erronés. Pourquoi ? Des médecins n'utilisant pas les entretiens standardisés peuvent poser un diagnostic psychiatrique dès qu'un symptôme évoque ce type de pathologie. Or, plusieurs maladies organiques « miment » la dépression, comme les déséquilibres thyroïdiens ou certains cancers.

>> en charge en dépend. Il peut, pour ce faire, s'aider d'échelles d'évaluation (PHQ-9, HDRS, BDI-II, MADRS), mais son jugement prime. La CIM-10 et le DSM-5 proposent trois niveaux de sévérité – léger, modéré ou sévère –, selon l'intensité des symptômes et le retentissement sur la vie personnelle, professionnelle et sociale. Lors d'une phase dépressive légère ou modérée, il est possible de maintenir des activités sociales, moyennant un effort. Dans les stades sévères, au contraire, on ressent une difficulté considérable à mener son travail, et la vie familiale est également très perturbée. Dans ce cas de figure, le médecin sera particulièrement attentif au risque suicidaire. Un épisode dépressif est d'autant plus grave qu'il comporte des idées de mort récurrentes (qu'il s'agisse d'une intention, d'une réelle planification ou d'un passage à l'acte), des symptômes psychotiques associés tels que des hallucinations – le plus souvent auditives dans les atteintes

psychiatriques – ou des délires et, enfin, une impossibilité à poursuivre des activités quotidiennes simples, comme prendre soin de son hygiène corporelle ou manger. Ces situations peuvent conduire à une décision d'hospitalisation.

DISTINGUER la forme clinique

Il arrive que les symptômes les plus visibles d'une dépression ne collent pas tout à fait avec le tableau «classique» (soit celui considéré comme tel par le grand public), ce qui augmente le risque de non-reconnaissance par le patient ou l'entourage. De fait, un épisode dépressif caractérisé peut se présenter sous différentes formes.

> **Une mélancolie** Il s'agit de la forme la plus grave, avec une fatigue intense et un risque suicidaire majeur. «Heureusement, c'est aussi celle qui répond le mieux aux traitements», explique le Pr Lejoyeux.

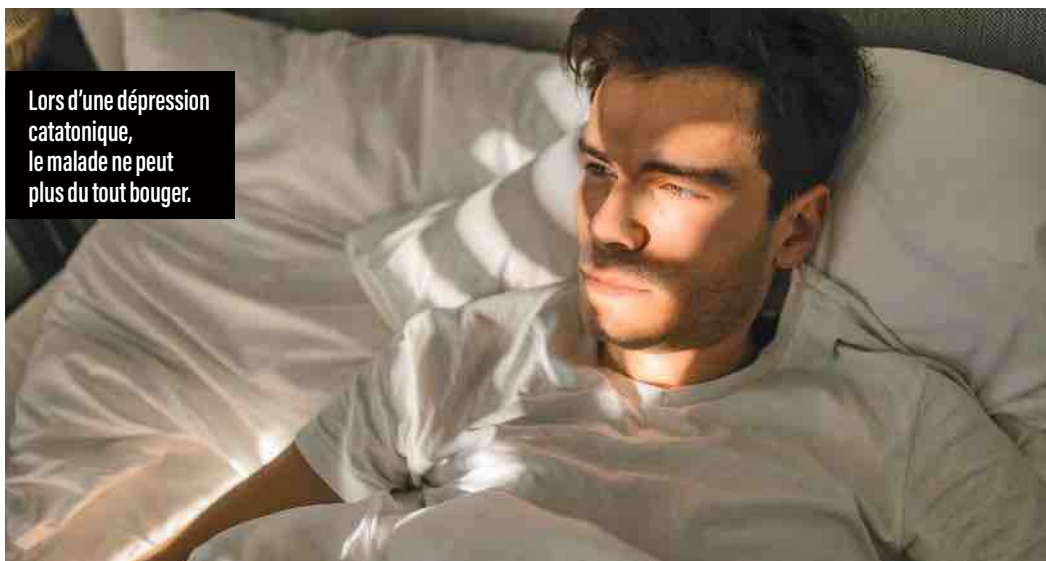
> **Une dysthymie** On la qualifiait auparavant de «névrose». C'est une forme plus chronique, qui peut durer plus de six mois, voire jusqu'à deux ans.

> **Un EDC psychotique** Des phénomènes délirants s'ajoutent aux autres symptômes.

> **Une dépression catatonique** Dans ce cas, les patients ne sont plus capables de bouger.

> **Une dépression saisonnière** Cette forme >>

Lors d'une dépression catatonique, le malade ne peut plus du tout bouger.



V. SARIC/ISTOCK

ÊTES-VOUS DÉPRESSIF ?

TEST

Dérivés des échelles d'évaluation utilisées par les médecins, de nombreux autoquestionnaires sont disponibles: PHQ-2, PHQ-9, BDI-II, HADS, HDRS ou GDS-15. Si vous avez un doute vous concernant, testez-vous. Nous reproduisons ici le PHQ-9, un « entretien » permettant d'évaluer si on est en phase dépressive. Si c'est le cas, consultez sans attendre votre généraliste ou un psychiatre.

Au cours des deux dernières semaines, selon quelle fréquence avez-vous été gêné par les problèmes suivants ?

Jamais : **0**
Plusieurs jours : **1**
Plus de la moitié du temps : **2**
Presque tous les jours : **3**

1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses.

0 1 2 3

2. Être triste, déprimé ou désespéré.

0 1 2 3

3. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi, ou dormir trop

0 1 2 3

4. Se sentir fatigué ou manquer d'énergie.

0 1 2 3

5. Avoir peu d'appétit ou manger trop.

0 1 2 3

6. Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul, ou d'avoir déçu sa famille ou s'être déçu soi-même.

0 1 2 3

7. Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision.

0 1 2 3



8. Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou, au contraire, être si agité que vous avez eu du mal à tenir en place par rapport à d'habitude.

0 1 2 3

9. Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre.

0 1 2 3

**0 + + +
 Score total :**

Si vous obtenez :

De 1 à 4 : vous souffrez peut-être d'une dépression minimale ;

De 5 à 9 : d'une dépression légère ;

De 10 à 14 : d'une dépression modérée ;

De 15 à 19 : d'une dépression modérément sévère ;

De 20 à 27 : d'une dépression sévère.

Si vous avez coché au moins un des problèmes évoqués, à quel point ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à vous entendre avec les autres difficile(s) ? ⁽¹⁾
 Pas du tout difficile(s),
 assez difficile(s), très difficile(s)
 ou extrêmement difficile(s).

(1) La dernière question, non numérotée, est indicative, mais elle n'est ni cotée ni incluse dans le score total.

Bon à savoir

Si vous présentez des idées suicidaires, n'hésitez pas à vous rendre aux urgences. Vous pouvez aussi composer le 3114, numéro national de prévention du suicide, gratuit et confidentiel, ou les numéros de lignes d'écoute associatives (lire p. 35).

>> de la maladie, avec une vulnérabilité à la lumière, ne présente pas forcément de tristesse ou d'idées suicidaires, mais une baisse d'énergie, de libido et d'acuité intellectuelle. Elle risque également de générer des conflits.

> Une dépression masquée à expression somatique Elle est caractérisée par des plaintes physiques, des douleurs au premier plan, parfois de l'irritabilité ou encore une dépendance aux substances psychoactives, qui peut être une comorbidité de la dépression.

L'examen clinique permettra de mettre en évidence, derrière ces formes, les symptômes caractéristiques d'une dépression, qui restent souvent au second plan. Il arrive que le repérage soit compliqué à cause de la diversité des manifestations; en cas de diagnostic délicat, le médecin traitant réorientera son patient vers un psychiatre.

ÉVALUER le risque suicidaire

Le risque suicidaire est celui que l'on craint le plus au cours d'un épisode dépressif caractérisé. Effectivement, il est alors multiplié par 25 à 30. D'après l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), de 5 à 20% des malades souffrant de dépression se donnent la mort. Avec environ 9 000 décès annuels par suicide relevés par Santé publique France, notre pays affiche l'un des taux les plus élevés d'Europe. Et c'est la première cause de mortalité chez les 25-34 ans et les femmes en post-partum. L'étude CoviPrev, elle, souligne, que 10% des Français ont eu des pensées suicidaires en 2023. Si les jeunes sont particulièrement à risque dans les données les plus récentes, il faut noter que d'autres populations y sont vulnérables, comme les femmes après l'accouchement ou les personnes âgées de 60 ans et plus – d'ailleurs, selon l'OMS, un quart des décès par suicide dans le monde concerne cette dernière tranche d'âge.

Lors de la consultation, votre médecin va donc évaluer ce risque, et le réévaluer ensuite périodiquement au cours du traitement. Il peut ainsi vous poser les questions suivantes: avez-vous déjà envisagé de vous faire du mal? De quelle façon?

PERSONNES ÂGÉES CONSULTER AU MOINDRE DOUTE

Les manifestations de la dépression peuvent prendre différentes formes suivant le moment de la vie. C'est le cas chez les enfants, les adolescents, les femmes en post-partum (lire p. 90) et les personnes âgées. Chez ces dernières, il ne faut pas considérer la tristesse et la fatigue comme « normales », pas plus que les plaintes somatiques ou les troubles cognitifs – on doit d'ailleurs

se poser la question d'un épisode dépressif caractérisé (EDC) sous-jacent responsable de ces troubles. Un EDC peut aussi précéder ou accompagner une maladie neurodégénérative (Alzheimer, Parkinson...). Une démarche diagnostique spécifique existe face à ces symptômes divers. Au moindre doute, une consultation s'impose,

d'autant que toute phase dépressive chez nos aînés comporte un risque suicidaire élevé. « Pour autant, le médecin doit en premier lieu mettre en évidence la maladie. On ne traite pas forcément pour dépression une personne âgée qui se plaint de douleurs... surtout dans le contexte français de surconsommation d'antidépresseurs », souligne le Pr Lejoyeux.



Pensez-vous que votre vie ne vaut pas la peine d'être vécue? Souhaiteriez-vous disparaître? Avez-vous déjà songé à mourir? Avez-vous des plans pour mettre fin à vos jours? Avez-vous à disposition les moyens nécessaires? Qu'est-ce qui vous retient de le faire? Il est important de savoir que, contrairement à une idée reçue, en parler n'augmente pas le risque de passage à l'acte. Il existe des facteurs de risque identifiés d'un passage à l'acte, tels qu'un âge supérieur à 75 ans, un isolement social, la recherche de moyens létaux, des antécédents familiaux de suicide ou un entourage délétère. Le praticien veillera à insister sur les raisons de vivre et à limiter l'accès aux moyens de se donner la mort (médicaments...).

Tout comme pour l'épisode dépressif en lui-même, il existe des degrés de sévérité du risque suicidaire. S'il est élevé, avec une planification de la mort claire, un patient coupé de ses émotions ou agité, une expression de la souffrance omniprésente, un fort isolement, un accès direct à des moyens létaux, la décision d'hospitalisation doit être immédiate (lire aussi p. 35-36). S'il est plus modéré, la décision se prend au cas par cas: hospitalisation, suivi renforcé ou recours à un avis spécialisé. Quant au risque suicidaire faible, il impose tout de même au médecin de rester vigilant et de le réévaluer au cours du temps. ■



DÉPRESSION DE L'ADULTE

Repérage et prise en charge initiale

SYMPTÔMES PRINCIPAUX

- > Humeur dépressive > Abattement ou perte d'intérêt pour les activités habituellement agréables
- > Augmentation de la fatigabilité > Perte d'appétit
- > Idées suicidaires

SYMPTÔMES SUPPLÉMENTAIRES

- > Diminution de la capacité d'attention et de concentration
- > Baisse de la confiance en soi > Sentiment de culpabilité et d'inutilité > Perspectives négatives et pessimistes pour le futur > Troubles du sommeil

ÉPISODE DÉPRESSIF LÉGER

SYMPTÔMES

- > 2 symptômes dépressifs **PRINCIPAUX**
- > + au moins 2 symptômes dépressifs **SUPPLÉMENTAIRES**

LA PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

- Psychothérapie de soutien ● Avis ou suivi psychiatrique possible (psychiatre, psychologue, psychothérapeute)



ÉPISODE DÉPRESSIF MODÉRÉ

SYMPTÔMES

- > 2 symptômes dépressifs **PRINCIPAUX**
- > + 3 à 4 symptômes dépressifs **SUPPLÉMENTAIRES**

LA PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

- Psychothérapie de soutien ● Et, éventuellement, traitement antidépresseur, à maintenir de six mois à un an après rémission complète ● Avis ou suivi psychiatrique possible (psychiatre, psychologue, psychothérapeute)



ÉPISODE DÉPRESSIF SÉVÈRE

SYMPTÔMES

- > 3 symptômes dépressifs **PRINCIPAUX**
- > + au moins 4 symptômes dépressifs **SUPPLÉMENTAIRES**

LA PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

- Orientation rapide vers un psychiatre ● Traitement antidépresseur d'emblée, maintenu de six mois à un an après rémission complète + psychothérapie
- Hospitalisation si risque suicidaire élevé





Interview

EVA MAZUR Formatrice de l'association Premiers secours en santé mentale* et coautrice avec Catherine Testa du livre *Aider, les clés pour apprendre à observer, écouter, accompagner* (éd. Michel Lafon, 2023)

« LES PROCHES DOIVENT SAVOIR ÉCOUTER SANS JUGER »

Q C Que faire lorsqu'un proche est diagnostiqué dépressif ?

Eva Mazur Il n'y a pas d'attitude idéale. Lorsque quelqu'un de notre entourage est concerné, on le vit parfois comme un raz-de-marée. Différentes émotions nous submergent: sentiment d'impuissance, incompréhension, peur et, surtout, culpabilité. On peut commencer par s'interroger sur ses propres représentations de la dépression, car on est souvent imprégné de stéréotypes et de clichés sur cette maladie. En enquêtant pour rédiger notre livre, Catherine Testa et moi avons constaté un manque de culture générale sur la santé mentale et les troubles psychiques. Quand on se sent prêt, il est possible d'aller chercher de l'information fiable auprès d'un professionnel, par exemple, pour mieux comprendre ce que vit son proche, et ainsi mieux l'accompagner.

Q C Être bienveillant ne suffit pas ?

E. M. La bienveillance est essentielle, mais la dépression est une maladie qui nécessite un accompagnement spécifique et médical. On manque souvent de compétences relationnelles pour approcher une personne en détresse, l'écouter et l'informer. Avant d'intervenir, il est intéressant de se demander pourquoi on veut aider. Faire le premier pas vers l'autre est d'autant plus simple qu'on est au clair avec la raison qui nous pousse à agir. Les meilleures intentions du monde ne garantissent pas que l'on soulagera la souffrance. Elles n'empêchent pas d'être maladroit et de dire: «Allez, souris un peu, la vie est belle!» On peut aussi être tenté d'imposer son avis: «Si j'étais toi, j'irais consulter un

autre psy.» Ou de donner des conseils non demandés que la personne malade n'a pas envie d'entendre, comme «Tu devrais faire du sport». Ici aussi, nous avons remarqué un manque de formation sur les compétences relationnelles pour approcher un individu en détresse.

Q C Une personne dépressive a-t-elle besoin de conseils ?

E. M. Bien sûr qu'elle peut bénéficier de conseils de son entourage et du corps médical. Mais une personne en souffrance a aussi besoin d'être entendue sans être jugée, même si, de l'extérieur, elle adopte des comportements que nous ne comprenons pas forcément et qui sont liés à la maladie. Il ne s'agit pas de trouver une solution à sa place, mais de lui donner un espace pour exprimer ce qu'elle ressent en sécurité. C'est un principe de base: on ne peut pas aider une personne contre son gré. C'est à elle de choisir. L'aider, c'est lui laisser la place d'agir et de penser, c'est continuer à la regarder comme un être humain avec des ressources, capable de s'en sortir.

Q C Dès lors, quelle attitude adopter vis-à-vis d'un proche malade ?

E. M. Demandez-lui comment il désire être accompagné, ce qui lui fait du bien et quelle place il veut que l'on prenne en tant que proche.

Être entouré, partager des activités, aide à sortir du repli sur soi



Nous pouvons lui dire : « *Comment souhaites-tu être aidé en cette période ?* » Et continuer à lui montrer soutien et affection. Même si ce n'est pas toujours simple, il est important de garder l'espoir du rétablissement : la dépression se soigne. La personne a besoin que l'on reconnaisse et accueille ses émotions, sa tristesse, son sentiment de vide. Or, trop souvent, on réagit en niant ses états d'âme, avec des phrases comme « *tu as pourtant tout pour être heureux* ».

Q C Dans quelle mesure être présent ?

E. M. Il y a des moments où les personnes dépressives ne veulent pas être dérangées. Et d'autres où la compagnie d'un proche leur fait du bien, est consolatrice. Lorsque l'on propose des activités, il est parfois utile d'offrir sa compagnie, de faire les choses ; c'est plus satisfaisant de marcher à deux dans les bois que de se voir conseiller de s'y promener seul. Être entouré, partager des activités, aide à sortir du repli sur soi, mais aussi à dépasser la perte de motivation.

Q C Des phrases sont-elles à éviter, par exemple « *Ça va aller* » ?

E. M. Cette demande revient souvent en formation : « *Qu'est-ce qu'il ne faut pas dire, quel mot éviter ?* » Chacun, dans l'aide qu'il apporte à autrui, possède

sa personnalité, son vocabulaire, sa sémantique. Ce qui compte d'abord, c'est la sincérité avec laquelle on agit. Avec un malade, la communication risque d'être compliquée, on tient parfois des propos qui dépassent nos pensées, car toute la famille est impactée. Rien n'empêche de présenter ses excuses par la suite, de faire différemment la fois suivante – cela peut même constituer un levier d'amélioration de la communication.

Q C Qu'est-ce que le « piège du sauveur » ?

E. M. Dès qu'il est question d'aider ou de prendre soin de l'autre, l'archétype du sauveur n'est jamais loin. Or, en voulant sauver à tout prix, on risque d'installer une relation de dépendance mutuelle. Le sauveur se nourrit du sauvé et inversement, et la relation peut devenir aliénante. Quand nous prenons le rôle du sauveur, nous retirons à la personne son droit de se sauver elle-même et de s'appuyer sur ses propres ressources. Penser savoir ce qui est bon pour l'autre, c'est souvent dépasser son rôle d'aidant...

Q C Comment éviter ce mode de relation ?

E. M. Il est utile d'observer sa posture, ses ressentis et ses émotions dans la relation. Trouver le juste équilibre entre aider et se préserver prend du temps. Il est parfois nécessaire de se faire soi-même accompagner par un professionnel quand on est aidant.

Q C Quels autres écueils contourner ?

E. M. Une fois le diagnostic posé, certains proches peuvent avoir une tendance à la surprotection. Toute leur vie finit par tourner autour de la dépression et, sans le vouloir, la personne risque d'être réduite à sa maladie : « *As-tu bien pris tes médicaments aujourd'hui ?* » ; « *Pense à prendre rendez-vous chez ton médecin !* » Il est important de préserver l'autonomie du malade au maximum et de continuer sa propre vie avec des loisirs, des relations sociales plaisantes, etc. ■

* Association PSSM, lire aussi le Bon à savoir p. 36.

À qui s'adresser ?

LE GÉNÉRALISTE EN PREMIÈRE LIGNE

Cela devrait être un réflexe au moindre doute concernant une dépression : consulter en priorité son médecin traitant. Ensuite, le parcours de soins a été établi par la Haute autorité de santé, et dépend de la sévérité de l'épisode.

Tous les professionnels que nous avons interrogés, qu'ils soient psychiatres, psychologues ou psychanalystes, exhortent à se conformer au parcours de soins officiel et à privilégier une approche médicale de la dépression. « Celle-ci est une vraie pathologie, rappelle le P^r Michel Lejoyeux, psychiatre à l'hôpital Bichat, à Paris (75). *Quand vous souffrez d'un diabète, votre entourage ne vous conseille pas d'aller voir d'abord un psy !* » Tout est dit. Confronté à des signes pouvant évoquer une dépression au sens médical du terme, qui diffère d'une déprime passagère, c'est-à-dire face à une perte d'envie, de plaisir, d'énergie, avec un fort retentissement sur la vie personnelle et professionnelle, le premier réflexe doit être de prendre rendez-vous chez son médecin traitant. Celui-ci éliminera la présence d'une autre pathologie, posera le diagnostic et évaluera l'intensité des symptômes. De fait, ces derniers peuvent cacher une autre affection, qu'elle soit somatique (maladies inflammatoires) ou neurologique, voire un cancer non diagnostiqué.

Se rendre chez son médecin traitant, ou à défaut chez un généraliste, est donc essentiel pour ne pas passer à côté d'une possible autre pathologie grave. Le praticien prescrira à son patient un bilan complet. Après l'exclusion des possibles diagnostics différentiels, il pourra établir celui de dépression et en évaluer plus précisément le niveau de sévérité. Ce dernier conditionne en effet la suite du parcours : les professionnels à consulter et les traitements qui seront proposés. Ne pas se tromper est primordial face à un premier épisode dépressif, car sa mauvaise prise en charge – et la durée des symptômes – expose à des rechutes. Or, on le sait, elles surviennent dans environ 80 % des cas.

Un cheminement bien codifié

La Haute autorité de santé (HAS) a édicté des recommandations à destination des médecins généralistes afin d'optimiser la prise en charge initiale des personnes souffrant d'un épisode dépressif. Elle insiste sur leur nécessaire « alliance thérapeutique » avec ces patients : une attitude fondée sur l'écoute, l'empathie et le soutien. Le praticien doit ainsi obtenir l'accord éclairé du malade pour sa prise en charge (hors cas d'urgence, lire p. 35). Il l'informerait sur la nature de ses troubles, les traitements possibles, leurs effets bénéfiques mais aussi secondaires, et prévoirait certainement des consultations rapprochées.



Bon à savoir

Le médecin du travail est aussi un interlocuteur à privilégier en cas de dépression. Formé aux pathologies mentales, il peut aider au dépistage, mais également à l'adaptation du poste en vue d'une reprise du travail après un arrêt, par exemple à mi-temps thérapeutique.



Le médecin doit obtenir l'accord éclairé du malade pour tout traitement.

dans un premier temps. Il fera un suivi des paramètres somatiques et donnera des conseils sur le mode de vie (activité physique, alimentation, arrêt des substances toxiques... lire aussi p. 74-79). Le traitement de la dépression reposant également sur une psychothérapie, voire la prise d'un antidépresseur, le praticien proposera, selon l'intensité des symptômes :

> **Pour un épisode dépressif léger**, une psychothérapie de soutien uniquement, les traitements antidépresseurs n'étant pas indiqués. Il pourra adresser son patient à un psychiatre, un psychologue ou un psychothérapeute.

> **Pour un épisode dépressif modéré**, une psychothérapie de soutien en priorité, éventuellement associée à un traitement antidépresseur selon les cas, dont la prise doit être poursuivie six mois à un an après la rémission complète. L'accompagnement d'un psychiatre, d'un psychologue ou bien d'un psychothérapeute est également possible.

> **Pour un épisode dépressif sévère**, un antidépresseur d'emblée et une orientation rapide vers un psychiatre. Le traitement est complété

par une psychothérapie dite structurée, c'est-à-dire faisant appel à des techniques plus protocolisées que la psychothérapie de soutien.

L'hospitalisation parfois nécessaire

Certaines situations conduisent le médecin à préconiser d'emblée, ou au cours du suivi du patient déprimé, une hospitalisation. C'est le cas si la dépression s'accompagne d'un scénario suicidaire imminent, d'un risque d'automutilation, d'un potentiel de violence envers soi-même ou autrui, >>



QUE FAIRE EN CAS DE PENSÉES SUICIDAIRES ?

Même si toutes les personnes dépressives ne se suicident pas, la dépression multiplie par 25 le risque de se donner la mort. Ne consultez les urgences qu'en présence de pensées suicidaires avec un scénario imminent. Sachez qu'il est possible de sortir d'une crise suicidaire, avec de l'aide et un accompagnement adéquat. Si vous êtes isolé, ne restez pas seul, contactez des lignes d'écoute, gouvernementales ou associatives.

> **Au 3114**, numéro national de prévention du suicide, un professionnel du soin (infirmier ou psychologue) saura vous écouter et vous proposer des ressources adaptées à vos besoins ou à ceux de votre proche.

> **En cas de risque suicidaire**

imminent, appelez le 15 (Samu) ou le 112 (numéro d'urgence européen).

> **À SOS Amitié** (09 72 39 40 50) et **Suicide Écoute** (01 45 39 40 00), une permanence d'écoute gratuite et anonyme existe 24 h/24 et 7 j/7.

> **Chez SOS Suicide Phénix** (01 40 44 46 45), l'écoute anonyme est disponible de 13 h à 23 h.

> **Au Fil Santé Jeunes** (0 800 235 236), service d'écoute gratuit et anonyme pour les 12-25 ans, la permanence a lieu de 9 h à 23 h tous les jours.

> **Enfin, chez Phare Enfants-Parents**

(01 43 46 00 62), l'accueil est ouvert du lundi au vendredi de 10 h à 17 h.

>> de symptômes psychotiques (délires, hallucinations) ou somatiques sévères associés, en cas de forte agitation anxieuse avec un manque de contrôle émotionnel ou lors du sevrage d'une substance psychoactive. Dans la mesure du possible, le médecin doit obtenir le consentement du malade, mais il peut recourir aux dispositions légales relatives aux droits et à la protection des individus faisant l'objet de soins psychiatriques. L'admission en unité de soins se fait alors sur décision du directeur d'établissement, à la demande d'un tiers (membre de la famille, tuteur, curateur ou toute personne agissant dans l'intérêt du malade) sur présentation de deux certificats médicaux de moins de 15 jours, voire d'un seul en cas d'urgence.

Le parcours en libéral

La prise en charge de la dépression en libéral peut impliquer un psychiatre (qui est un médecin spécialiste), un psychologue ou un psychothérapeute, après accord entre le médecin traitant/généraliste et le malade. Si le psychiatre est amené à délivrer le traitement antidépresseur et à en effectuer le suivi, il peut également accompagner le patient avec une psychothérapie de soutien ou structurée, à l'instar de ce que proposent les psychologues et les psychothérapeutes (lire p. 52). L'approche psychothérapeutique utilisée dépend

Bon à savoir

Le rôle de l'entourage,

personnel et professionnel, est central dans les pathologies telles que la dépression. Pour autant, il ne sait pas toujours comment réagir, que dire... Des formations à destination du grand public et des entreprises, comme celles de l'association Premiers secours en santé mentale (PSSM), sont proposées afin d'apprendre à repérer les situations d'urgence et savoir que faire. En tant que proche, vous pouvez aussi consulter la plateforme nationale de prévention du suicide, [Ditesjesuisla.fr](https://ditesjesuisla.fr).

du choix de la personne souffrant de dépression. Elle optera pour telle ou telle technique en fonction de ses préférences, de son fonctionnement psychique, des réponses antérieures qu'elle a connues avec d'éventuelles autres thérapies. Entrent aussi en ligne de compte ses possibilités financières et la disponibilité des praticiens sur le territoire. En dehors du dispositif «Mon soutien psy» (lire l'encadré ci-dessous), une psychothérapie peut en effet coûter cher, la séance s'élevant en moyenne à 70 €. Un comble, puisque, selon la HAS, *«le soutien psychothérapeutique propre à la relation de soins est une composante fondamentale du traitement de la dépression, et cet accompagnement améliore l'adhésion au traitement médicamenteux»*. ■



MON SOUTIEN PSY 12 SÉANCES REMBOURSÉES

Face à l'échec de la première version du dispositif «Mon soutien psy», massivement boycotté par la profession, le gouvernement a annoncé son renforcement en avril dernier. Alors qu'il permettait aux patients de bénéficier de huit séances de psychothérapie par an remboursées par l'Assurance maladie sur une base de 30 € après adressage de leur médecin traitant, il propose désormais

12 séances sur une base de 50 € en accès direct, c'est-à-dire sans obligation de prescription médicale. Mais les psychologues, pourtant favorables à la prise en charge des soins psychothérapeutiques, restent frileux face à cette évolution. La rémunération prévue demeure inférieure à la moyenne des tarifs pratiqués dans les grandes villes, et le dispositif implique des contraintes

auxquelles ils ne sont pas habitués. Ils considèrent, en outre, que l'amélioration de l'accès aux soins psychiques doit aussi passer par le développement des services publics. Or, les centres médico-psychologiques, qui permettent d'être reçu par un psychologue avec une prise en charge de la Sécurité sociale, sont totalement débordés, leurs moyens étant très insuffisants (lire également l'encadré p. 39).



Dans une unité d'hospitalisation, le patient est pris en charge par une équipe pluridisciplinaire.

LES STRUCTURES SPÉCIALISÉES

La dépression peut amener à consulter au sein de structures médicosociales ou hospitalières, publiques ou privées. Malheureusement, la plupart d'entre elles connaissent une embolie, d'où de longs délais d'attente.

Établissements sectorisés en psychiatrie

En France, les établissements publics de santé mentale sont organisés selon un principe de sectorisation, censé permettre une prise en charge au plus près des besoins des patients et une continuité des soins. Même si en pratique, le système paraît grippé (lire l'encadré p. 39), voici les structures vers lesquelles se tourner, ou vers lesquelles le médecin traitant peut orienter :

> Les centres médico-psychologiques (CMP)

Ce sont des interlocuteurs de premier recours privilégiés. Théoriquement accessibles en direct par les patients, ils montrent, en pratique, une préférence pour les patients adressés par leur généraliste après une première évaluation. Répartis sur tout

le territoire⁽¹⁾, les CMP assurent des fonctions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et des interventions à domicile si nécessaire. Insérés dans des réseaux de soins et en coordination avec des services hospitaliers, ils peuvent réorienter les patients vers le meilleur type de prise en charge. Les consultations y sont gratuites, car financées par l'Assurance maladie.

> **Les unités d'hospitalisation** Organisées au niveau départemental et constituées d'équipes pluridisciplinaires (psychiatres, cadres de santé, infirmiers, aides-soignants, psychologues, assistants sociaux...), elles offrent aussi la possibilité de soins de proximité.

> **Les hôpitaux de jour** Ils assurent la continuité des soins dans le cadre d'un projet thérapeutique. Ils s'adressent aux personnes dont l'état de santé >>

DES TITRES RÉGLEMENTÉS



En France, les titres de psychologue et de psychothérapeute sont réglementés. Un psychologue détient obligatoirement un master mention « psychologie » (comprenant un mémoire de recherche et un stage professionnel) et dispose d'un numéro d'enregistrement dans son département d'exercice. Un psychothérapeute doit, pour sa part, avoir validé une formation en psychopathologie clinique et effectué un stage pratique d'une durée minimale de cinq mois. L'accès à ce titre est réservé aux médecins ou aux titulaires d'un diplôme de niveau master dont la spécialité est la psychologie ou la psychanalyse.

>> nécessite une prise en charge pendant la journée, mais qui peuvent vivre à domicile. Les hôpitaux de jour publics sont remboursés à 100 %, et dans les hôpitaux de jour privés, généralement en secteur 1, il n'y a aucun dépassement.

> **Les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)** Leur but est de maintenir ou de favoriser une vie autonome grâce à des actions de soutien et à une thérapie de groupe. Ils visent la réinsertion ou la réhabilitation psychosociale des patients faisant partie du projet de soins, sur prescription.

Autres structures innovantes

Face aux difficultés d'accès aux soins de santé mentale, en libéral et dans l'offre publique, des structures innovantes sont apparues. Leur but ? Permettre une prise en charge précoce. C'est le cas du centre d'accueil d'évaluation et d'orientation (CAdeO) intégré au pôle de santé mentale Centre rive gauche, regroupant trois arrondissements de Lyon (69). « Nous l'avons lancé le 3 juin 2020, avec l'objectif principal de donner un accès à une consultation psychiatrique en quelques jours. Toute personne qui se pose des questions sur sa santé mentale peut accéder au service, même sans être adressée par son médecin traitant », affirme le Pr Nicolas Franck, psychiatre au centre hospitalier Le Vinatier, à l'origine de la création du CAdeO. Si cette structure pluridisciplinaire, avec des psychiatres, des psychologues et des infirmiers, ne s'occupe pas du suivi des patients, elle les dirige rapidement vers un établissement, public ou privé, qui, lui, les prendra en charge sur le plus long terme. Certains spécialistes déplorent l'émergence de ce type d'entités où n'existe aucun investissement réciproque entre malades et professionnels. Mais le Pr Franck, lui, les défend. Il considère que le CAdeO, en offrant une entrée beaucoup plus large dans la psychiatrie, améliore l'accès aux soins des personnes souffrant d'un état mental à risque. Comme l'ensemble des centres de la psychiatrie publique, il reçoit sans reste à charge et assure



Soigner la dépression peut impliquer un psychiatre, un psychologue ou un psychothérapeute.

Bon à savoir

Le parcours de prise en charge de la dépression

n'a rien d'une sinécure.

Vous trouverez du soutien dans les groupes d'entraide mutuelle (GEM), qui tentent de recréer

du lien social⁽¹⁾. Réunissant des associations françaises de patients et ex-patients des services psychiatriques, la Fnapsy œuvre, elle, pour l'entraide, la protection et la défense des intérêts de ses adhérents. Si vous accompagnez

un proche, vous pouvez aussi contacter l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (Unafam).

(1) Liste des GEM disponible sur Psycom.org/sorienter/les-groupes-dentraide-mutuelle.

un véritable accompagnement pour amorcer le parcours de soins, grâce à son travail en réseau sur le territoire de santé. «*Nous avons une idée précise des possibilités de soins en santé mentale gratuits dans notre région, comme des sites associatifs et des hôpitaux de jour, qui ne sont pas connus de nos patients dépressifs*», illustre Marion Cadranet, psychologue clinicienne exerçant, entre autres, au CAdEO de Lyon. Ce modèle, reproduit à Ajaccio, en Corse-du-Sud, intéresse les pouvoirs publics.

En parallèle, les établissements publics de santé mentale montent de plus en plus d'équipes mobiles pluridisciplinaires afin d'assurer une prise en charge à domicile. Une dizaine d'entre elles ont été développées en France depuis 2020 et la crise du covid. «*Cela s'inscrit aussi dans le contexte de la baisse du nombre de lits en psychiatrie. Chez nous, le pôle Centre rive gauche est passé de 150 à 65 lits de secteur*, explique le Pr Franck. *Nous avons créé une première équipe mobile en avril 2020, avec l'idée que les soins psychiatriques ne peuvent pas être qu'hospitaliers. Leur nature et leur qualité comptent plus que l'hospitalisation.*»

En dernier recours, les centres experts

En cas de dépression résistante (lire p. 60), le parcours doit se poursuivre dans des structures plus spécialisées, sur prescription du médecin généraliste ou du psychiatre. Les techniques dévolues au traitement de cette forme de dépression, telles que la sismothérapie (ou électroconvulsivothérapie) ou la stimulation magnétique transcrânienne répétée (rTMS), nécessitent en effet une haute technicité et des agréments particuliers. Si des cliniques, hôpitaux de jour ou réseaux de cabinets privés, comme NeuroStim à Paris (pour la rTMS), offrent de tels plateaux techniques, on les trouve surtout dans les centres experts,

qui associent prise en charge des patients et recherche de pointe sur la dépression. La liste de ces derniers est disponible sur le site internet de la fondation FondaMental (Fondamental.org), à l'origine de leur création, et dans les consultations «Résistance» de plusieurs centres hospitaliers universitaires. ■

(1) En 2018, le nombre de CMP pour adultes s'élevait à 1780 en France, avec de grosses variations de moyens selon les départements (source : SAE/Drees).

DÉLAIS LA PSYCHIATRIE EN CRISE !

Une étude de la Fondation Jean-Jaurès montre qu'il faut entre 15 jours et un mois, selon les départements, pour décrocher un rendez-vous chez un psychiatre. Les psychologues, eux, affichent parfois des listes d'attente de plusieurs mois. Au niveau des structures de soins comme les CMP, l'engorgement est tout aussi notable. Déjà, en 2020, la publication d'un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales révélait que l'on devait patienter de quelques jours à trois mois avant d'obtenir une consultation dans les CMP auditionnés. «*L'idéal de proximité de ces centres a pu être altéré par des contraintes de moyens*», écrivait alors la mission. Du côté des hôpitaux, ce n'est guère mieux. Et «*certaines plateformes techniques proposant de la sismothérapie ferment, car la technique est mal valorisée. C'est une catastrophe, car elle peut sauver des vies en cas de dépression résistante !*», déplore Alexis Bourla, psychiatre à l'hôpital Saint-Antoine et au sein du réseau de cabinets NeuroStim, à Paris. Mais si la profession n'a cessé d'alerter sur le manque de moyens financiers et humains en psychiatrie, aucune solution globale ne semble se dégager.



SOMMAIRE

42 Antidépresseurs : seuls, ils ne font pas de miracle

47 Anxiolytiques : des benzodiazépines qui soulagent

52 Psychothérapies, essentielles dans le parcours

60 Dépressions résistantes

Traitements reconnus



Des solutions efficaces contre la dépression existent. Elles sont souvent complémentaires entre elles, adaptées à chaque patient et à l'intensité de sa maladie – épisode caractérisé léger, modéré ou sévère. Cette prise en charge repose sur la psychothérapie, des conseils pour améliorer son hygiène de vie et, si nécessaire, un traitement médicamenteux. Elle s'appuie sur une alliance entre le(s) soignant(s) et le patient, dont la participation et l'engagement jouent un rôle essentiel dans la guérison.

SEULS, ILS NE FONT PAS DE MIRACLE

Les patients étant nombreux à ne répondre que partiellement, voire pas du tout aux traitements, les antidépresseurs ne constituent pas une solution à eux seuls pour soulager les personnes malades. Ils doivent être associés à une psychothérapie.

Le traitement médicamenteux de l'épisode dépressif caractérisé repose principalement sur les antidépresseurs. La Haute autorité de santé (HAS) recommande de les prescrire en cas de dépression modérée à sévère, en association avec la psychothérapie. « Ces deux approches sont complémentaires, observe le docteur Mickaël Benyamin, psychologue clinicien, maître de conférences en psychologie clinique et psychopathologie à l'université Paris-Cité (75). Les médicaments agissent sur l'anxiété et le ralentissement physique et mental. Ils soulagent le patient, qui sort ainsi la tête de l'eau et se retrouve en mesure de mettre des mots sur son chagrin, sa douleur morale, de se libérer d'un deuil et de retrouver une énergie et une positivité qui fera céder la dépression. »

Mais cette recommandation d'association n'est pas toujours respectée. « Les médecins généralistes n'ont souvent pas d'alternatives à la prescription d'antidépresseurs, par manque d'accès aux psychothérapies, à la psycho-nutrition ou à l'activité physique adaptée, constate le docteur Guillaume Fond, psychiatre responsable du centre expert FondaMental dépression à l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille (13). Or, dans la dépression légère, les médicaments ne sont pas plus efficaces qu'un placebo, mais présentent des effets secondaires. Même pour la dépression modérée, il existe beaucoup d'autres solutions à proposer à un patient avant de lui donner un médicament, comme changer son alimentation, pratiquer une activité physique, suivre une psychothérapie. »

Les antidépresseurs sont également indiqués pour traiter des troubles anxieux tels que les troubles obsessionnels compulsifs, les phobies sociales, l'état de stress post-traumatique, certaines douleurs...

Une action qui demande de la patience

Selon l'hypothèse neurobiologique la plus communément admise, la dépression résulterait d'un déficit en neurotransmetteurs dans certaines aires cérébrales. Les antidépresseurs visent, par différents mécanismes, à le combler en augmentant la disponibilité des neurotransmetteurs présents dans le cerveau. Ils ciblent en particulier les neurones qui sécrètent les trois suivants: la noradrénaline, la sérotonine et la dopamine, lesquelles jouent un rôle essentiel dans les émotions, les comportements, l'humeur et l'énergie. Par ailleurs, les antidépresseurs n'agissent pas immédiatement après une prise, comme un antidouleur ou un somnifère; il faut attendre au moins trois semaines pour percevoir un changement. Quant à l'amélioration, voire la disparition totale des symptômes, en général elles ne surviennent pas avant deux mois.

Pas d'efficacité dans le cas des dépressions légères

Ces dernières années, de nombreuses études et méta-analyses portant sur l'efficacité des antidépresseurs ont été publiées. Elles concluent que



Un antidépresseur vise à augmenter la disponibilité de nos neurotransmetteurs quand nous en manquons.

ces molécules ne sont pas plus efficaces que le placebo dans le traitement des dépressions légères à modérées, ou qu'elles ne font pas mieux que l'activité physique, par exemple. Elles sont davantage pertinentes en cas de dépression sévère – leur action restant néanmoins modeste.

Des effets indésirables transitoires

Les effets indésirables apparaissent majoritairement en début de traitement ou après une augmentation de la dose. Ils sont généralement transitoires. Les plus courants restent l'insomnie et la somnolence. Les troubles digestifs, nausées et vomissements, et les maux de tête sont également assez fréquents, ainsi que les troubles sexuels. Une prise de poids peut survenir avec certaines molécules. Il existe aussi des risques importants de chute de la pression artérielle en position debout chez les personnes âgées, ce qui peut être particulièrement gênant si elles éprouvent des troubles de l'équilibre.



Bon à savoir

Vous avez oublié de prendre votre antidépresseur ?

Quand il vous est prescrit une fois par jour :

➤ S'il n'a pas été avalé le matin, votre médicament peut être pris dans la journée.

➤ Si vous avez raté l'heure habituelle du soir mais que le retard est de moins de deux heures, prenez votre comprimé, sinon attendez le moment prévu le lendemain.

L'ordonnance indique deux prises par jour :

➤ En cas de retard de moins de deux heures, prenez votre médicament immédiatement. Sinon, sautez la prise, car on ne double jamais les doses pour compenser un oubli.

Les effets indésirables sont détaillés dans la notice accompagnant chaque boîte de médicament. Ils peuvent paraître interminables... Cependant, tous les patients ne les ressentent pas, et ils ne sont pas tous réunis chez une même personne. Enfin, les effets positifs comme négatifs des antidépresseurs varient selon les molécules, et d'un >>

>> patient à l'autre: guérison de la dépression chez les uns, inefficacité chez les autres, prise ou perte de poids, insomnie ou amélioration du sommeil, ralentissement ou excitation... «*La plupart des antidépresseurs ont une efficacité voisine, et aucun ne surpasse les autres, ce qui fait qu'en pratique, le choix d'un médicament tient surtout compte de son profil d'effets indésirables*», souligne le docteur Julien Gelly, responsable de la rédaction adjoint de la revue médicale indépendante *Prescrire*.

Cinq familles de médicaments

Les antidépresseurs sont classés en cinq classes de molécules en fonction de leur structure chimique mais aussi de leur mode d'action sur les neurotransmetteurs. La Haute autorité de

santé (HAS) recommande trois d'entre elles (les ISRS, les IRSN et les antidépresseurs atypiques, lire ci-après) comme traitements de première intention des épisodes dépressifs caractérisés d'intensité modérée à sévère.

1 Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)

Six molécules sont disponibles en France: le citalopram (Seropram), l'escitalopram (Seroplex), la fluoxétine (Prozac), la paroxétine (Deroxat), la sertraline (Zoloft) et la vortioxétine (Brintellix). Les deux premiers «*présentent une balance bénéfice-risque défavorable du fait d'un excès de troubles cardiaques graves et parfois mortels par rapport aux autres antidépresseurs*», constate *Prescrire*.

2 Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN)

On trouve ici trois molécules commercialisées: la duloxétine (Cymbalta), le milnacipran (Ixel) et la venlafaxine (Effexor). Elles affichent également une balance bénéfice-risque défavorable du fait d'un excès de troubles cardiaques graves et parfois mortels par rapport aux autres antidépresseurs.

3 Antidépresseurs atypiques

Quatre molécules sont en vente: la miansérine (Miansérine), la mirtazapine (Norset), l'agomelatine (Valdoxan) et la tianeptine (Stablon). Avec les deux dernières, il existe des risques hépatiques

ET LE MILLEPERTUIS ?

«*L'efficacité de cette plante dans les dépressions légères ou modérées a été évaluée de manière solide*, expose le docteur Julien Gelly, de la revue *Prescrire* (lire aussi p. 72-73). *Elle est à peu près équivalente à celle des antidépresseurs, avec moins souvent des effets indésirables. C'est donc une option thérapeutique acceptable chez l'adulte atteint d'une dépression légère – sauf pendant la grossesse –, à condition que les risques d'interactions médicamenteuses puissent être écartés ou soigneusement gérés.*» Cette plante, susceptible d'augmenter ou de diminuer les effets de très nombreux médicaments (contraceptifs oraux, antiépileptiques, antimigraineux, etc.) est déconseillée aux femmes enceintes et allaitantes. Même si elle est disponible en vente libre sous forme de tisanes, gélules ou huiles, mieux vaut avoir une ordonnance du médecin. Dans certains pays (Allemagne) où il est prescrit au même titre que les antidépresseurs, le millepertuis est reconnu comme traitement soignant la dépression.



et cutanés graves. Leur balance bénéfice-risque est donc tout aussi défavorable que celle des médicaments précédents, toujours selon *Prescrire*.

4 Imipraminiques

La Haute autorité de santé recommande ce type de molécules en deuxième intention, en raison de leur risque de toxicité cardiovasculaire. Le choix se fait entre les sept suivantes: la clomipramine (Anafranil), l'imipramine (Tofranil), l'amitriptyline (Laroxyl et Elavil), la dosulépine (Prothiaden), la doxépine (Quitaxon), l'amoxapine (Defanyl) et la trimipramine (Surmontil).

5 Inhibiteurs de la monoamine-oxydase (Imao)

Cette catégorie compte une seule molécule sur le marché, la moclobémide (Moclamine). La HAS la recommande en dernier recours, après échec avec les autres antidépresseurs, du fait de ses nombreux effets indésirables et de ses interactions médicamenteuses.

Les grandes étapes du traitement

Comme dit précédemment, il n'existe pas une molécule plus efficace que les autres; le choix d'un antidépresseur dépend donc de l'histoire et du profil du patient. Celui-ci doit exposer en détail ce qu'il ressent à son médecin avant et pendant

sa cure, afin qu'il l'aide à choisir le médicament et à adapter les doses. Il est aussi important d'informer le praticien des autres traitements pris en raison des nombreuses interactions possibles. À savoir: les femmes enceintes mais aussi celles qui souhaitent avoir un enfant doivent le mentionner, car certains antidépresseurs sont contre-indiqués pendant la grossesse.

Dans tous les cas, il s'agit de déterminer le mieux toléré à doses efficaces, le moins toxique en cas de surdosage et celui qui présente le meilleur bénéfice-risque. «*Les antidépresseurs sont des médicaments prescrits sur une longue durée, donc la prise en compte de leurs effets indésirables est très importante*», souligne Emmanuelle Queuille, pharmacienne au centre hospitalier Charles-Perrens, à Bordeaux (33), et présidente du réseau Psychiatrie-information-communication (PIC). *Le médecin doit aussi intégrer dans sa décision le terrain du patient: est-ce qu'il a tendance à prendre du poids, est-ce qu'il a une pathologie cardiaque ou hépatique ?*» Par ailleurs, apprécier le risque suicidaire s'avère crucial. En effet, le manque d'énergie et le ralentissement psychologique observés dans la dépression représentent une protection contre le passage à l'acte. Si l'antidépresseur booste le patient avant de l'avoir apaisé, cette protection est levée... et le pire devient possible. Ce risque est particulièrement fort en début de traitement avec les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN), et avec un ISRS, la fluoxétine (Prozac).

Une surveillance médicale indispensable

La surveillance médicale fait partie intégrante de la prise en charge de la dépression. «*Les trois premières semaines, un suivi resserré s'impose, parce que le risque suicidaire est élevé*», insiste Emmanuelle Queuille. *Mais il n'est pas forcément mis en place.*» Le patient devrait pouvoir revoir son médecin au bout de quelques jours, puis à nouveau après deux, quatre et huit semaines. Ces consultations de suivi sont l'occasion d'évoquer les problèmes que l'on rencontre avec son traitement et l'accroissement de certains symptômes comme l'anxiété, l'insomnie, l'abattement ou au contraire une >>



Parfois présenté en gélules, le millepertuis a des vertus équivalentes à celles d'un antidépresseur en cas de dépression légère.

>> excitation, un trop-plein d'énergie qui pourrait annoncer un virage maniaque. Ce suivi permet aussi d'adapter le traitement et son dosage.

Deux phases de soins

Le traitement de la dépression comporte deux phases. Dans la première, aiguë, dite d'attaque, l'objectif est la disparition des symptômes. *« Avant de considérer qu'un antidépresseur n'est pas efficace, mieux vaut s'assurer qu'il a été pris pendant au moins six semaines. En effet, aucune molécule n'a démontré qu'elle agissait plus rapidement que les autres. Ensuite débute une seconde phase, dite de consolidation, qui vise à prévenir les rechutes »,* détaille le D^r Gelly. *« Le traitement doit être maintenu au moins six mois après la disparition des symptômes dépressifs, afin d'obtenir une stabilité clinique, rappelle le D^r Queuille. La durée totale du traitement d'une dépression est ainsi généralement comprise entre six mois et un an. »*

Beaucoup d'échecs

Après huit semaines, un tiers des patients ne répond pas au traitement, et un autre tiers a une réponse partielle ou insuffisante, selon les données de l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM). In fine, seuls 30 % des malades voient complètement disparaître leurs symptômes dépressifs. Plusieurs facteurs peuvent expliquer les échecs dont, en premier lieu, un diagnostic erroné: un patient traité pour une

dépression alors qu'il traverse un simple passage à vide, par exemple, ou qu'il est en réalité bipolaire. Une posologie insuffisante peut aussi être en cause. *« Les traitements sont souvent sous-dosés car les généralistes s'avèrent assez frileux, constate Emmanuelle Queuille. Ils hésitent à prescrire la dose adéquate et à l'augmenter progressivement quand c'est nécessaire. »* En outre, certains patients n'arrivent pas à suivre leur traitement rigoureusement, ou l'arrêtent trop tôt, dès qu'ils se sentent mieux: un jour sur deux, une semaine de temps en temps... Cette inobservance est associée à une augmentation des taux de rechutes et de récurrences. La consommation d'alcool et/ou de tabac réduit également l'efficacité de la cure.

Changement de molécule

Avant toute autre chose et si ce n'est pas déjà fait, il est essentiel que le malade entame une psychothérapie. Par la suite, le médecin peut augmenter la posologie de son médicament si le patient le supporte. Il a aussi la possibilité de changer de molécule. *« Il faut le faire de façon croisée: en diminuant la première progressivement, et en augmentant petit à petit l'autre en parallèle, pour éviter que les effets indésirables se cumulent »,* précise le D^r Queuille. L'association de deux molécules différentes accroît surtout les effets secondaires. Un échec persistant de cette prise en charge conduit au diagnostic de dépression résistante au traitement, qui relève d'autres médicaments et thérapeutiques (lire p. 60). ■



ARRÊT DU TRAITEMENT TOUJOURS PROGRESSIF

« Les syndromes de sevrage sont fréquents à l'arrêt d'un antidépresseur, constate le docteur Julien Gelly, de la revue *Prescrire*. Leurs manifestations cliniques sont souvent semblables à celles de la dépression: insomnie,

anxiété, maux de tête, palpitations, fatigue. Les patients doivent en être avertis dès qu'on leur prescrit un antidépresseur, pour qu'ils ne pensent pas vivre une rechute. » Les malades ne sont pas accros, car il ne

s'agit pas d'une addiction. Leurs symptômes sont causés par l'habitude du cerveau et d'autres organes à la molécule. Pour limiter le syndrome de sevrage, les doses du médicament doivent être diminuées progressivement,

par paliers de 10 %, toutes les une à quatre semaines. Quitte à revenir au niveau précédent si les symptômes du sevrage apparaissent. L'arrêt d'un médicament peut ainsi durer des semaines, voire des mois.

DES BENZODIAZÉPINES QUI SOULAGENT

Afin d'atténuer l'anxiété et l'insomnie, fréquentes dans la dépression, ces molécules peuvent être associées à un antidépresseur, le temps que ce dernier fasse effet.

De quoi parle-t-on ?

Les benzodiazépines sont la famille de médicaments la plus prescrite dans notre pays pour traiter l'anxiété et l'insomnie. En 2015, 13,4% des Français ont eu au moins un remboursement les concernant, et 117 millions de boîtes ont été vendues, selon les données de l'Agence du médicament (avril 2017). L'Hexagone se classe au deuxième rang européen derrière l'Espagne pour la consommation de ces molécules; plus d'une quinzaine de benzodiazépines et apparentées y sont commercialisées. Toutes partagent les mêmes propriétés thérapeutiques: elles abaissent l'anxiété (anxiolytiques), induisent le sommeil (hypnotiques), détendent les muscles (myorelaxantes) et préviennent les convulsions (anticonvulsivantes). Elles agissent en se fixant sur les récepteurs du Gaba (principal neurotransmetteur inhibiteur du système nerveux central, qui bloque en particulier les systèmes d'éveil) et en mimant ses effets. Contrairement aux antidépresseurs, elles procurent un soulagement rapide, en moins d'une heure.

Qu'est-ce qui les distingue ?

Leur «demi-vie» d'élimination. Les médecins utilisent ce terme pour désigner le temps au bout duquel la concentration initiale du principe actif




La prise de ces médicaments est limitée à trois mois, car ils altèrent les performances intellectuelles et l'état de conscience.

dans le sang a été divisée par deux. Elle varie, par exemple, de 0,7 à 3 heures pour le Stilnox et de 17 à 48 heures pour le Mogadon (lire également le tableau p. 49). Les molécules aux demi-vies les plus courtes sont à privilégier, car leurs effets résiduels s'avèrent moins importants.

Quels sont leurs effets indésirables ?

La liste est impressionnante: somnolence dans la journée – qui augmente le risque d'accident de la circulation et du travail –, aggravation des apnées du sommeil, pertes de mémoire, altération des performances intellectuelles... Et ce n'est pas tout ! >>

>> Les benzodiazépines sont également susceptibles de provoquer des troubles du comportement, voire une altération de l'état de conscience: agitation, idées délirantes, hallucinations, symptômes de type psychotique, désinhibition avec impulsivité, coma en cas de surdosage, etc. Par rapport à la démence, les données actuelles ne permettent pas de conclure à l'existence d'un lien entre ces molécules et un risque accru. Leur prise reste déconseillée chez la femme enceinte ou allaitante. La Haute autorité de santé (HAS) proscrit l'association de plusieurs benzodiazépines, anxiolytiques et hypnotiques.



Inutiles contre l'insomnie chronique, les somnifères sont prescrits quatre semaines au maximum.

Pourquoi leur prise est-elle limitée ?

Le ministère de la Santé a fixé la durée maximale de prescription des anxiolytiques à 12 semaines et celle des somnifères à 4 semaines, car tous les experts s'accordent à dire que ces principes actifs sont inutiles dans le traitement de l'anxiété et de l'insomnie chroniques. De fait, leur efficacité baisse très rapidement en cas de prise continue. *«Les anxiolytiques agissent sur le cerveau au niveau des récepteurs Gaba, comme l'alcool, ce qui inhibe l'angoisse, expose le Dr Guillaume Fond, psychiatre responsable du centre expert FondaMental dépression à l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille (13). Mais le cerveau finit par s'adapter à ce blocage prolongé, entraînant une anxiété paradoxale.»* La tentation est alors grande d'augmenter les doses pour obtenir les mêmes effets. C'est l'accoutumance. Par ailleurs, une prise prolongée expose à une dépendance psychique et physique. Celle-ci pouvant survenir chez n'importe qui et à doses normales, il faut commencer le traitement au dosage le plus faible possible, que le médecin réévaluera ensuite.

Quels risques y a-t-il pour les personnes âgées ?

Elles sont plus sensibles aux effets indésirables des benzodiazépines que les patients plus jeunes, car leur organisme met davantage de temps à éliminer ces médicaments. Les conséquences sont multiples: baisses de la vigilance, troubles de la

mémoire, chutes, accidents, fausses-routes et troubles du comportement. Ces effets indésirables peuvent entraîner une perte d'autonomie. Or, *«près de 40% des personnes âgées de 75 ans et plus ont été exposées à une prescription potentiellement inappropriée en 2019»*, constate l'Assurance maladie. Les dispensations répétées de benzodiazépines sont les plus fréquentes. Pour les patients âgés anxieux, les molécules ayant le rapport bénéfice-risque le plus élevé ont une demi-vie courte: il s'agit de l'alprazolam (Xanax), du lorazépam (Témesta), de l'oxazépam (Séresta) et du clonazépam (Vérantran). Les benzodiazépines à demi-vie longue sont, elles, à éviter. L'arrêt doit être programmé avec le patient dès la prescription.

Peuvent-ils empirer la dépression ?

«Oui, [les benzodiazépines] aggravent les symptômes lorsqu'ils sont pris au-delà de la durée recommandée, avertit le Dr Fond. Or c'est encore trop souvent le cas.» Selon une étude qu'il a publiée l'an dernier, 45,2% des patients suivis dans 13 centres experts dépression prenaient ces médicaments à long terme. Un traitement qui était associé à une sévérité de la dépression plus élevée, une anxiété plus intense, une qualité du sommeil altérée. Les compétences cognitives sont aussi diminuées, ainsi que leur fonctionnement quotidien. On recommande donc fortement l'arrêt progressif et planifié des benzodiazépines lorsque la dépression est stabilisée cliniquement.



Comment arrêter ces médicaments ?

Chez tout patient traité quotidiennement depuis plus de 30 jours, l'arrêt des benzodiazépines doit se faire progressivement. Il peut prendre de quelques semaines à plusieurs mois en cas de traitement chronique prolongé. Le médecin établit avec le patient un calendrier de sevrage. Le principe est simple: il consiste à réduire la dose, un demi-comprimé à la fois, en respectant des paliers de deux à quatre semaines. Si ce rythme paraît trop rapide au patient, des pauses sont possibles. C'est lui qui décide.

Pourquoi est-il difficile de se sevrer ?

Pour deux raisons. D'une part, car un arrêt brutal du traitement provoque un syndrome de sevrage dans les jours qui suivent, se manifestant par des céphalées, une tension, des douleurs musculaires, des palpitations et une irritabilité. D'autre part, parce que cela suscite un rebond transitoire de l'insomnie et de l'anxiété difficile à supporter. Et même, des crises convulsives ou des réactions de type psychotique. Ces symptômes sont plus importants avec les somnifères qu'avec les anxiolytiques. Enfin, le sevrage est d'autant plus difficile que pour de nombreux insomniaques, le comprimé du soir est un objet contre-phobique. Ils le considèrent comme une sorte de doudou, qui les rassure à l'heure d'affronter la nuit... ■

LES BENZODIAZÉPINES VENDUES EN FRANCE

PRINCIPE ACTIF	NOM DES MÉDICAMENTS	DEMI-VIE *
ANXIOLYTIQUES		
Alprazolam	Xanax et génériques	6-18 h
Bromazépam	Lexomil et génériques	8-20 h
Clobazam	Urbanyl et Likozam	10-31 h
Clorazépate dipotassique	Tranxene	2 h
Clotiazépam	Veratran	4 h
Diazépam	Valium et génériques	15-60 h
Loflazépate d'éthyle	Victan	73-119 h
Lorazépam	Témesta et génériques	9-20 h
Nitrazépam	Mordaz	17-48 h
Oxazépam	Seresta et génériques	4-11 h
Prazépam	Lysanxia et génériques	1,3 h
HYPNOTIQUES		
Estazolam	Nuctalon	10-31 h
Loprazolam	Havlane	3,3-14,8 h
Lormétazépam	Noctamide et génériques	10 h
Nitrazépam	Mogadon	17-48 h
Zolpidem	Stilnox et génériques	0,7-3 h
Zopiclone	Imovane et génériques	5 h
Témazépam	Normison	8-13 h

*Temps, en heures, au bout duquel la concentration initiale du principe actif dans le sang a été divisée par deux.

GUY GOZLAN, directeur du Samsah Prépsy*, psychiatre à l'hôpital Sainte-Anne à Paris et membre du Haut conseil de la santé publique

« TABAC ET ALCOOL N'ARRANGENT PAS LES CHOSES ! »

Q C La proportion de fumeurs est-elle plus élevée chez les personnes dépressives ?

G. G. Il y a six fois plus de fumeurs chez les patients souffrant de troubles psychiatriques que dans la population générale. Et leur tabagisme est aussi bien plus intense. C'est particulièrement le cas chez les hommes. Plusieurs hypothèses sont avancées pour l'expliquer. Il existe des récepteurs à la nicotine sur les neurones. Des anomalies sur ces récepteurs pourraient jouer un rôle dans les pathologies mentales. Ce qui expliquerait cette appétence plus forte pour la nicotine des patients psychiatriques. Cela pourrait relever de l'autoprescription. Autre explication possible: les médicaments psychotropes ayant une forte tendance à être sédatifs, les patients se tournent vers des produits excitants et stimulants comme la caféine et la nicotine. Cette dernière présente un effet immédiat sur le cerveau, dès la première bouffée, ce qui est recherché par les patients.

Q C Quels effets a le tabagisme sur les traitements antidépresseurs ?

G. G. La combustion du tabac dégage des centaines de molécules, en particulier des hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP) contenus dans les goudrons. Or ceux-ci interagissent avec les enzymes du foie, qui «détoxifient» les médicaments, notamment les psychotropes. Ainsi, en stimulant le métabolisme de l'usine d'épuration de notre corps – le foie fonctionne plus vite –, la concentration dans le sang des médicaments diminue plus rapidement,

car leur élimination est accélérée. En d'autres termes, leurs effets, à une dose donnée, seront moindres. Et si cette dose est faible, le médicament sera éliminé avant d'avoir pu agir. Le tabagisme peut ainsi expliquer en partie la résistance aux traitements antidépresseurs. Il oblige le médecin à augmenter les doses pour avoir les effets attendus. C'est d'autant plus compliqué que des molécules deviennent inefficaces au-delà d'une certaine quantité... Les médecins ne le savent pas nécessairement. Autre problème: plus les doses sont élevées, plus il y aura d'effets secondaires, et moins les malades suivront leur traitement. C'est ce qu'on explique aux patients: si vous ne voulez pas prendre trop de médicaments, essayez de baisser votre consommation de cigarettes.

Q C Comment motiver une personne dépressive à cesser de fumer ?

G. G. Le recours aux thérapies motivationnelles, qui consistent à adapter le discours en fonction de la personnalité du patient, de son niveau d'éducation, de sa compréhension des risques, permet d'obtenir des résultats. Il faut lui proposer des traitements substitutifs nicotiniques comme les patchs, remboursés par la Sécurité sociale en durée illimitée, ce qui n'était pas le cas auparavant. Il y a aussi la cigarette électronique. La nicotine

En France, sur 13 000 suicides annuels, la moitié est associée à une consommation d'alcool



n'a pas d'effet sur le métabolisme des médicaments. Il faut aussi encourager les techniques non pharmacologiques d'arrêt du tabac: les thérapies cognitives et comportementales, la relaxation, l'accès à des groupes de parole.

Q C L'arrêt du tabac peut-il déclencher une dépression ?

G. G. Aucune étude n'a montré que cesser de fumer pouvait provoquer une dépression caractérisée psychiatriquement. Toutefois, l'arrêt de la nicotine, comme du café, entraîne une baisse de stimulation. La personne a le sentiment d'être ralentie, déprimée, alors qu'elle est juste moins dopée.

Q C Les fumeurs traversant un épisode dépressif devraient-ils bénéficier d'une surveillance accrue ?

G. G. Oui. La mortalité globale des personnes souffrant de troubles psychiatriques est supérieure à celle de la population générale. L'espérance de vie est réduite de 10 à 12 ans chez les patients schizophrènes, par exemple. Avec 80 000 morts par an, le tabagisme est la première cause d'excès de mortalité par maladies cardiovasculaires et cancers bronchopulmonaires dans la population générale, et c'est pire dans la catégorie des personnes traitées pour dépression ou autre trouble psychiatrique... Ces dernières devraient

donc bénéficier d'une surveillance thérapeutique accrue si elles sont fumeuses. Mais c'est rarement le cas. Il y a beaucoup de choses qui sont dites sur les interactions entre les traitements psychotropes et l'alcool – les patients eux-mêmes demandent s'ils peuvent continuer à boire un peu à l'occasion d'une soirée, notamment. Mais ils ne s'interrogent quasiment jamais sur leur tabagisme...

Q C L'alcool interagit aussi avec les traitements de la dépression ?

G. G. Il existe une corrélation directe entre l'alcool et le risque de dépression. Une consommation chronique l'augmente. L'alcool est un des facteurs déclenchants du passage à l'acte suicidaire. À noter: la moitié des 13 000 suicides enregistrés en France est associée à une consommation d'alcool. Pour certains patients, il suffirait qu'ils boivent moins pour que leur humeur s'améliore naturellement. On considère que «boire trop», c'est deux verres par jour pour un homme et un verre par jour pour une femme. Une telle consommation expose à un risque de dépendance. Il faut avoir en tête que l'alcool est toxique pour l'organisme dès le premier gramme. Il a des effets métaboliques sur le foie: c'est un puissant inhibiteur des enzymes hépatiques. Une consommation importante et ponctuelle d'alcool diminue l'élimination des médicaments psychotropes, et donc accroît les effets indésirables de ceux-ci. Il potentialise les effets sédatifs de certains, comme les benzodiazépines, avec un risque de dépression respiratoire et de décès. Dans tous les cas, une consommation chronique d'alcool augmente l'élimination des médicaments, donc diminue leurs effets thérapeutiques, de façon beaucoup plus marquée que le tabagisme. Le pire, c'est lorsque ces deux addictions s'ajoutent... Ce qui est très fréquent. ■

** Service d'accompagnement médico-social pour adultes en situation de handicap psychique.*

ESSENTIELLES DANS LE PARCOURS

L'approche psychothérapeutique étant indispensable pour traiter une dépression, il est conseillé de commencer son parcours de soins chez le généraliste, qui orientera son patient vers la plus adaptée.

Ne consultez pas un psychologue ou un psychothérapeute en premier lieu : démedicaliser les symptômes d'une dépression n'est pas souhaitable, d'abord parce qu'ils peuvent masquer une autre pathologie que le médecin doit éliminer en posant son diagnostic. Cela étant dit, les approches psychothérapeutiques ont ensuite toute leur place. La Haute autorité de santé (HAS) le rappelle dans ses recommandations de prise en charge de la dépression chez les adultes, mais aussi chez les enfants et les adolescents. Suivant l'intensité des symptômes, la psychothérapie se déroule sur quatre à six mois pour les épisodes les plus légers, et jusqu'à

un ou deux ans lorsqu'ils sont plus sévères. Reste à savoir vers qui s'orienter, et dans quelle mesure les professionnels peuvent accepter de nouveaux patients dans un contexte d'embolie du parcours de soins en santé mentale en France...

Les thérapies de soutien

Toute personne traversant un épisode dépressif caractérisé (lire également p. 24) doit pouvoir bénéficier d'un soutien psychothérapeutique. Toutefois, ce dernier recouvre de nombreuses approches différentes. Dans l'idéal, chaque patient choisira, sur les conseils de son médecin traitant, celle qui lui semble la plus adaptée.



HYPNOTHÉRAPIE SES BÉNÉFICES RESTENT PEU PROUVÉS

Selon l'Association française pour l'étude de l'hypnose médicale (Afehm), qui regroupe praticiens (médecins, psychologues, dentistes) et chercheurs, l'hypnose à visée psychothérapeutique a sa place dans le traitement de la dépression, y compris en première intention. L'Afehm estime qu'il appartient au patient

d'évaluer après quelques séances si cette pratique lui convient. On notera toutefois que les preuves scientifiques sont à ce jour insuffisantes pour pouvoir la recommander, même si des études montrent ses bénéfices, en tant que thérapie brève, pour soigner la dépression par la réappropriation de ses processus de pensée.

Une synthèse Cochrane, qui a étudié l'efficacité de la méthode pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale pour la prévention de la dépression postnatale a conclu à l'absence de données probantes, issues d'essais de bonne qualité, permettant de répondre à cette question. L'évaluation de l'efficacité de la pratique

de l'hypnose, publiée par l'Inserm en 2015, ne cite pas non plus le traitement de la dépression. Sachez enfin qu'en ce domaine, les pratiques sont très hétérogènes, tout comme les formations. En tout état de cause, mieux vaut donc interroger son thérapeute sur sa formation et ses qualifications.



Bon à savoir

Le soutien psychothérapeutique est une composante fondamentale de la prise en charge de la dépression. De plus, il améliore l'adhésion au traitement médicamenteux.

La HAS recommande, dans le cadre de dépressions d'intensité légère et en priorité pour celles d'intensité modérée, une psychothérapie dite «de soutien», qui peut être pratiquée par le médecin généraliste si le patient se sent en confiance avec lui, ou avec un autre professionnel (psychiatre, psychologue, psychothérapeute). Un traitement médicamenteux l'accompagne éventuellement quand il s'agit de dépressions d'intensité modérée. L'efficacité de la prise en charge est réévaluée au bout de quatre à huit semaines.

En quoi consiste cette psychothérapie de soutien ? Elle est non codifiée, contrairement aux approches des psychologues, psychiatres ou psychothérapeutes. *«Il s'agit d'une discussion qui aide à tenir le coup, sans outil psychothérapeutique particulier, complétée par une psycho-éducation sur les symptômes de la dépression. Elle s'avère efficace quand le retentissement de la maladie sur le fonctionnement de la personne n'est pas trop important»*, explique la psychologue clinicienne Stéphanie Orain-Pelissolo, auteure de *Éteindre votre douleur, éteindre votre souffrance* (éd. Odile Jacob, 2018).

Une grande diversité de méthodes

Au-delà de ce soutien psychothérapeutique «simple», il existe des approches dites «structurées», qui font appel à des techniques bien précises. Elles sont mises en œuvre immédiatement, ou le plus rapidement possible, en complément d'un traitement antidépresseur au cours d'un épisode dépressif sévère. Elles peuvent aussi être proposées,

sur discussion avec le médecin traitant, en cas de dépression légère ou modérée. En l'absence d'études comparatives suffisantes, les possibilités de prises en charge sont diverses. Elles ont en commun d'être enseignées dans le cadre universitaire et pratiquées tant dans des établissements de soins qu'en libéral. La HAS cite, notamment, les thérapies cognitives et comportementales (TCC), les psychothérapies psycho-dynamiques ou d'inspiration psychanalytique, les thérapies systémiques, la thérapie interpersonnelle (TIP), la thérapie d'acceptation et d'engagement. On peut leur ajouter la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience ainsi que la thérapie des schémas et, dans certains cas précis, l'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (EMDR). Toutes ces méthodes sont détaillées p. 56 à 59.

Certaines de ces approches ont fait l'objet d'études scientifiques ayant prouvé leur efficacité dans la dépression ou dans la prévention de la rechute. C'est le cas de la TCC, qui affiche le plus haut niveau de preuve. Cependant, s'agissant par exemple des thérapies d'inspiration psychanalytique, rappelons que l'absence d'études – car elles s'y prêtent moins bien –, ne les discrédite en rien. *«Les approches d'inspiration psychanalytique ont été moins étudiées et ont un niveau de preuve moins important, mais cela ne signifie pas qu'elles ne peuvent pas soulager certains patients en association avec une prise en charge médicamenteuse»*, confirme le Pr Antoine Yrondi, psychiatre au centre hospitalier universitaire de Toulouse (31). ■

LA CONFIANCE, FACTEUR DE RÉUSSITE

Pas question de choisir un praticien au hasard ! Fondée sur la confiance, l'alliance thérapeutique qui se noue avec le thérapeute est fondamentale pour sortir de la dépression.

Après le diagnostic, consulter un psychologue c'est faire le premier pas pour aller mieux, alors que les obstacles paraissent nombreux: stigmatisation des troubles mentaux, coût financier, indisponibilité des professionnels... À cela s'ajoute la question de savoir vers quelle approche se tourner et qui solliciter.

La HAS rappelle que les interventions psychothérapeutiques sont à choisir d'après le fonctionnement psychique et les préférences du patient, la présence de facteurs de stress psychosociaux, les difficultés que la personne rencontre avec son entourage et les réponses qu'elle a connues antérieurement avec des types spécifiques de psychothérapies, outre la disponibilité des professionnels et le coût de la prise en charge. *«Informez-vous sur les techniques pratiquées près de chez vous, éventuellement auprès de votre médecin traitant, par le bouche-à-oreille ou encore en consultant des ressources en ligne»*, conseillent la P^r Lucia Romo, psychologue à l'hôpital de Garches (92), et Aurélie Docteur, psychologue clinicienne et maître de conférences à l'université Paris-Nanterre. Et d'ajouter: *«Notez bien que les titres de psychologue et de psychothérapeute sont protégés et renvoient à une vraie formation universitaire et*

pratique. Évitez de vous tourner vers des thérapeutes proposant des approches complètement hors les clous.»

Comme chaque école va estimer que sa méthode est la plus pertinente, le plus important est de déterminer non seulement la technique qui nous convient, mais surtout le professionnel avec lequel on se sent le plus en confiance. Des études ont montré que l'«alliance thérapeutique» compte pour 50% dans la réussite de la prise en charge... *«Aucune technique n'a montré, dans des études comparatives, une efficacité supérieure aux autres. Ce qui compte par-dessus tout, c'est l'accord entre les compétences du professionnel et les attentes du patient»*, rappelle le docteur Alexis Bourla, psychiatre attaché à l'hôpital Saint-Antoine et exerçant au sein du réseau de cabinets NeuroStim, à Paris (75).

Définir un contrat thérapeutique

En commençant une relation thérapeutique en psychothérapie, il est important de se donner du temps pour évaluer si la méthode et le praticien vous conviennent. Dans le cas des thérapies comportementales et cognitives, le professionnel qui vous reçoit vous proposera, et c'est souhaitable, de mener quelques séances pour lui permettre d'établir un état des lieux de votre situation, puis de concevoir avec vous un contrat thérapeutique clair. Ce dernier comportera des objectifs fixés ensemble, avec la fréquence des séances à envisager et le travail à mener à la maison. Le professionnel a pour but de vous



Bon à savoir

Vous pouvez trouver la liste

des psychothérapeutes agréés de votre région (psychiatres ou bien psychologues ayant effectué une formation en psychopathologie et un stage pratique) via la plateforme des agences régionales de santé (ARS), [Ars.sante.fr](https://www.ars.sante.fr).



Quelle que soit l'approche du praticien, c'est la compatibilité entre ses compétences et les attentes du patient qui compte.

COMBIEN DÉBOURSER POUR UNE PSYCHOTHÉRAPIE ?

L'aspect financier des psychothérapies reste un élément important, voire bloquant. Les consultations dans des centres médico-psychologiques (CMP) sont entièrement prises en charge par l'Assurance maladie. En dehors de ces structures difficilement accessibles en raison de longues listes d'attente, et en l'absence d'inscription dans le parcours Mon soutien psy (lire l'encadré p. 36), c'est le plus souvent le patient qui supporte le coût des séances. Elles reviennent, en moyenne, à 65-70 € de l'heure, avec des tarifs parfois plus élevés à Paris. Vous pouvez vérifier auprès de votre mutuelle le remboursement qu'elle propose. Depuis 2021, certaines complémentaires santé prennent en charge au moins quatre rendez-vous par an, avec un plafond de 60 € par séance. Des psychologues acceptent également d'adapter leurs tarifs selon la situation du patient (étudiant, chômeur...) : n'hésitez pas à aborder la question avec le praticien choisi.

rendre autonome dans la gestion de vos difficultés, et non de vous faire devenir dépendant de lui, ce qui est un risque de la relation d'aide psychothérapeutique. Au début de votre travail, n'hésitez pas à lui poser certaines questions : « Quelles méthodes utilisez-vous ? Quelles sont votre formation et votre expérience professionnelle ? Quels sont le prix et la durée de chaque séance ? À quelle fréquence nous verrons-nous ? Combien de temps à l'avance faut-il prévenir pour annuler un rendez-vous sans devoir le payer ? Travaillez-vous en équipe si besoin ? »

Évaluer les progrès

Votre thérapeute vous proposera éventuellement une « bibliothérapie », à savoir des ouvrages de référence à lire, et vous conseillera d'informer

vos proches de la démarche que vous entreprenez. Le nombre de séances prévues n'est pas figé, mais il en faut souvent de 12 à 15 pour une dépression d'intensité légère, voire un peu plus en cas de comorbidité, comme un trouble anxieux, ou d'événements de vie traumatiques. Il est vivement recommandé de réévaluer, au cours du travail, l'avancée obtenue par rapport à votre problématique, afin d'éviter toute dérive. Si le professionnel n'est pas en mesure de vous accompagner dans votre démarche ou que vous n'obtenez pas ce que vous attendiez de la relation thérapeutique avec lui, il doit vous réorienter vers un collègue. Si les objectifs de la psychothérapie vous semblent atteints, il est possible d'arrêter, tout en gardant en tête que des « séances de consolidation » vous seront peut-être utiles à l'avenir. ■

PLUSIEURS APPROCHES SONT POSSIBLES

Comportementale et cognitive, psycho-dynamique, interpersonnelle... pas facile de s'y retrouver parmi toutes les approches thérapeutiques ! Petit tour d'horizon pour vous aider à y voir clair.

Les diverses psychothérapies sont accessibles en centres médico-psychologiques (CMP) avec des spécificités selon les lieux, mais également en libéral et, pour certaines régions, dans des structures innovantes permettant une prise en charge précoce (lire aussi p. 38). Notez bien que ces techniques ne sont pas exclusives, qu'elles peuvent être combinées. Enfin, plus la psychothérapie sera amorcée tôt, moins le risque d'aggravation des symptômes sera élevé.

Thérapies comportementales et cognitives (TCC)

Elles visent à apprendre au patient à faire face à des pensées négatives, à mieux gérer ses émotions et à le remettre en activité progressivement. Il assimile aussi des comportements nouveaux et mieux adaptés aux difficultés rencontrées. Le but est de rendre la personne autonome dans ses réactions, y compris en cas de premiers signes d'un nouvel épisode dépressif. Différentes méthodes et exercices sont mis en œuvre et donnent lieu à un travail à mener à la maison entre les séances : auto-analyse de ses activités et de son humeur, réintroduction d'occupations sources de plaisir, identification et

mise à distance des pensées négatives et pessimistes. La thérapie, brève, se déploie sur quelques mois, voire un ou deux ans pour les situations les plus complexes. Si besoin, elle s'accompagne d'un traitement antidépresseur. Une étude de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), réalisée en 2004, montre que les TCC s'avèrent efficaces dans le cas des troubles dépressifs majeurs chez des patients hospitalisés sous antidépresseurs, ainsi que pour les troubles dépressifs d'intensité moyenne ou légère traités en ambulatoire. Concernant ces derniers, elles sont même plus opérantes que les traitements antidépresseurs seuls. Selon cette étude, et dans ces indications, les TCC se sont révélées plus efficaces que les approches

Les TCC, parfois menées en groupe, sont en particulier intéressantes chez les patients hospitalisés sous antidépresseurs.

Bon à savoir

Certaines psychothérapies sont parfois pratiquées en groupe, par exemple les TCC ou la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience, en prévention de la rechute, à raison de 8 à 12 séances par an. Ces groupes ont montré une très bonne efficacité, d'autant qu'ils aident à sortir de la solitude.





SE SOIGNER GRÂCE AU NUMÉRIQUE L'AVENIR ?

Alors que trouver un thérapeute reste difficile – moins de 5 % des patients dépressifs ont accès à une thérapie comportementale et cognitive –, le numérique offre une alternative. « *Nous proposons des TCC en téléconsultation* », indique le P^r Lucia Romo, psychologue à l'hôpital de Garches (92). « *Certaines thérapies, dans le champ de la TCC*

en particulier, sont transposées dans des applications digitales », complète Alexis Bourla, psychiatre à Paris. Hélas, aucune de celles disponibles en France n'a encore prouvé son efficacité (lire p. 106). « *Notre pays a du retard, alors que nos voisins allemands et anglais recommandent déjà, pour la prise en charge de la dépression, une application*

scientifiquement validée comme Deprexis, non présente chez nous », regrette-t-il. En 2022, la Haute autorité de santé a pourtant rendu un avis positif sur cet usage, en complément d'un traitement classique, en cas d'épisode dépressif léger. Mais la société qui portait la solution dans l'Hexagone a fermé, faute de prise en charge.

psycho-dynamiques. Cependant, cela n'a pas donné lieu à un consensus dans les dernières recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) pour la prise en charge de la dépression chez l'adulte. « *De par leur nature et leurs pratiques, les TCC se prêtent mieux à l'analyse scientifique, ainsi qu'à l'évaluation et à l'ajustement des objectifs au cours du traitement à l'échelle individuelle* », explique Marion Cadranet, psychologue clinicienne au Centre d'accueil, d'évaluation et d'orientation en santé mentale (CAdeO) et dans un CMP de Lyon (69). Classiquement, ces thérapies ne recherchent pas toujours l'origine des troubles. Elles ont adopté récemment une approche

dite « processuelle » et « transdiagnostique », dont les objectifs sont de mieux décortiquer les mécanismes à l'œuvre dans les répétitions des épisodes dépressifs et de prendre en compte le patient dans sa globalité – il peut en effet souffrir de comorbidités (troubles anxieux, par exemple).

Les TCC s'adaptent aussi au profil des malades, et notamment à leur âge, même s'il est possible de les pratiquer à tout moment de la vie. « *Chez les adolescents, elles prennent en compte le contexte familial, académique, une éventuelle situation d'échec scolaire ainsi que de possibles pathologies associées, comme le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) ou encore des troubles psycho-tiques qui peuvent apparaître vers 18 ans*, indiquent le P^r Lucia Romo, psychologue à l'hôpital de Garches (92), et Aurélie Docteur, psychologue clinicienne à Paris (75). *Chez les personnes âgées, le temps des séances est adapté. On travaille sur des points de blocage et avec le corps. L'accent est mis sur l'activation comportementale. Le but est de convaincre de faire concrètement des activités agréables, de sortir de l'isolement, dans un objectif de maintien des compétences et avec une attention spécifique portée au risque de suicide, comme chez les ados* », ajoutent-elles.

Thérapies psycho-dynamiques et d'inspiration psychanalytique

Ces approches considèrent que les expériences de l'enfance, même très précoces, conditionnent l'équilibre et le fonctionnement psychiques. >>



D.KUSHN/ADOBE STOCK

>> Le travail est donc fondé sur la parole, l'important étant que le patient se remémore lui-même des événements ou repère des modes de fonctionnement dont il n'avait jusque-là pas forcément conscience. Le psychanalyste l'aide à comprendre les situations difficiles, à analyser les traumatismes du passé puis à traiter en profondeur les causes de la dépression. Contrairement à la cure psychanalytique, qui s'étale en général sur plusieurs années et n'est pas recommandée dans le cadre des troubles dépressifs, les thérapies psycho-dynamiques ou d'inspiration psychanalytique ne vont prendre que quelques mois (ou quelques années tout au plus).

«Il ne s'agit pas ici de mener trois séances par semaine, allongé sur un divan. Cela n'aurait pas de sens au cours d'un épisode dépressif», insiste Mickaël Benyamin, psychologue clinicien, maître de conférences en psychologie clinique et psychopathologie à l'université Paris-Cité et auteur de *La dépression, du mal-être à la vie* (Éditions In Press, 2023). La notion de soulagement, lié à la perception subjective du patient, est fondamentale dans ce type de thérapie. Le résultat s'avère donc plus qualitatif que quantitatif. «Il n'y a pas de quantification possible de la souffrance, complète le spécialiste. Cependant, le patient peut estimer qu'il a réussi à mettre des mots dessus et qu'il a rebondi sur des questions pertinentes de son psychanalyste, en résonance avec sa propre histoire.»

DES SITES UTILES

Sachez qu'il est possible de trouver des adresses et des informations sur une thérapie en consultant les sites suivants :

- > **France Dépression** - francedepression.fr;
- > **Association française de thérapie comportementale et cognitive** - aftcc.org;
- > **Association psychanalytique de France** - associationpsychanalytiquedefrance.fr;
- > **Access MBCT** (liste de praticiens de thérapies cognitives fondées sur la pleine conscience) - accessmbct.com;
- > **Association EMDR France** - emdr-france.org.

Thérapies systémiques et interpersonnelles

Elles mettent l'accent sur le patient et son rapport à autrui: sa famille, dans le cas des thérapies systémiques, et son environnement plus large (famille, amis, contacts professionnels) s'agissant des thérapies interpersonnelles. Si de telles approches ne sont pas indiquées en première intention, elles peuvent compléter un autre travail psychothérapeutique. «Lorsqu'un patient dépressif arrive en centre médico-psychologique (CMP), l'équipe pluridisciplinaire procède à une évaluation de sa situation. Nous pouvons proposer une TCC pour agir directement sur les comportements non adaptés. Si la demande inclut une dimension d'histoire familiale, d'histoire de vie, nous orientons le patient vers une thérapie d'inspiration psychanalytique ou psycho-dynamique. Enfin, si des problématiques d'intégration dans le milieu familial émergent, une thérapie systémique est aussi pertinente», décrit Nicolas Fierling, psychologue clinicien exerçant dans un CMP à Lyon (69).

À noter: même si l'on ne s'inscrit pas dans une thérapie systémique ou interpersonnelle, expliquer à son entourage le travail psychologique mené, quel qu'il soit, améliore sa réussite.

Les techniques de pleine conscience

Issue de pratiques bouddhistes, la méditation de pleine conscience développe la capacité à focaliser sur l'expérience telle qu'elle se déroule au moment présent, en particulier dans le corps. Si elle n'a pas sa place en plein épisode dépressif, «elle peut être proposée après stabilisation du patient, car elle requiert une énergie importante», précise Stéphanie Orain-Pelissolo, psychologue et psychothérapeute à Paris (75). Comme pour une rééducation après une blessure, l'enjeu est de remuscler son canal attentionnel, à savoir apprendre à orienter ailleurs son attention.» Soit se désengager de ses ruminations d'idées noires et de ses prévisions anxieuses en revenant dans son corps, par une attention apportée aux perceptions sensibles. Cette approche est validée pour la prévention de la récurrence et non pour la guérison de la dépression. Pour traiter la dépression récurrente,

il existe une thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (*Mindfulness based cognitive therapy*, ou MBCT), qui combine des pratiques de méditation de pleine conscience et de la TCC.

EMDR et thérapie des schémas

Certaines techniques complémentaires présentent un intérêt au cours d'une dépression, notamment si elle est résistante. Quand l'épisode est associé à des événements traumatiques passés ou qu'il constitue en lui-même un trauma, la technique *Eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR, ou «intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires», en français) est envisageable. Son fonctionnement reste imparfaitement décrit, mais elle est validée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et par l'Inserm, en France, pour

le traitement des troubles de stress post-traumatique. Elle repose sur une reprogrammation, grâce à des mouvements oculaires, du traitement d'une information traumatique dans le cerveau. Celle-ci est alors stockée d'une manière différente, qui permet de dépasser la situation de stress.

«On peut aussi mettre en œuvre une thérapie dite des schémas, développée par l'Américain Jeffrey Young, commente Stéphanie Orain-Pelissolo. Selon cette théorie, des représentations de soi-même et du monde constituées durant l'enfance sont liées à l'environnement dans lequel on a grandi. En cas de carence et de besoins affectifs non comblés, une image non harmonieuse de soi, un manque de confiance et de sécurité peut apparaître et perdurer chez l'adulte. La théorie des schémas permet, par le "reparentage" de son enfant intérieur, de modifier des représentations erronées, avec une approche plus pratique que celle adoptée par la psychanalyse.» ■

L'EMDR a prouvé son efficacité dans le traitement des dépressions associées à un événement traumatique passé.

Dépressions résistantes

QUAND LES IDÉES NOIRES ONT LA VIE DURE

Dans un tiers des cas, les traitements classiques de la dépression échouent. Une situation désespérante pour les patients, qui pensent avoir tout essayé... Or, d'autres prises en charge restent possibles.

Votre conjoint s'est vu prescrire pas moins de huit traitements médicamenteux et traîne toujours son mal-être ? Cela dure depuis des mois, voire des années ?

La situation est difficile à vivre... mais pas rare. Si la prise en charge de la maladie est aujourd'hui plutôt bien codifiée, avec une efficacité clairement démontrée de l'association entre psychothérapie et antidépresseurs, il arrive que la dépression perdure. De fait, on estime que les traitements classiques restent inopérants chez environ 30% des sujets, comme le pointe l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Pour les patients concernés, le risque est grand de penser avoir tout essayé, mais ce n'est pas le cas ! Des prises en charge visant les dépressions caractérisées comme « résistantes » ont été spécialement élaborées. Ces options thérapeutiques nécessitent souvent de se rendre dans des centres de référence ou, du moins, des services hospitaliers habilités à réaliser certaines pratiques.

Ne pas confondre

Avant toute chose, la confusion sémantique que l'on rencontre entre les expressions « dépression chronique », « dépression sévère » et « dépression résistante » doit être éliminée. La première forme a pour caractéristique une durée des symptômes

s'étalant sur plus de deux ans. Or, si l'évolution de l'épisode dépressif dans le temps est l'une des facettes de la dépression résistante, elle ne suffit pas à la définir à elle seule. De même, si on estime que 15% à 30% des dépressions sévères seront résistantes, comme le rappelle la fondation FondaMental qui œuvre dans l'innovation en matière de santé psychique, là encore il n'y a pas superposition exacte entre les deux notions.

Une définition précise

La dépression résistante est aujourd'hui communément définie comme une maladie dont les symptômes ne sont pas au moins diminués de moitié après deux traitements antidépresseurs bien conduits, c'est-à-dire venant de deux familles différentes de médicaments, adaptés au diagnostic et administrés à la bonne dose sur une durée suffisante. Selon l'étude américaine *Sequenced treatment alternatives to relieve depression* (Star*D), menée sur 15 ans, le pourcentage de patients qui répondent aux traitements augmente à chaque nouvelle approche pharmacologique. Mais, in fine, entre 30% et 40% d'entre eux résistent. Pourquoi ne sommes-nous pas égaux en la matière ? Pourquoi certains ressentent-ils rapidement un bénéfice alors que d'autres sont hermétiques aux effets des molécules ?



Si deux traitements antidépresseurs échouent, il faut rechercher ce qui peut bloquer.

Des facteurs de résistance

Un élément de réponse peut être apporté par les facteurs de risque de résistance déjà identifiés. Certains sont liés à des caractéristiques socio-démographiques. Ainsi, les femmes présentent plus de risques que les hommes de souffrir d'une évolution défavorable de leur dépression. Il en va de même pour les sujets qui en souffrent avant 30 ans ou après 60 ans. Le statut marital entre également en jeu, avec plus de risques lorsque l'on est séparé, divorcé ou veuf. Le niveau d'éducation compte aussi. D'autres facteurs de risque vont de pair avec la maladie, comme une sévérité

marquée des symptômes dès le départ, la longue durée du premier épisode avant rémission, un nombre important d'épisodes dépressifs successifs ou encore l'existence d'antécédents familiaux de dépression. Sur ce point, des études sont en cours pour tenter d'identifier des déterminants génétiques facteurs de risque de non-réponse aux traitements. Enfin, la présence d'autres maladies associées, qu'elles soient psychiatriques – comme une addiction – ou somatiques (maladies cardiovasculaires, cancers, Parkinson ou autres pathologies chroniques) majore également le risque de souffrir d'une dépression résistante. ■

VENIR À BOUT DE LA MALADIE

Diverses approches médicamenteuses et des techniques de neurostimulation sont possibles pour prendre en charge les dépressions résistantes... qui n'en sont d'ailleurs pas toujours ! On fait le point.

Quand deux traitements antidépresseurs ont échoué alors que la dose et la durée prescrites étaient adaptées et que le patient s'y était correctement conformé, des options thérapeutiques demeurent. Il est, par exemple, possible de combiner plusieurs antidépresseurs. Ou encore d'associer à l'un d'entre eux d'autres classes médicamenteuses susceptibles d'apporter un bénéfice. C'est le cas des régulateurs de l'humeur tels que le lithium, mais aussi des antipsychotiques – dans un dosage plus faible que pour la schizophrénie ou les troubles bipolaires –, des antiépileptiques, des psychostimulants et, plus récemment, de la kétamine et de l'eskétamine (lire l'encadré ci-dessous).

Par ailleurs, souffrir d'une dépression résistante soulève une question légitime: faut-il ou non prendre des antidépresseurs à vie ? « Rien n'est fait sans l'avis du patient. Les études portant sur ces

traitements s'attachent surtout aux effets à court terme, il est très difficile d'avoir des résultats sur les taux de rechute après six mois ou un an. Or, on sait que le plus difficile est de les éviter. Néanmoins, il semble que le plus efficace pour y parvenir soit le maintien de l'antidépresseur, tandis que les autres molécules n'ont pas d'intérêt pour cette problématique », explique la psychiatre Raphaëlle Richieri sur La Psychiatrie du soleil, une chaîne YouTube d'information grand public spécialisée en santé mentale et troubles psychiques.

■ Efficacité de la neurostimulation

Autre option possible: la neurostimulation. Elle consiste à stimuler le fonctionnement du cerveau ou du nerf vague avec un courant électrique de faible intensité. Pour la dépression résistante,



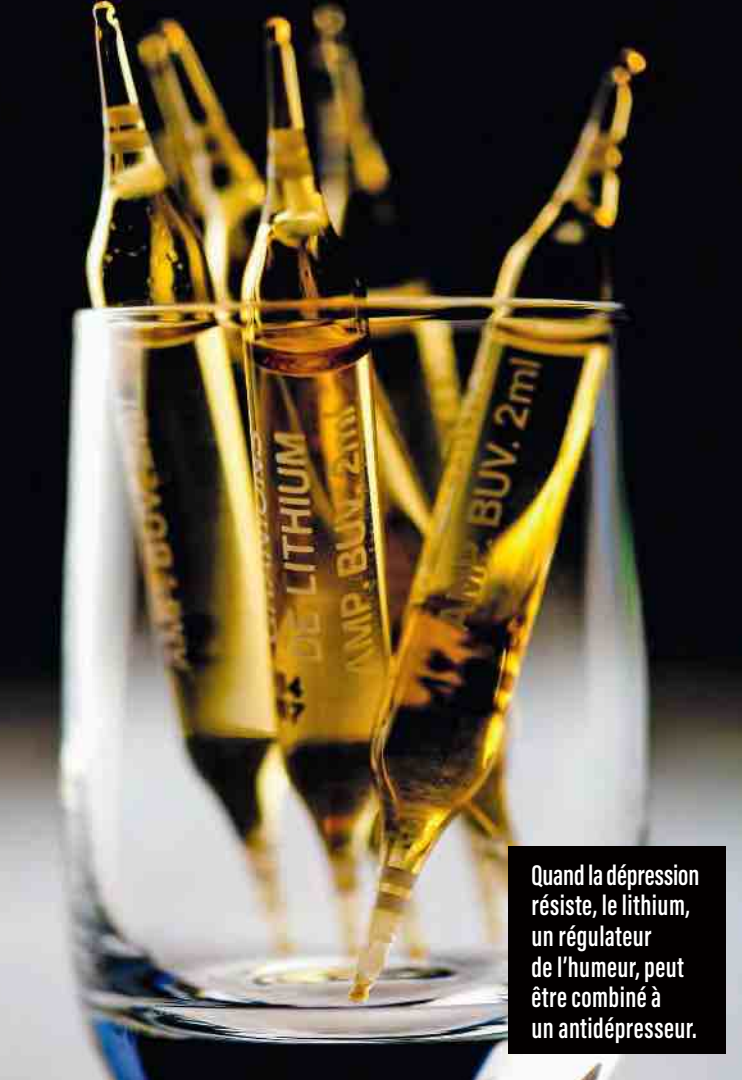
L'ESKÉTAMINE UNE MOLÉCULE À PRENDRE EN COMPTE

L'eskétamine, un dérivé de la kétamine (un anesthésiant), ouvre une voie encore inexplorée dans le traitement de la dépression. Le médicament (Spravato) a été autorisé en France en décembre 2019, pour un usage hospitalier, en cas d'échec d'au moins deux antidépresseurs. Utilisé en

pulvérisation intranasale, cet antidépresseur agit sur le glutamate, un neurotransmetteur dont la libération permet une amélioration des symptômes dépressifs. Indiqué pour des patients présentant une dépression résistante sans critère de sévérité particulier (pas de risque suicidaire), il est

efficace en quelques heures. La cure se fait en deux étapes: la première, dite phase d'induction, dure quatre semaines environ, à raison de deux administrations hebdomadaires. La deuxième, dite phase d'entretien, peut s'étaler sur au moins six mois avec

une posologie adaptée. Le patient est surveillé par un professionnel de santé pendant l'administration du médicament et au moins deux heures après, à cause des effets indésirables temporaires fréquents (dissociation, modifications de la perception, hausse de la pression artérielle).



Quand la dépression résiste, le lithium, un régulateur de l'humeur, peut être combiné à un antidépresseur.

plusieurs techniques sont recommandées en première ou seconde intention. Les psychiatres exerçant en libéral ne sont pas forcément à l'aise avec, car ils ne les utilisent pas régulièrement. Pourtant, l'ECT et la rTMS (lire ci-dessous), qui sont les méthodes non invasives les plus couramment pratiquées, affichent des taux de réussite importants, avec de hauts niveaux de preuve d'efficacité et de sécurité, démontrés par de multiples études internationales bien conduites (lire également l'encadré p. 65).

➤ **L'électro-convulsivothérapie (ECT, ou sismothérapie).** Héritière des fameux électrochocs pratiqués dans les années 1930 à 1950, elle souffre pour cela d'une image négative absolument non méritée. Il s'agit d'une stimulation électrique du cerveau, réalisée sous anesthésie générale, grâce à des électrodes qui sont placées au niveau de la tête. Elle aboutit à la libération

de neuromédiateurs et à la formation de nouvelles connexions avec les neurones existants. La cure dure d'un mois à un mois et demi, à raison de deux ou trois séances par semaine, et présente un taux de réussite d'environ 70% à 80%. Il est à noter que les personnes âgées atteintes de dépression sévère et résistante répondent particulièrement bien à cette électroconvulsivothérapie, et devraient donc pouvoir y accéder plus rapidement au cours de leur parcours de soins (en moyenne, neuf mois après le début des symptômes).

➤ **La stimulation magnétique transcrânienne répétée (rTMS).**

Avec cette technique, une sonde provoque, grâce à un champ magnétique, une dépolarisation des neurones de proche en proche jusqu'aux noyaux de la base cérébrale, de façon dirigée. Elle ne nécessite pas d'anesthésie mais impose une séance d'une vingtaine de minutes au maximum tous les jours pendant un mois à un mois et demi.

D'autres techniques, invasives, exigent l'intervention d'un neurochirurgien et ne sont proposées qu'aux patients résistant aux traitements classiques et à la neurostimulation non invasive. Nous vous en présentons deux.

➤ **La stimulation du nerf vague.** Elle se fait au moyen d'une électrode implantée au niveau du cou et d'une pile insérée sous la peau, près de la clavicule. Cette stimulation joue sur les afférences (les fibres nerveuses remontant de l'information au cerveau) qui passent du nerf vague aux régions du cerveau impliquées dans la régulation émotionnelle.

➤ **La stimulation cérébrale profonde.** Elle est réalisée grâce à deux électrodes placées dans les régions de structures profondes du cerveau. Il n'y a que quelques patients implantés en France. Des discussions scientifiques sont encore en cours pour préciser les meilleures zones cérébrales à cibler. ➤➤

Bon à savoir

Au cours d'une prise en charge par neurostimulation, quelle que soit la technique, le traitement antidépresseur, même s'il avait montré une faible efficacité, doit être continué. Il pourra éventuellement être diminué ou arrêté après une rémission de plusieurs mois suivant la cure de neurostimulation.

>> Elle existe aussi en version peu invasive (très rare dans l'Hexagone) via la neurochirurgie par *gamma-knife*: des microlésions sont faites sur des zones profondes du cerveau au moyen d'une dose élevée de rayonnements ionisants.

Des lieux adaptés pour se faire soigner

La technicité des actes à réaliser, notamment pour la neurostimulation, impose une prise en charge du patient en centres experts de la dépression résistante, en centre hospitalier universitaire (CHU) ou, éventuellement, dans certaines cliniques privées disposant du matériel adéquat. L'ECT, par exemple, demande de nombreux contrôles et des certifications régulières. En pratique, votre psychiatre ou votre médecin traitant vous adresse à l'un des 14 centres experts dépression résistante en France (liste sur Fondation-fondamental.org) qui se consacrent à la recherche et à la coopération scientifique dans le domaine des pathologies mentales tout en accueillant les malades. «*La force d'un centre expert comme le nôtre,*

La stimulation magnétique transcrânienne (rTMS), non invasive, affiche des taux de réussite élevés.

c'est l'articulation entre soin et recherche. Nous pouvons offrir à nos patients la médecine la plus personnalisée possible en fonction de leurs symptômes, et adapter les traitements à leur profil», explique le professeur Antoine Yrondi, responsable du centre expert du CHU de Toulouse. Ces structures proposent des traitements médicamenteux spécifiques – y compris hors autorisation de mise sur le marché (AMM) –, de la neurostimulation et une prise en charge psychothérapeutique, nécessaire et très efficace «*en cas de biais cognitifs importants, de ruminations*», précise le spécialiste. S'y ajoute la rééducation à l'activité physique, à l'alimentation et au sommeil dans un cadre pluridisciplinaire où officient médecins, infirmiers, psychologues et kinés.

QUID DE LA PRIVATION DE SOMMEIL ?

Certaines études ont montré un bénéfice de la privation de sommeil sur la dépression résistante. Mais si l'approche est assez puissante pour réduire les symptômes, ceux-ci récidivent malheureusement dès que le patient dort à nouveau. Ces techniques ne sont donc pratiquées que dans quelques centres spécialisés, sur des cas précis, et ne sont pas généralisables.

Un accès aux soins qui reste difficile

Les praticiens alertent toutefois sur les difficultés d'accès, de coordination et de gradation des soins psychiatriques en France. «*Les parcours manquent de fluidité*», regrette le Pⁱ Yrondi. Une quarantaine d'unités psychiatriques seulement, avec des inégalités territoriales fortes, sont en mesure d'effectuer des ECT, et elles sont souvent saturées. La rTMS, bien que non prise en charge par la Sécurité sociale, se développe, avec presque autant de centres en



métropole la dispensant, dans des CHU, centres hospitaliers ou cabinets libéraux. «Le traitement à l'eskétagamine est donné dans environ 130 centres, relativement bien répartis sur le territoire, sauf dans le Sud-Ouest», constate la P^{re} Richieri. La fondation FondaMental vous renseignera sur les dispositifs situés près de chez vous.

Détecter une dépression pseudo-résistante

L'accès aux soins restant difficile, mieux vaut être sûr que l'on est bien face à une dépression résistante ! En effet, certaines ne le sont pas, en réalité ; on parle d'ailleurs de «pseudo-résistantes». Elles apparaissent parfois quand des médicaments (des anticonvulsivants comme la carbamazépine, ou des antibiotiques comme la rifampicine) provoquent des interactions diminuant l'efficacité des anti-dépresseurs. «Des patients présentent naturellement une élimination trop efficace des molécules, du fait d'un métabolisme particulier», explique le docteur Alexis Bourla, psychiatre à l'hôpital Saint-Antoine, à Paris (75). *Un dosage plasmatique des antidépresseurs [analyse pour adapter leur posologie] est indispensable face à une dépression résistante.* »

Une pseudo-résistance survient parfois aussi quand le traitement appliqué n'est pas le bon. «La situation la plus courante ? Un traitement pour soigner une dépression... alors qu'il s'agit d'un trouble bipolaire», commente le D^r Bourla. Bien distinguer les deux dès le départ est indispensable, car on ne les soignent pas de la même façon. Malheureusement, le trouble bipolaire, qui associe phases dépressives et «hypomaniaques», pâtit encore d'un retard diagnostique important en France.


Enfin, on peut être en présence d'une atypicité, autrement dit d'une «fausse dépression». La personne présente, dans ce cas, des symptômes psychiatriques d'une maladie organique, comme une hypothyroïdie, une maladie inflammatoire ou neurologique, des problèmes hormonaux. D'où l'intérêt d'un bilan réalisé avant de poser le diagnostic de dépression. En cas d'échec de plusieurs prescriptions d'antidépresseurs, des bilans plus poussés s'avèrent parfois utiles, dans des centres spécialisés ou à l'hôpital, lorsqu'une cause organique peut être suspectée. ■




ECT ET rTMS AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS


Le choix entre l'électro-convulsivothérapie et la stimulation magnétique transcrânienne, les deux options de neurostimulation les plus courantes pour les dépressions résistantes, doit toujours impliquer le patient, qu'il faut informer des avantages et inconvénients de chaque technique. «Question efficacité, l'ECT reste plus performante que la rTMS. De nombreuses études sont en cours pour définir des profils de patients qui relèveraient plus d'une technique que de l'autre», indique le professeur Florian Ferreri, psychiatre à l'hôpital Saint-Antoine, à Paris. La rTMS est souvent préconisée pour un niveau de résistance plus faible, et plus tôt dans l'évolution de la maladie. L'ECT ne présente pas de critère de durée d'évolution, mais peut être proposée dès le départ en cas d'une dépression sévère avec des caractéristiques psychotiques, délires ou hallucinations, qui se manifestent chez environ un tiers des personnes souffrant d'une dépression sévère.


rTMS

 Quasiment sans effet indésirable, sauf des maux de tête non inquiétants et qui passent avec des antalgiques classiques, ainsi qu'une fatigue transitoire après les séances. Celles-ci n'entravent pas le fonctionnement normal du cerveau.

 Malgré le haut niveau de preuve associé à cette technique, elle n'est pas encore remboursée en France. «Un retard difficilement compréhensible alors qu'elle est prise en charge ailleurs dans le monde, même aux USA, et qu'elle peut sauver des vies», regrette le docteur Alexis Bourla, psychiatre à l'hôpital Saint-Antoine.

ECT

 Il s'agit de la technique la plus efficace, et elle remboursée par la Sécurité sociale.

 Elle nécessite une anesthésie générale et présente une moins bonne tolérance. On note des effets transitoires sur la mémoire à court terme et d'autres, parfois permanents, sur la mémoire autobiographique.

SOMMAIRE

- 68** Gare aux faux remèdes
- 72** Phytothérapie, méditation : ce qui a fait ses preuves
- 74** La santé mentale se joue aussi dans l'assiette
- 76** Bouger pour aller mieux
- 78** Se réconcilier avec ses nuits
- 82** Notre smartphone : un psy dans la poche ?



Approches complémentaires

A stylized illustration featuring a large, bright orange circle, resembling a sun or moon, dominating the left side of the frame. The background is a deep navy blue. In the lower right foreground, a small, yellow boot with white laces and a white sole is visible, standing on a dark, silhouetted ground. The overall composition is minimalist and modern.

Dans le traitement de la dépression, certaines pratiques « thérapeutiques » relèvent de dérives dangereuses ! Mais ne jetons pas le bébé avec l'eau du bain : certaines plantes et la méditation, elles, ont prouvé leur efficacité. De leur côté, quelques applis et des outils d'intelligence artificielle se veulent complémentaires, voire des alternatives à la psychothérapie « classique ». Mais est-ce vraiment possible ? Enfin, l'hygiène de vie est capitale pour éloigner le risque d'épisode dépressif : l'activité physique, l'alimentation, les interactions sociales et le sommeil sont parfois à réajuster afin de se protéger ou de se soigner. Le but : éviter la fatigue, la démotivation, l'indécision et la perte de plaisir.

GARE AUX FAUX REMÈDES

Si les approches complémentaires ne sont pas à rejeter en bloc, attention toutefois aux dérives thérapeutiques dangereuses, sinon sectaires.

Par lassitude, impatience ou parce qu'on n'a pas trouvé le bon praticien face à une dépression résistante, on est parfois tenté d'«aller voir ailleurs», de sortir d'un parcours de soins et de traitements classiques. On essaie des approches plus naturelles, non médicamenteuses, spirituelles aussi. Mais s'il n'y a pas de mal à chercher à guérir, et si certaines choses peuvent apporter un mieux-être et s'avérer bénéfiques, prudence toutefois: terrain glissant !

Des personnes vulnérables

Bien que la dépression soit une maladie, elle n'est pas toujours perçue ainsi. Face à une personne qui souffre, nombre d'individus se sentent légitimes à donner leur avis à et à l'orienter vers telle ou telle approche, tel ou tel praticien ou remède. C'est moins fréquent dans le cas d'autres pathologies, notamment cardiaques. Résultat, pour les patients, «aux problèmes de mémoire, aux idées suicidaires, à l'apathie, etc., s'ajoute le souci de savoir qui consulter et quels soins chercher dans cette nébuleuse de possibilités», regrette Hugo Baup, psychiatre au centre hospitalier de Périgueux (24). Psychiquement fragiles, les malades dépressifs constituent des cibles de choix pour les soignants autoproclamés en quête d'adeptes à convertir... et de porte-monnaies à vider.

«Un public vulnérable est composé de personnes qui n'ont pas de réponse à leurs questions – donc, dans le domaine de la santé, de celles en échec thérapeutique, en récidive ou en errance thérapeutique», explique Donatien Le Vaillant, chef de la Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre

les dérives sectaires (Miviludes). Il concède, en outre, que les autorités sont assez «démunies» quant au risque sectaire et aux discours problématiques dans le secteur de la santé mentale, et que l'absence d'Ordre des psychologues, notamment, réduit les possibilités de sanctions. Un constat partagé par Hugo Baup, qui note que certains psychologues parlent encore avec une conviction absolue du complexe d'Œdipe, alors que cette théorie psychanalytique n'a jamais été validée scientifiquement.



P. CHORRIANGAKI/ISTOCK

Sachez que le champ de la santé demeure particulièrement touché par les dérives thérapeutiques et sectaires. Si ces dernières représentaient 38 % des signalements faits à la Miviludes en 2020, la tendance s'est confirmée en 2021: la mission a reçu 744 saisines concernant la santé, «dont près de 70% à propos de pratiques de soins non conventionnelles comme la naturopathie, le reiki, la nouvelle médecine germanique, etc.», indique-t-elle. Il convient donc d'être prudent lorsque, souffrant de dépression, on souhaite adopter des approches complémentaires non reconnues.

Les signaux d'alerte à connaître

On peut soupçonner une dérive sectaire «dès lors qu'il y a un mélange des genres entre développement personnel, soins, spiritualité, etc., quand le praticien dénigre les professionnels de santé, les soins médicaux ou les proches de la personne,

ou encore lorsqu'il invite à ne pas parler de son approche à l'entourage, car il "ne comprendrait pas"», liste Donatien Le Vaillant. Autres signaux inquiétants devant conduire à la plus grande vigilance: «Le fait d'organiser des séances rapprochées et onéreuses, d'avoir des exigences financières sans proportion avec ce qui se pratique ailleurs.» On se méfiera aussi de quelqu'un vantant une solution «miracle», nous qualifiant d'«élu» ou d'exceptionnel (ou nous faisant sentir comme tel), et suggérant, tacitement ou non, l'arrêt des traitements conventionnels.

Pour les proches, un changement de comportement et un isolement de la personne inciteront également à s'interroger. «Le recours à des approches complémentaires ne doit pas s'effectuer en première intention, et surtout pas au détriment des autres soins», prévient de son côté le Dr Baup. La psychothérapie implique de «confier sa santé mentale à quelqu'un», aussi ne faut-il pas hésiter à demander un deuxième avis ou à changer de praticien. «Le psy n'a pas à voir ça d'un mauvais œil, ce serait même un red flag >>



Un site utile : celui de la Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (Miviludes).

UNE LOI CONTRE LES GOUROUS ET LES CHARLATANS

Le 10 mai 2024, a été promulguée la loi n° 2024-420 «visant à renforcer la lutte contre les dérives sectaires et à améliorer l'accompagnement des victimes». Elle cible les abus et les manipulations exercés par les charlatans, gourous et autres organisations sectaires. Son article 4 crée un nouveau délit de «provocation à abandonner ou à s'abstenir de suivre un traitement médical», ou de «provocation à l'adoption de pratique faisant courir un risque grave et imminent pour la santé». Jusqu'alors, le seul délit qui existait était l'«abus de faiblesse par sujétion psychologique», sans aucune mention, donc, de l'arrêt des soins. Le texte étend aussi les catégories d'associations pouvant se constituer partie civile. La Miviludes et ses partenaires de lutte s'en félicitent.

>> [signal d'alerte] qu'il le perçoive mal», estime le psychiatre, qui rappelle qu'un traitement ne s'arrête jamais sans avis médical.

De la propagande sectaire sur Internet

Si les groupes sectaires sont très présents sur le Web, dont ils se servent comme d'un instrument de propagande, les établissements de soins psychiatriques sont quelquefois eux-mêmes infiltrés, et visés par des organisations remettant en question les traitements conventionnels. Dans son rapport de 2021, la Miviludes cite notamment l'Église de scientologie, un mouvement à caractère sectaire qui a mené des «opérations de déstabilisation» contre les hôpitaux psychiatriques français par l'intermédiaire d'un organisme qui lui est lié, la Commission des citoyens pour les droits de l'homme (CCDH). En utilisant une appellation proche de celle d'une institution reconnue d'intérêt général, les scientologues brouillent habilement les pistes. Selon cette CCDH, la psychiatrie serait une «*imposture*», et les troubles psychiatriques, «*pas de vraies maladies*». Sous couvert de lutter pour la dignité des patients internés, la secte américaine cherche en réalité à recruter de nouveaux membres, et entre dans la mouvance complotiste.

Quand les patients sont sous emprise

Lors de séances de psychothérapie, des «professionnels» se disant psychologues ou psychanalystes, mais ne possédant aucun diplôme reconnu, peuvent user de leur relation thérapeutique pour placer leurs patients sous emprise. Par exemple, au moyen de faux souvenirs induits d'inceste, de maltraitance ou de viol commis par des ascendants et «révélés» par les praticiens. Ruptures familiales, divorces et autres procédures judiciaires découlent quelquefois de ces faits inventés de toutes pièces par ces «thérapeutes» qui sont parvenus, par volonté malsaine ou incompetence, à en persuader le malade. Citons également la psychogénéalogie, qui consiste à affirmer que les événements, les secrets et autres traumatismes des générations précédentes conditionnent et influencent nos maux actuels. Une approche dénuée de toute preuve scientifique, qui fait l'objet de signalements à la Miviludes. De manière générale, on se méfierait des approches psychologisantes et culpabilisantes.

Enfin, il arrive que la dépression soit la conséquence de la révélation d'une dérive sectaire, lorsque l'individu qui a été sous emprise s'aperçoit qu'il a été dupé et que son état est loin de s'être amélioré, malgré tout l'investissement



THIERRY CASASNOVAS UN MULTIRÉCIDIVISTE EN ROUE LIBRE

On le présente comme le «gourou du jeûne», lui qui prône le crudivorisme. À lui seul, Thierry Casasnovas est un bon exemple de dérive thérapeutique sectaire. Faisant l'objet de plus de 700 signalements ou demandes de renseignements auprès de la Miviludes, il a été mis en examen

le 10 mars 2023 pour de multiples chefs d'accusation, dont «exercice illégal de la pharmacie», «exercice illégal de la médecine» et «abus de confiance». À ce jour, présumé innocent, il n'a aucun diplôme de médecine et a repris son activité de vidéaste sur Internet en septembre 2023.

Au printemps 2024, il a publié le premier opus d'une nouvelle série vidéo intitulée «Des maladies plus que mentales». Il y prône l'arrêt des traitements médicamenteux en cas de schizophrénie, et conseille de les remplacer par le jeûne. Sur le réseau social X, Hugo Baup, psychiatre au centre hospitalier

de Périgueux (24), n'a pas tardé à dénoncer la dangerosité de tels propos, fondés sur trop peu de données scientifiques pour être énoncés comme une vérité générale. Le deuxième épisode de la série, sur la dépression et la «piste parasitaire», pose les mêmes problèmes.



À DISTINGUER : DÉRIVES THÉRAPEUTIQUE ET SECTAIRE

Recourir à des pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique, non reconnues par la médecine classique, n'implique pas forcément de tomber sous l'emprise d'une secte. « *Un médecin peut croire fortement à une thérapie non éprouvée, complémentaire ou alternative, mais qui ne porte pas de danger en soi* », souligne la Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (Miviludes) dans son rapport de 2021. La dérive thérapeutique qui, cela dit, peut être problématique (à cause de ses effets indésirables, de son manque ou de son absence d'efficacité), devient sectaire lorsqu'il y a manipulation mentale et endoctrinement : le praticien, ou « gourou », essaie de faire adhérer la personne à ses croyances, à son mode de pensée, pour l'exclure de toute forme de rationalité et créer les conditions de son isolement. « *Prétextant l'inutilité des traitements conventionnels, le pseudo-praticien va demander à son patient d'avoir toute confiance en lui, car il serait le seul à détenir la "méthode miracle" apte à le guérir* », écrit encore la Miviludes. Soulignons, en outre, que certaines approches complémentaires a priori sans danger peuvent constituer une porte d'entrée vers des mouvements ou groupes déviants, voire dangereux.



L'Église de scientologie, dont le siège en France (photo) se trouve à Saint-Denis (93), fait partie des sectes qui contestent les traitements conventionnels.

E. DUMAND/AFAP

moral et financier consenti. Les proches d'une personne en pleine dérive peuvent également voir leur santé mentale se dégrader, à cause de la rupture familiale qui s'est opérée ou de ce dont on les accuse à tort.

Les associations pour trouver du soutien

Outre la Miviludes, qu'il est possible de saisir pour signalement ou avis (en allant sur le site Miviludes.interieur.gouv.fr), il existe plusieurs associations d'aide aux personnes et aux proches de victimes de dérives thérapeutiques.

> **Caffes** Le Centre national d'accompagnement familial face à l'emprise sectaire (Caffes.fr, 03 20 57 26 77), situé à Lille (59), mais pouvant être contacté en visioconférence, s'attelle à écouter, à soutenir et à aider les familles qui le sollicitent pour sortir un proche d'une emprise à caractère sectaire. En gardant contact sans porter de jugement tout au long du processus, il participe au maintien de « garde-fous » autour de la personne, jusqu'à ce que celle-ci ait le « déclic » et que cesse l'emprise. Quand la relation toxique est avérée, documentée et qu'elle menace la santé (par l'arrêt des soins notamment), le Caffes est en mesure

de faire un signalement au procureur de la République. Le but : qu'une information judiciaire soit ouverte à l'encontre du « gourou » mis en cause. Citons aussi les associations suivantes :

> **Unadfi** L'Union nationale des associations de défense des familles et de l'individu victimes de sectes (Unadfi.org);

> **CCMM** Le Centre contre les manipulations mentales (ccmm.asso.fr);

> **Gemppi** Le Groupe d'étude des mouvements de pensée en vue de la protection de l'individu (Gemppi.org). ■

PHYTOTHÉRAPIE, MÉDITATION : CE QUI A FAIT SES PREUVES

Dans le secteur de la santé mentale, les approches moins médicales, plus naturelles, peuvent attirer. Cependant, peu ont démontré leur efficacité. Nous en avons retenu deux qui méritent votre attention.

On ne peut pas évoquer les médecines douces et autres approches alternatives contre la dépression sans parler du millepertuis. Dès 1984, l'Institut fédéral des médicaments et des dispositifs médicaux allemand en a reconnu l'usage dans le traitement de l'humeur dépressive et de l'anxiété. En France, l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) a entériné l'indication « *médicament à base de plantes pour le traitement à court terme des symptômes dépressifs légers* ». Plusieurs compléments alimentaires à base de millepertuis ont ainsi le statut de médicaments, tels Arkogélules Millepertuis, Procalmil, Prosoft, Mildac, Elusanes Millepertuis, Milpertil... (les produits nommés ici sont à privilégier car, en théorie, mieux contrôlés). De nombreuses études ont rapporté l'efficacité de cette plante, comparée à un placebo sinon à des antidépresseurs couramment prescrits, dans le traitement de la dépression légère à modérée.

Sa prise serait alors d'autant plus intéressante qu'elle permettrait une plus grande observance du traitement par les patients que les antidépresseurs, en partie en raison d'effets secondaires moindres. Par contre, l'efficacité du millepertuis serait faible en cas d'épisode dépressif majeur.

Une plante considérée comme un médicament

Preuve que cette plante peut être perçue comme un « antidépresseur naturel », l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) a estimé, dès 2001, qu'elle devait être « *strictement considérée comme un médicament, au vu des risques liés à son utilisation et de l'allégation thérapeutique revendiquée* ». Car c'est là le gros bémol du millepertuis : il expose à de grands risques d'interactions avec nombre de produits. Accéléralant leur élimination par le foie, il réduit

QUID DES AUTRES VÉGÉTAUX ?

Des plantes comme le curcuma, le ginkgo, le kava, le safran et la rhodiola (ou racine dorée) ont fourni quelques preuves d'efficacité lors d'essais cliniques ; les deux derniers étant les plus cités et documentés. Cela dit, ces plantes comportent, elles aussi, leurs limites (en cas de dépression majeure

principalement) et leur lot d'effets secondaires. Safran et rhodiola sont ainsi déconseillés aux personnes sous traitement antidépresseur, car susceptibles d'en accentuer les effets indésirables. Leur usage est à manier avec prudence, sur avis médical, et à réserver au « préventif » ou pour éviter les récives.

Le safran est déconseillé aux patients sous antidépresseur.





l'efficacité de contraceptifs oraux, d'anticoagulants, d'antiviraux, d'antiépileptiques, d'immunosuppresseurs, de tonicardiaques, d'antiarythmiques cardiaques, de bronchodilatateurs, d'anticancéreux, d'anticholestérols... Il ne doit pas non plus être associé à un autre traitement antidépresseur, au risque d'engendrer un syndrome sérotoninergique parfois mortel (un excès de sérotonine dans le système nerveux central), qui va des vertiges au coma en passant par de la tachycardie, de la confusion mentale et des tremblements, généralement deux à quatre jours après la prise concomitante. Par ailleurs, des réactions de photosensibilisation ont été observées à la prise de millepertuis, notamment chez les personnes à la peau claire. Mieux vaudrait donc prévoir de ne pas se mettre au soleil si l'on souhaitait commencer ce type de phytothérapie.

Au vu de la balance bénéfice-risque, on ne saurait que recommander la plus grande prudence vis-à-vis du millepertuis. Il est préférable de consulter son médecin avant d'en avaler, pour évaluer le risque d'interactions et convenir du bon dosage. Cela vaut aussi si l'on a déjà commencé à en absorber en parallèle d'un ou de plusieurs médicaments, car l'ANSM déconseille d'arrêter brutalement la prise de cette plante sans avis médical. De fait, une telle interruption «*peut induire une augmentation des concentrations plasmatiques de ces médicaments*»,

laquelle «*peut s'avérer dangereuse pour les médicaments à faible marge thérapeutique comme la digoxine, la ciclosporine, la théophylline, ou les anti-vitamines K*», précise l'agence.

Méditer pour accueillir, accepter et avancer

La méditation, en particulier celle dite «de pleine conscience», a prouvé son efficacité pour aider à réguler les émotions, à gérer le stress et à diminuer l'anxiété. Concernant la dépression, une pratique méditative assidue permettrait surtout de réduire le risque de rechute ou de récurrence. Il existe même une thérapie cognitive fondée dessus, la *mindfulness-based cognitive therapy* (MBCT). L'idée, ici, n'est pas d'arrêter de penser en s'asseyant en tailleur, mais plutôt d'apprendre à réguler ses ressentis douloureux afin d'éviter les ruminations négatives. Bref, cela revient à essayer de faire du tri dans les pensées du type «Je n'y arriverai pas», «Je suis nul», etc. En clair, on ne cherche pas à traiter les symptômes dépressifs, mais plutôt à modifier son attitude à l'égard de certains d'entre eux. Ainsi, la méditation de pleine conscience est un entraînement de l'esprit pour accueillir avec bienveillance les sensations et les émotions pénibles plutôt que de les ressasser, de les repousser et de les interioriser. Plusieurs études ont montré que cette pratique abaissait le risque de rechute, y compris chez des personnes ayant déjà vécu différents épisodes dépressifs.

Il y a cependant une réserve: la méditation de pleine conscience n'est pas préconisée lors d'une phase aiguë de dépression. «*Quand les symptômes sont trop intenses, un programme qui consiste à retourner le projecteur vers soi et à explorer ses émotions serait assimilable à une torture*», écrit ainsi la Pr Corinne Isnard Bagnis dans son ouvrage *La méditation de pleine conscience* (publié aux éditions Que sais-je?). Par conséquent, on préférera s'y adonner une fois l'épisode stabilisé et pris en charge par un professionnel de santé compétent. Et pour commencer, on misera sur une pratique en groupe et/ou avec un praticien qualifié, afin d'éviter découragement, amateurisme et manque d'assiduité. ■

LA SANTÉ MENTALE SE JOUE AUSSI DANS L'ASSIETTE

L'alimentation joue un rôle dans la protection contre la dépression, et l'influence du microbiote sur notre cerveau n'est plus à démontrer. Explications.

Ce que l'on mange peut constituer une barrière contre la dépression ou, au contraire, en augmenter la probabilité; c'est ce que suggèrent plusieurs travaux récents. Ainsi, le risque de maladie serait réduit de 33% chez les adeptes du régime méditerranéen (fruits et légumes, poissons, céréales complètes et oléagineux), selon une méta-analyse fondée sur les données recueillies auprès de 36556 adultes et publiée en 2022 par des scientifiques de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et de l'université de Montpellier. À l'inverse, un régime riche en acides gras saturés, en sucre et en produits raffinés serait associé à un plus fort risque. «*Ces résultats soutiennent l'hypothèse selon laquelle éviter les aliments pro-inflammatoires contribue à prévenir les symptômes dépressifs et la dépression*», souligne Tasnime Akbaraly, chercheuse au Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations (Cesp) de l'Inserm qui a coordonné ce travail.

Un mauvais point pour les produits ultratransformés

Avec son équipe, Tasnime Akbaraly a publié une autre étude dans la revue *Nutritional Neuroscience* en mars 2023. On y lit que la consommation élevée de produits ultratransformés (plats préparés, biscuits, sodas, etc.) augmenterait le risque de dépression de 30%. Pour la spécialiste, «*ces denrées favorisent le stress oxydatif et l'inflammation, modifient le microbiote intestinal ou encore l'expression*

du génome. Il n'est donc pas exclu qu'elles aient un impact sur la santé mentale, connue pour être sensible à ces différents facteurs.»

Rappelons que le microbiote interagit avec le cerveau par l'intermédiaire de molécules qu'il produit et qui passent dans le sang. Mais une fois dans la tête, celles-ci peuvent s'avérer délétères pour certaines fonctions nerveuses... Le microbiote communique aussi par la voie du nerf vague: 80% de l'information va de l'intestin au cerveau. «*Le nerf vague est connecté indirectement au cortex préfrontal*, détaille Guillaume Fond, psychiatre responsable des centres experts schizophrénie et dépression résistante à l'Assistance publique des hôpitaux de Marseille⁽¹⁾. Il est impliqué dans de

Les adeptes du régime méditerranéen seraient moins exposés au risque de dépression.



nombreux troubles psychiatriques, car il conditionne notre réaction au stress, la génération d'émotions négatives et notre façon d'appréhender le monde.»

Des nutriments et des probiotiques bénéfiques

L'association entre dépression et altération du microbiote n'est plus à prouver. Divers travaux ont indiqué que les malades présentaient des anomalies dans la composition de leur microbiote intestinal: certaines populations de bactéries qui colonisent normalement leur intestin sont déficitaires, quand d'autres sont présentes en excès... Ces résultats ouvrent des perspectives pour de nouveaux traitements. Des études préliminaires ont révélé que l'administration de probiotiques diminuait les symptômes d'anxiété ou de dépression.

«Cinq nutraceutiques, des nutriments très concentrés et commercialisés sous la forme de compléments alimentaires, ont montré une efficacité dans la prise en charge de la dépression, selon la Fédération mondiale des sociétés de psychiatrie biologique et le réseau canadien pour le traitement de l'humeur et de l'anxiété», complète le Dr Fond. Ces institutions recommandent l'oméga 3, le zinc, la vitamine D, la vitamine B9 active et les probiotiques (la plupart des préparations commerciales sont constituées de bactéries lactiques) pour traiter les troubles psychiatriques. Absorbés en quantité et sur une durée suffisantes, ils sont susceptibles d'avoir un effet bénéfique.

Mieux manger tout en se faisant plaisir

L'appétit baisse, les aliments n'ont plus de goût, l'assiette paraît trop ou pas assez remplie... Cuisiner s'avère une corvée, tout comme faire les courses. Les horaires des repas deviennent anarchiques, leur composition également. Pourtant, une alimentation déséquilibrée et carencée en oméga 3, en vitamine B9 et en zinc, entre autres, risque d'entretenir la dépression. Il faut donc essayer de faire évoluer ses habitudes, même si ça semble compliqué, car plusieurs études prouvent que cela peut être efficace. L'important étant de respecter ses envies et d'y aller à son rythme. «Il est conseillé

OBÉSITÉ ET DÉPRESSION S'AUTO-ENTRETIENNENT

L'obésité et la dépression progressent depuis des décennies. L'incidence de l'obésité a doublé dans la population française depuis 1997, passant de 8,5 à 17 % aujourd'hui, s'alarme l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) dans un rapport remis en avril 2023 au ministre de la Santé. Et cette prévalence pourrait atteindre de 25 à 29 % d'ici à 2030, selon des projections de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Or, le lien entre ces deux pathologies est étroit; les personnes obèses sont davantage exposées à la dépression. «La grossophobie



de la société joue un rôle, mais le mécanisme essentiel est biologique et propre à la personne, explique le Dr Guillaume Fond, psychiatre à Marseille (13). De fait, les adipocytes amassés autour des intestins libèrent des cytokines dans le sang, et ces hormones sont à l'origine d'une inflammation généralisée, qui concerne aussi le cerveau et altère les réseaux neuronaux impliqués dans la régulation de l'humeur.» Les personnes dépressives, de leur côté, ont tendance à devenir obèses parce qu'elles réduisent leur activité physique, ont davantage de compulsions alimentaires, dorment mal...

de remplacer les produits ultratransformés par d'autres non transformés mais qui procurent du plaisir; en se focalisant sur ce qu'on ajoute à l'alimentation plutôt que sur ce qu'on enlève, précise le Dr Fond. C'est le meilleur moyen de changer durablement. Cela peut se faire progressivement si la transition est difficile.» ■

(1) Auteur de Bien manger pour ne plus déprimer
– Prendre soin de son intestin pour prendre soin de son cerveau (Odile Jacob, avril 2022).

BOUGER POUR ALLER MIEUX

Fatigue, démotivation, indécision et perte de plaisir : ces signes de prédépression conduisent à s'isoler. On devient sédentaire, et la maladie apparaît...

La sédentarité provoque un déconditionnement musculaire qui aggrave une grande fatigue, un manque de motivation... Le cercle vicieux s'installe. Pour le rompre et échapper au mal-être, pratiquer une activité physique régulière s'avère efficace. Les effets du mouvement, étudiés depuis des dizaines d'années, montrent des bénéfices indiscutables sur les personnes souffrant d'épisodes dépressifs légers à modérés, en améliorant leur qualité de vie. En outre, l'exercice diminue le risque de récurrence quand il est maintenu après la rémission. L'activité physique a fait ses preuves en complément de la psychothérapie et des antidépresseurs. Des études ont même mis en évidence le fait qu'elle pouvait guérir une dépression à elle seule, à condition qu'elle soit adoptée par le patient sur la durée. *« Cette pratique fait aussi bien, voire mieux que les médicaments, avec très peu d'effets secondaires »*, affirme Nathalie Catajar, médecin généraliste et du sport, directrice de la Fondation des Amis de l'Atelier. Au point que l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) recommande

qu'elle soit prescrite avant tout traitement médicamenteux dans son expertise collective intitulée « Activité physique. Prévention et traitement des maladies chroniques ». Y recourir devrait être *« systématique et aussi précoce que possible »* dans le parcours de soins, soulignent ses auteurs.

Des mécanismes positifs entrent en jeu

Bouger accroît le bien-être général en réduisant les niveaux d'anxiété et de stress, en améliorant les fonctions cognitives, la qualité du sommeil, l'estime de soi et le lien social. Mais comment ? Il a été démontré que les muscles communiquent avec d'autres organes via des substances qu'ils sécrètent lorsqu'ils se contractent, appelées les myokines. Des travaux récents ont prouvé que certaines d'entre elles ciblent l'hippocampe, structure cérébrale impliquée dans la régulation de l'humeur et l'acquisition de connaissances (la mémoire). L'activité physique a également une action anti-inflammatoire et provoque la sécrétion de

OÙ PRATIQUER ?

● **Dans les Maisons sport-santé.** Une carte interactive les recense sur [Sports.gouv.fr/decouvrez-les-maisons-sport-sante-les-plus-proches-de-chez-vous-389](https://sports.gouv.fr/decouvrez-les-maisons-sport-sante-les-plus-proches-de-chez-vous-389).

OÙ SE RENSEIGNER ?

- Le Pôle ressources national sport santé bien-être
- **Pole-sante.creps-vichy.sports.gouv.fr**
- La Fédération française sports pour tous
- **Sportspourtous.org**
- Les agences régionales de santé ➤ **Ars.sante.fr**
- La Fédération française d'éducation physique et de gymnastique volontaire ➤ **Ffepgv.fr**
- Le groupe associatif Siel bleu ➤ **Sielbleu.org**
- Les délégations régionales académiques à la jeunesse, à l'engagement et aux sports ➤ **Drdjcs.gouv.fr**



substances analgésiques, telles les bêta-endorphines. Enfin, on a observé, lors d'une séance sportive, une augmentation de la concentration des neurotransmetteurs « antidépression » (sérotonine, noradrénaline, dopamine), ainsi qu'une meilleure circulation sanguine dans le cerveau.

Le sport, c'est aussi sur ordonnance

En juillet 2022, la Haute autorité de santé (HAS) a publié une synthèse détaillant les conditions de prescription d'une activité physique comme traitement de la dépression. On parle alors d'activité physique adaptée (APA). « Ces recommandations sont encore insuffisamment connues des médecins généralistes », regrette le Dr Catajar. Pourtant, une dépression légère à modérée peut être traitée en première intention par un programme d'APA. D'une durée de trois mois renouvelable, celui-ci doit comporter au minimum trois séances hebdomadaires de 30 à 60 minutes d'exercices d'endurance et de renforcement musculaire. Dans les dépressions modérées à sévères, il peut être mené en association avec un antidépresseur et/ou une psychothérapie. Hélas, la loi ne prévoit pas de remboursement de l'APA; seules quelques mutuelles proposent une prise en charge financière.

A savoir Avant la reprise du sport, on préconise une évaluation du risque cardiovasculaire, car ce dernier peut être augmenté lors d'une dépression. « S'il est élevé, une épreuve d'effort est conseillée pour les activités physiques d'intensité élevée, remarque la spécialiste. Les patients qui suivent un traitement antidépresseur par imipraminiques devraient d'ailleurs tous bénéficier

d'un électrocardiogramme. » Le risque de sédation ou d'hypotension orthostatique (baisse de la pression artérielle se produisant lorsque l'on passe de la station assise ou couchée à la position debout, et qui peut entraîner vertiges, étourdissements, évanouissements ou sensation de faiblesse), lié à la prise d'antidépresseurs, est aussi à mesurer lors de la prescription d'une activité physique.

Dans tous les cas, « il est recommandé aux patients souffrant de dépression d'être moins sédentaires, c'est-à-dire de passer moins de temps assis », rappelle Nathalie Catajar. Les activités sédentaires (devant les écrans...) devraient représenter moins de sept heures par jour, selon la HAS, qui préconise d'interrompre les longues périodes en station assise en se levant (au moins une minute toutes les heures).

Adopter une activité adaptée

Une méta-analyse parue dans le *British Medical Journal (BMJ)*, en février, révèle que le jogging, la marche, le yoga et le renforcement musculaire font partie des activités les plus efficaces, a fortiori lorsque leur pratique est élevée. Pour autant, dans le cadre d'un programme d'APA, « il est essentiel que le médecin présente au patient des activités correspondant à ses envies, et que ce dernier bénéficie d'un accompagnement initial et d'un suivi, prévient le Dr Catajar. L'idéal, c'est que le praticien prescripteur soit en lien avec la personne qui réalisera la mise en œuvre du programme. Ce peut être un professionnel de l'activité physique adaptée, un kinésithérapeute, un ergothérapeute, un psychomotricien ou un éducateur sportif. Il doit savoir évaluer le niveau d'effort que le patient peut atteindre pour en retirer des bénéfices. »

Afin d'obtenir des résultats, il faut impérativement tenir compte de la motivation du patient. « Proposer à une personne dépressive qui a du mal à sortir de son lit de courir 10 km par jour, même si elle aime le footing, c'est voué à l'échec, souligne Nathalie Catajar. On doit y aller petit à petit, l'accompagner sur de petites séances de running de 10 minutes, additionnées d'un peu d'exercices de souplesse et de renforcement musculaire. La progressivité est le gage du maintien de l'activité. » ■



SE RÉCONCILIER AVEC SES NUITS

Un tiers des Français souffriraient d'insomnie chronique, soit des troubles du sommeil plus de trois fois par semaine depuis plus de trois mois. Un problème à ne pas prendre à la légère, car souvent signe avant-coureur de dépression.

Parmi les 30% de la population souffrant d'insomnie chronique, 10% ont une insomnie sévère. *«Elle se caractérise par des difficultés d'endormissement ou de maintien du sommeil pendant la nuit, mais aussi par un retentissement dans la journée, avec de la fatigue, des difficultés de concentration, une altération de la vigilance et de l'humeur»,* précise Agnès Brion⁽¹⁾, psychiatre, membre de la Société française de recherche et médecine du sommeil (SFRMS) et secrétaire générale du Réseau Morphée. *«Elle fait souffrir 24 heures sur 24.»* Rien à voir, donc, avec la situation d'un petit dormeur qui, malgré une courte nuit, se sent frais et reposé le matin.

L'insomnie est souvent un signe avant-coureur de la dépression. Le raccourcissement des nuits apparaît avant les autres symptômes: perte du désir, culpabilité, tristesse et lenteur. Répété nuit après nuit, le manque de sommeil fragilise la résistance vis-à-vis du stress et des agressions de la vie de tous les jours. Il rend plus sensible, plus irritable et, bien sûr, plus fatigué. En accentuant la détresse psychologique, il entraîne dans un véritable cercle vicieux dont on aura du mal à se sortir seul.

Ainsi un sommeil trop réduit, voire trop fractionné, peut favoriser la dépression, et même provoquer une rechute quand elle est traitée. Mais est-ce que ce sont les troubles du sommeil qui rendent plus vulnérable à la dépression, ou la dépression qui amoindrit la qualité du sommeil? *«Une insomnie sévère durable fera l'objet d'un bilan médical et psychologique ciblé, puis d'un protocole de soins dédié. Ce dernier doit être indépendant du traitement de la dépression associée à l'insomnie, ou complémentaire. D'autant que traiter cette seconde peut améliorer la dépression»,* poursuit le D^r Brion.

Un rythme biologique de l'humeur

De 65 à 75% des personnes déprimées se plaignent d'insomnie ou d'hypersomnie, voire des deux. *«Et 40% d'entre elles présentent une hypersomnolence la journée. Ce qui n'est pas habituel dans l'insomnie courante non dépressive où, au contraire, on n'arrive pas du tout à faire la sieste»,* constate le D^r Brion. Le réveil matinal précoce, deux heures avant l'heure souhaitée, est caractéristique d'un épisode dépressif. Il s'accompagne de difficultés d'endormissement, et d'éveils nocturnes si l'on est anxieux. D'ailleurs, les individus déprimés décrivent l'aube comme «l'heure de l'angoisse», durant laquelle ils ne voient pas comment affronter la journée qui s'annonce. *«Il est fréquent que leur moral s'améliore au fil de la journée, ajoute-t-elle. Car il existe un rythme biologique de l'humeur, même chez les personnes en bonne santé mentale.»*

Si vos insomnies persistent, mieux vaut consulter.





LES APNÉES DU SOMMEIL EXPOSENT À LA DÉPRESSION

Trois millions de personnes en France sont affectées par un syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS). Il se caractérise par des arrêts respiratoires répétés pendant que l'on dort (jusqu'à plusieurs centaines de fois dans la nuit), provoqués par une obstruction des voies respiratoires. Cela peut entraîner divers symptômes : fort ronflement, somnolence en journée, réveils multiples dans la nuit pour uriner... N'hésitez pas à consulter si vous les constatez, car ils peuvent à leur tour conduire à des symptômes de dépression – sommeil non réparateur, fatigue, irritabilité, difficultés de concentration, troubles de la mémoire... D'ailleurs, 18 % des apnéiques suivent un traitement antidépresseur (source : Institut national du sommeil et de la vigilance).

Au cours de la dépression, la durée totale du sommeil est réduite et sa qualité, altérée. Le temps passé en sommeil lent profond (le plus récupérateur) diminue; celui passé en sommeil paradoxal, qui joue un rôle dans le traitement des informations enregistrées la veille, est perturbé. Normalement, cette dernière phase prédomine en deuxième partie de nuit, mais chez la personne déprimée, elle apparaît bien plus tôt, et sa durée s'allonge. *«De façon générale, les rêves conçus au cours du sommeil paradoxal sont davantage construits, et leur contenu émotionnel est plus important que ceux qui surviennent lors d'autres phases du sommeil, détaille le Dr Brion. Les mauvais rêves et les cauchemars ont probablement une fonction d'adaptation, ce qui est positif. Toutefois, faire trop de cauchemars peut être associé à de la dépression.»*

Les bienfaits de la luminothérapie

La signification exacte des anomalies du sommeil au cours de la dépression n'est pas encore connue, mais on note que d'autres rythmes sont altérés durant un épisode caractérisé, comme ceux de la température corporelle. Cela suggère qu'il s'agirait d'un trouble chronobiologique (lire l'interview de Xavier Bonnefont p. 80). Une hypothèse que renforcent les bons résultats de la luminothérapie. Celle-ci est utilisée pour resynchroniser les rythmes circadiens du patient via une exposition matinale

à la lumière intense, mais aussi en traitement des dépressions résistantes par la privation de sommeil. *«La luminothérapie s'avère très efficace en deuxième partie de nuit, observe le Dr Brion. Ce qui suggère que le réveil matinal précoce du déprimé est peut-être une tentative physiologique de lutter contre la dépression, grâce à des mécanismes chronobiologiques.»*

Au quotidien, la plupart des bonnes habitudes qu'il faut adopter afin de retrouver un sommeil réparateur ont pour objectif de resynchroniser les rythmes biologiques.

- > **Se coucher et se lever** à heure fixe, y compris le week-end. Ne pas prolonger le sommeil le matin, car la grasse matinée plombe l'humeur.
- > **S'exposer** à la lumière naturelle le matin, le plus tôt possible.
- > **Pratiquer** une activité physique régulière, mais pas pendant les deux heures qui précèdent le moment d'aller au lit.
- > **Éviter** les siestes de plus de 30 minutes, qui prennent sur le temps de sommeil la nuit. ■



A. LISEIKO/ISTOCK

(1) Mieux dormir avec l'hypnose ! Soigner autrement l'insomnie, les angoisses et les mauvais rêves..., Agnès Brion, (éd. In press, 2019). Psychothérapies des troubles du sommeil de l'adulte, Isabelle Poirot et Agnès Brion (éd. Elsevier Masson, 2024).

XAVIER BONNEFONT Chercheur au CNRS,
spécialiste des rythmes biologiques

« LA DÉPRESSION ALTÈRE DE NOMBREUX RYTHMES »

Q C Qu'est-ce qu'un rythme biologique ?

Xavier Bonnefont Il s'agit d'un phénomène physiologique qui se répète à intervalles réguliers, comme les battements cardiaques ou les rythmes circadiens, qui se déroulent sur environ 24 heures. Le plus connu d'entre eux est l'alternance veille/sommeil, mais toutes nos fonctions physiologiques sont soumises à un rythme circadien: la température corporelle (plus élevée en milieu de journée que le matin au réveil), la pression artérielle, la sécrétion des hormones... Elles connaissent des pics et des creux au cours de ces 24 heures. Tous ces rythmes sont pilotés par une horloge biologique.

Q C Où se trouve notre horloge interne ?

X. B. En fait, chacun de nos organes contient son horloge ! Mais il existe une horloge centrale, située dans l'hypothalamus, au niveau du cerveau, qui synchronise l'ensemble, un peu comme un chef d'orchestre. Elle se remet à l'heure chaque jour grâce à l'alternance entre la lumière et l'obscurité. L'évolution l'a calée pour qu'elle fonctionne sur un cycle de 24 heures environ, afin que nous soyons en phase avec notre environnement. On a tous en nous cette capacité à « compter » le temps, et elle subsiste même sans stimulation extérieure. Des expériences conduites avec des spéléologues dans des grottes, mais aussi en laboratoire, l'ont montré.

Q C Qui la pilote ?

X. B. Notre patrimoine génétique... En 2017, le prix Nobel de médecine a récompensé Jeffrey C. Hall, Michael Rosbash et Michael W. Young pour leurs découvertes du *Period*, un gène « horloge »

impliqué dans les mécanismes moléculaires qui contrôlent les rythmes circadiens. Il n'existe sans doute pas une fonction ou un organe à l'abri de l'influence de ce gène. Il est aussi impliqué dans certains troubles comme la dépression.

Q C Cela a-t-il un rapport avec le fait d'être du soir ou du matin ?

X. B. Comme toutes les caractéristiques physiologiques codées génétiquement – la couleur des yeux, la taille... –, l'horloge biologique diffère d'un individu à l'autre. Chez l'humain « moyen », elle tourne sur 24h30 environ. Pour certains, elle va un peu plus vite que la moyenne, et fait le tour du cadran en 24 h. Ces personnes ont tendance à être couche-tôt/lève-tôt; elles ont un chronotype du matin. D'autres présentent une horloge un peu plus lente que la moyenne, qui fonctionne sur 25 h. Elles sont alors plutôt couche-tard/lève-tard. On parle de chronotype du soir. Heureusement, l'exposition à la lumière naturelle remet toutes les horloges à l'heure et évite ainsi qu'elles ne retardent ou n'avancent un peu plus chaque jour. Quelques individus possèdent toutefois un chronotype extrême (leur horloge tourne extrêmement lentement ou vite); il est plus compliqué pour eux de se recalculer sur les 24 h. Quoi qu'il en soit, ceux avec un chronotype

L'exposition à la lumière naturelle remet toutes les horloges à l'heure



du soir sont plus exposés à la dépression, parce qu'il leur est plus difficile d'être en phase avec leur environnement social, ce qui peut générer de l'anxiété et des troubles de l'humeur.

Q C Il existe donc un lien entre dépression et troubles du rythme ?

X. B. En effet. De nombreuses études épidémiologiques l'ont montré. Il est probable que la dépression entretient les troubles du rythme et vice versa. Les personnes dépressives présentent souvent un retard de phase. Certes, elles se réveillent très tôt (vraisemblablement parce que leur sommeil est altéré), mais elles n'arrivent pas à se lever et finissent souvent par retrouver le sommeil, parce que leur horloge biologique leur commande de dormir davantage. La dépression altère de nombreux rythmes: elle commence par celui du sommeil, ce qui perturbe les autres en cascade. On observe ainsi un décalage du pic de température, de la sécrétion des hormones comme le cortisol ou la mélatonine.

Q C Quel est le rôle de la mélatonine ?

X. B. Cette hormone, fabriquée notamment dans le cerveau, a une action sédatrice. Elle aide à s'endormir en inhibant les neurones de l'éveil et en stimulant ceux qui contrôlent le sommeil.

8

contrôlée par l'horloge biologique. L'heure où survient le pic de mélatonine, la nuit, permet de déterminer le chronotype d'une personne. Chez celles dont l'horloge tourne lentement, ce pic est retardé, ce qui explique qu'elles se couchent tard. Il l'est aussi dans la dépression.

Q C Certaines maladies sont-elles susceptibles de perturber l'horloge interne, et donc de provoquer une dépression ?

X. B. On suppose que c'est le cas pour les maladies thyroïdiennes, par exemple. Au-delà des problèmes métaboliques et de fatigue, de nombreux patients dysthyroïdiens se plaignent d'une certaine irritabilité et de déprime, allant jusqu'à un état dépressif. Bien sûr, ces symptômes ont très probablement des causes multiples qu'il convient de déterminer pour une meilleure prise en charge des malades, notamment lorsque le traitement de substitution hormonale tarde à faire effet. Toutefois, plusieurs observations suggèrent que l'horloge biologique tourne trop vite ou trop lentement chez les patients dysthyroïdiens. Notre laboratoire a lancé un projet de recherche afin de comprendre comment les dysfonctionnements thyroïdiens altèrent l'horloge, d'évaluer dans quelle mesure ces altérations sont associées aux troubles de l'humeur et, enfin, d'identifier de possibles mécanismes cibles pour un meilleur accompagnement thérapeutique des malades.

Q C Comment les personnes du soir peuvent-elles éviter un trouble du rythme ?

X. B. Celles qui s'estiment «trop» du soir peuvent s'exposer à la lumière naturelle le matin et porter des lunettes de soleil en fin de journée, pour ne pas retarder la sécrétion de mélatonine. De même, mieux vaut éviter les écrans dans les deux heures qui précèdent le coucher, car les LED émettent une lumière bleue aux longueurs d'onde qui bloquent la production de mélatonine. ■

NOTRE SMARTPHONE : UN PSY DANS LA POCHE ?

Des applis mobiles et, depuis peu, l'intelligence artificielle proposent une approche complémentaire, sinon alternative, à la psychothérapie. Qu'en penser ?

Un tour sur l'Apple Store ou sur Google Play suffit pour constater qu'il existe pléthore d'applications censées améliorer ou conforter notre bien-être.

Citons notamment celles de type *mood tracker* («suivi de l'humeur»), qui promettent d'optimiser notre santé mentale en tenant un journal quotidien de nos pensées, de nos activités, de nos sentiments, etc. L'idée ? Mieux comprendre les variations de notre humeur en identifiant ce qui l'influence ou non. Incitant à la régularité, elles peuvent être utiles pour apprendre à décrire ce que l'on ressent, mais aussi dans le travail auprès d'un thérapeute, ou pour aider à évaluer l'efficacité d'un médicament contre la dépression.

D'autres applis proposent carrément une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) à distance. Outre une autonomisation du patient, cette approche distancielle aurait comme avantage d'augmenter l'accès à ce type de soins... et, bien sûr, de diminuer les dépenses de santé. En avril 2024, la *Food and Drug Administration*, l'agence américaine des produits de santé, a validé le premier traitement

numérique contre la dépression: une appli mobile nommée Rejoyn, qui sera disponible aux États-Unis fin 2024 et nécessitera une ordonnance avant d'être téléchargée. Destinée aux patients sous anti-dépresseurs de 22 ans et plus, souffrant de trouble dépressif majeur diagnostiqué, cet outil contient un programme de six semaines combinant TCC et entraînement cognitif émotionnel. Ce dernier consiste à identifier des émotions sur des visages, exercice censé stimuler certaines zones du cerveau impliquées dans la dépression. Innovante, Rejoyn serait somme toute d'une efficacité limitée en comparaison avec d'autres applis. Dans tous les cas, la TCC à distance exige engagement et rigueur de la part des malades, mais aussi le repérage préalable, par un médecin, des personnes chez qui cette approche pourrait s'avérer fructueuse.

Quid des chatbots ?

Les chatbots, ou agents conversationnels, sont des robots conçus pour échanger de façon «humaine» avec un utilisateur, sur un site internet

CONTRE LES IDÉES SUICIDAIRES : HOP MA LISTE

Gratuite, anonyme et confidentielle, l'application Hop ma liste a été développée par des professionnels de santé. Elle contribue à faire face aux idées suicidaires en aidant à repérer les moments

à risque, à surmonter une crise et/ou à demander du secours. L'outil comprend quatre modules : une liste avec les numéros des personnes à prévenir, la liste de ses raisons de vivre, ses signes d'alerte

et ses activités de décentration, une boîte personnelle rassemblant tout ce qui donne espoir (chansons, photos, vidéos...), un journal de gratitude et des ressources (fiches conseils, sites web, etc.).





POUR FAIRE AVANCER LA RECHERCHE : MENTALO

Mentalo est un projet de recherche participative lancée par l'Inserm pour évaluer, via une application confidentielle et sécurisée, le bien-être mental des 11-24 ans. Cette étude a été légitimée par la nette dégradation de la santé mentale des adolescents et des jeunes adultes ces dernières années.

Ludique, elle fonctionne par questionnaires, parrainages et système de points (avec des récompenses, comme des accès à des événements culturels et sportifs). Le projet vise à collecter des données auprès de 50 000 jeunes au moins (d'ici à fin 2024), qu'ils soient collégiens, lycéens, étudiants, actifs ou inactifs. Commencé en mai 2024, le recrutement des participants va s'étendre sur un an. L'enquête, elle, se clôturera en 2026. Pour participer, rendez-vous sur Etude-mentalo.fr ou sur Instagram, @etudementalo.



ou une application. Si le plus connu actuellement est sans aucun doute ChatGPT, Alexa ou Google Assistant sont également des chatbots. Aidés par l'intelligence artificielle (IA), ils vont probablement trouver leur place dans le domaine de la santé mentale. De fait, ils disposent d'atouts indéniables par rapport à des soignants en chair et en os : tout le temps disponibles, polis, affables, courtois, empathiques, dans le non-jugement, discrets... Des thérapeutes parfaits ? Tant s'en faut, car cette technologie en plein essor a encore des défauts, comme le souligne Arnaud Bressot, développeur free-lance spécialisé en IA et santé mentale, dans un article dédié sur LinkedIn. Ainsi, parfois, l'IA ne comprend pas, répond de manière répétitive ou stéréotypée. De quoi frustrer l'utilisateur, voire briser le lien et le pousser à mettre fin à la conversation. Se pose aussi, évidemment, la question des données personnelles : c'est une chose de se confier à son thérapeute soumis au secret médical, ç'en est une autre d'écrire sur le Web à un robot !

Nous avons testé ChatGPT

À l'occasion de ce hors-série consacré à la dépression, nous avons voulu tester ChatGPT. Nous lui avons indiqué nous sentir seul, déprimé et en proie à des idées suicidaires. Il a semblé faire preuve de bienveillance, d'écoute et d'empathie en validant nos émotions, et nous a invité

à en parler autour de nous, à trouver des personnes ressources, voire à consulter. Lorsque nous lui avons demandé du concret, des numéros d'aide, il nous a bien orienté (vers SOS Suicide Phénix et SOS Amitié). Pas sûr, par contre, qu'il se montre aussi efficace et à l'écoute sur le long cours, le caractère répétitif de ses réponses nous étant apparu lors de ce bref échange.

Plusieurs psychiatres ont déjà fait part de leur scepticisme et de leurs réserves vis-à-vis des services numériques. Ils estiment qu'à ce stade, aucune application ni chatbot ne remplacent une prise en charge « dans la vraie vie ». Ils peuvent éventuellement aider en pré-diagnostic, afin de pousser à consulter, ou en parallèle d'un traitement classique. Mais mieux vaut, a minima, en discuter avec un médecin, et envisager ces approches comme des éléments de plus dans notre boîte à outils, ou encore pour pallier l'absence de séances sur une période donnée (lors de congés, par exemple). ■



SOMMAIRE

86 Nos jeunes vont mal

90 Le post-partum,
un moment délicat

94 Des symptômes moins francs
chez les séniors

98 Quand l'hiver sape
totalement le moral

À chaque moment de la vie



Nous sommes plus fragiles à certains moments qu'à d'autres, notamment lors de changements hormonaux. Ainsi l'ado, la jeune maman ou la personne âgée risquent plus de faire une dépression, chacun selon des modalités particulières (symptômes somatiques ou psychiques). Les autorités et le corps médical se mobilisent... dans la limite de leurs moyens. En outre, il est parfois difficile de diagnostiquer la pathologie. Or, une dépression périnatale, par exemple, doit être prise en charge au plus vite, car elle affecte aussi le bébé et la relation parent-enfant. Chez les séniors, la maladie est encore sous-estimée et sous-traitée. Quant aux adolescents, ils sont particulièrement touchés depuis le covid.

NOS JEUNES VONT MAL

On ne compte plus les rapports faisant état de la dégradation de la santé mentale des ados. La situation inquiète les autorités autant que le corps médical.

Période de bouleversements s'il en est, l'adolescence est l'objet de changements et de transformations physiques, psychiques, cognitives, sociales considérables. Et si l'évolution cérébrale varie beaucoup d'un individu à l'autre, il est établi que le cerveau n'est mature qu'autour de 25 ans. De fait, adolescence et début de la vie d'adulte sont des périodes à risque. Comme l'écrivent Aurore Boulard et Cédric Leclercq, respectivement psychologue et psychiatre, dans leur ouvrage *Ado, déprimé ou dépressif?* (éd. De Boeck), toute la difficulté est de repérer les signes vraiment inquiétants au milieu de tous les évolutions en cours. Et ce d'autant que l'adolescent a souvent du mal à exprimer ses ressentis, et à accorder sa confiance à un adulte.

Des manifestations diverses

Dans cette tranche d'âge, aucun symptôme n'est spécifique à la dépression, celle-ci peut davantage s'exprimer par des plaintes de nature somatique



(maux divers et changeants, sans aucune cause physique retrouvée après examen par un médecin) que chez les adultes. Le corps est perçu comme un fardeau, un empêchement. L'ado dépressif est à fleur de peau, il se montre irritable – se mettant en colère ou pleurant pour des raisons pour lesquelles il n'aurait pas réagi ainsi avant, ce qui choque l'entourage. Il arrive également qu'il fasse preuve d'agressivité, de mépris et d'indifférence, avec le sentiment que tout le monde se ligue contre lui.



DÉPRESSION OU CRISE D'ADOLESCENCE ?

Là où la crise d'ado semble s'étendre sur des mois sinon des années, avec des hauts et des bas, l'épisode dépressif survient plus brutalement,

en quelques semaines, du moins au niveau des symptômes. Leur durée et leur gravité sont aussi à considérer : on regardera s'ils s'installent

dans le temps (au moins 15 jours), avec un retentissement sur le quotidien (habitudes, activités, relations sociales...). Mieux vaut consulter quand l'ado

présente des signes, même s'il ne s'agit finalement que d'une déprime passagère, plutôt que risquer de passer à côté d'une dépression qui débute.



FILLES/GARÇONS DES DIFFÉRENCES NOTABLES

Du fait d'hormones, mais aussi d'attentes sociétales spécifiques à chaque sexe, filles et garçons n'ont pas exactement les mêmes symptômes : les « affects dépressifs » (tristesse, larmes...) sont plus fréquents et plus visibles chez les premières que chez les seconds, qui, eux, cachent davantage leurs émotions et sentiments, pleurent peu et/ou en cachette. Ils ont, en revanche, davantage de comportements violents (mépris, irritabilité, agressivité, conduites à risque).

notamment) et d'une fatigue importante en découlant, accompagnés selon les cas de troubles de l'appétit et de désintérêt pour la nourriture. Enfin, il risque d'adopter des comportements problématiques (consommation d'alcool et de drogues, conduite/sports dangereux, « mauvaises»

rencontres...) dans une sorte d'automédication, de moyen de défense face à la dépression. Le symptôme «no future» apparaît également : l'adolescent dépressif ne parvient pas à se projeter, se sent comme dans une impasse. Des idées suicidaires peuvent lui venir, la mort étant envisagée comme le seul moyen de sortir de ce cul-de-sac.

L'écueil dans lequel parents, proches ou même médecins risquent de tomber est connu : confondre certains signes de la dépression avec ceux de la fameuse « crise d'ado », formule populaire renvoyant à l'ensemble des troubles et des comportements difficiles, sinon conflictuels, qui interviennent durant la période de transition entre enfance et âge adulte. Gardons-nous, par conséquent, de conclusions hâtives face à un jeune présentant plusieurs des symptômes énoncés ici. Et rappelons que les plaintes somatiques, l'agitation, les difficultés scolaires et le repli sur soi ne sont pas l'expression d'une « simple » crise d'ado, mais bien d'un mal-être psychique qu'il convient de considérer et de prendre en charge. >>

Hostilité et retrait social, qui font partie des signes évocateurs, sont parfois accompagnés d'un ralentissement psychomoteur (une parole et des mouvements plus lents, un charisme en baisse) – ce dernier pouvant être physiquement visible (posture de repli sur soi, tête penchée, épaules rentrées). On note aussi une certaine inertie, voire une léthargie ; il est possible que l'adolescent subisse une baisse de ses capacités de concentration. Cela va se répercuter sur ses résultats scolaires, et les parents, alertés par les notes ou par le corps enseignant, sont souvent poussés à consulter. À savoir : de telles difficultés peuvent faire soupçonner un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) – or, ce dernier est en général présent bien plus tôt dans la vie de l'enfant, et ici, le changement est soudain et manifeste. Cela dit, dépression et TDAH sont parfois associés, le second augmentant le risque de subir la première et vice versa.

Le jeune en souffrance va éventuellement souffrir de problèmes de sommeil (réveils nocturnes, cauchemars et difficultés d'endormissement,



TOUT-PETITS SAVOIR LES ÉCOUTER ET LES OBSERVER

On a longtemps pensé qu'un bébé ne pouvait pas souffrir de dépression. S'il est difficile de concevoir qu'il se trouve dans un état dépressif, il l'est aussi de le voir ! Ne sachant pas exprimer ses émotions et encore moins les réguler, le tout-petit traduira autrement son mal-être psychique. Pleurs, gémissements, crises de colère, agitation, irritabilité, perte d'intérêt pour le jeu ou les interactions sociales, manque

de réactions aux stimuli, passivité, absence d'appétit, atonie et inertie psychomotrice sont quelques-uns des symptômes d'une santé mentale dégradée chez le très jeune enfant. Plus grand, il le manifestera beaucoup par des troubles psychosomatiques : problèmes de sommeil, d'alimentation, douleurs inexpliquées et répétées (il a toujours mal quelque part)... Passé 5 à 7 ans, l'enfant va

exprimer sa souffrance par certaines phrases du type « J'ai pas envie », « Je m'en fiche », « Je suis nul », « C'est ma faute », signalant une perte d'estime de soi, d'intérêt et de plaisir, un sentiment de culpabilité et d'impuissance, des troubles de l'attention, de la mémoire et de la concentration. Des changements soudains dans le comportement, notamment à l'école, doivent aussi alerter les parents.

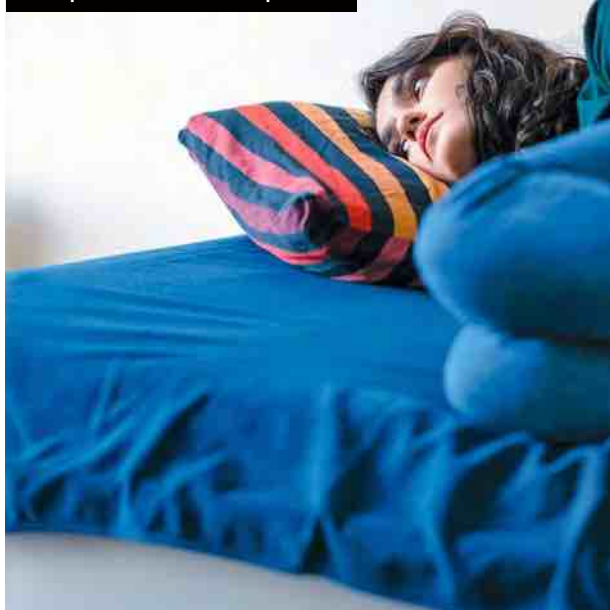
>> La Haute autorité de santé (HAS) signale aussi le caractère fluctuant des symptômes dépressifs, qui peuvent s'exprimer différemment selon les lieux fréquentés (maison, collège, club sportif...) et l'environnement (culturel, familial, relationnel) dans lequel évolue le jeune. Évidemment, tout cela rend la dépression de l'adolescent encore plus complexe à repérer.

Cultiver confiance et dialogue

« Les parents ont un outil merveilleux : la parole », souligne Sébastien Ponnou, psychanalyste et coauteur du livre *Le silence des symptômes – Enquête sur la santé mentale et le soin des enfants* (Champ social éditions). Le spécialiste les encourage donc à cultiver des espaces de parole avec leur enfant – et ce dès son plus jeune âge, en l'incitant à dire ce qu'il ressent –, mais également avec le corps enseignant et éducatif, afin de trouver des aménagements et des solutions en cas de mal-être. Parce que les parents sont « de très bons observateurs de [leur] adolescent », estiment Aurore Boulard et Cédric Leclercq dans leur ouvrage dédié. Comme ils connaissent ses habitudes et les façons dont il exprime ses émotions, ils peuvent rapidement se rendre compte que quelque chose « cloche ». Ils vont « éprouver [son] mal-être », renchérit Sébastien Ponnou. Les poussant à rester à l'écoute de leur ressenti, le psychanalyste leur

conseille vivement de consulter au moindre doute ; le médecin de famille dans un premier temps, lorsqu'il y en a un, ou directement un pédopsychiatre ou un psychologue si le jeune y consent. Malheureusement, les ressources sont rares. D'ailleurs, selon Sébastien Ponnou, le manque de moyens humains en France, que ce soit dans les établissements scolaires (infirmières notamment) ou au sein des services de pédopsychiatrie, pourrait être l'une des causes d'une surprescription de médicaments psychotropes chez l'enfant et l'adolescent, faute de mieux.

Il faut être attentif à une jeune fille qui commence à prendre la pilule. Cela peut causer un état dépressif.



RECEP-BG/ISTOCK

Notons qu'il existe des lieux ressources, les centres médico-psychologiques (CMP) et les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), vers lesquels il ne faut pas hésiter à se tourner, notamment en l'absence d'alternative. On y trouve des professionnels formés et compétents pour prendre en charge enfants et adolescents jusqu'à l'âge de 20 ans. Ces structures sont composées d'équipes pluridisciplinaires, ce qui permet une diversité des approches et des interlocuteurs. Mais les délais de prise en charge des nouveaux patients y sont parfois très longs... Rappelons par ailleurs qu'une tentative de suicide ou des idées suicidaires constituent un motif légitime de consultation aux urgences psychiatriques.

Protéger le jeune et l'aider à aller mieux

À court terme, la prise en charge vise à protéger l'adolescent (du risque suicidaire, entre autres). À long terme, il s'agit de l'aider à retrouver estime et confiance en soi, et foi en l'avenir. La famille doit être incluse dans le processus de soins, «dans la mesure où la dépression est souvent liée à une problématique relationnelle avec les parents», écrit la HAS. Hugo Baup, psychiatre au centre hospitalier de Périgueux (24), précise que, dans ses recommandations de 2014 (les dernières en date

sur le sujet), l'institution préconise une thérapie de soutien de quatre à huit semaines avant de songer à toute forme de psychothérapie spécifique (thérapie cognitive et comportementale, systémique, psychanalyse). «Surtout, dans le cadre d'une dépression grave ou complexe, elle conseille d'orienter l'adolescent vers un pédopsychiatre au moindre doute», ajoute-t-il.

À propos de la psychanalyse, Sébastien Ponnou estime qu'il faut la percevoir comme un instrument de plus dans la boîte à outils de la santé mentale – à condition de choisir un praticien qui fait évoluer ses pratiques. Quant aux autres psychothérapies, la HAS indiquait en 2014 que «les données actuelles ne [permettaient] pas d'affirmer la supériorité d'un type sur un autre». En tout cas, les médicaments ne sont pas à utiliser en premier recours, car le cerveau de l'adolescent est encore en pleine maturation: le docteur Baup et Sébastien Ponnou sont d'accord sur ce point, conformément aux recommandations de la HAS. Cette dernière note que si les symptômes persistent après quatre à huit semaines de psychothérapie, «la prise en charge médicamenteuse pourra être envisagée, mais uniquement en association avec [elle]». Il est aussi possible de recourir aux médicaments «si le travail relationnel est impossible avec le thérapeute». S'agissant de l'hospitalisation, elle est réservée aux cas graves: lorsque le passage à l'acte suicidaire semble imminent ou dans un contexte familial défavorable. Hors situation d'urgence, c'est au pédopsychiatre d'évaluer la nécessité/l'intérêt de cette option. ■

OÙ TROUVER AIDE ET ÉCOUTE ?

Outre Suicide Écoute au 0145 39 40 00, SOS Suicide Phénix au 0140 44 46 45 et le 3114, numéro national de prévention du suicide, il existe des associations de soutien aux ados et/ou à leur famille. Citons Fil Santé Jeunes au 0800 235 236, Phare Enfants-Parents au 0143 46 00 62 (ou par e-mail à cavaoupas@phare.org)

et l'Union nationale des amis et familles de malades psychiques (Unafam) au 0142 63 03 03. N'oublions pas les points d'accueil écoute jeunes (Cartosantejeunes.org), les Maisons des adolescents (Anmda.fr) et les bureaux d'aide psychologique universitaires (Etudiant.gouv.fr, onglet «Info», rubrique «Votre santé»).

LE POST-PARTUM, UN MOMENT DÉLICAT

Survenant pendant ou après une grossesse, la dépression périnatale doit d'autant plus être prise en compte qu'elle affecte, outre la mère elle-même, son bébé et la relation parent-enfant.

Début avril 2024, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et Santé publique France ont publié leurs conclusions sur la mortalité maternelle dans notre pays entre 2016 et 2018. Il en ressort que, pour la première fois, le suicide apparaît comme la cause n° 1 des décès de mères (17% des 272 comptabilisés), devant les maladies cardiovasculaires (14%). Dans la période allant de 43 jours à un an après l'accouchement, le suicide représente même 74% des morts maternelles. La situation est donc plus que préoccupante, et la nécessité de mieux repérer et prendre en charge les troubles psychiques, notamment la dépression du post-partum, est clairement établie.

Une période de grande vulnérabilité

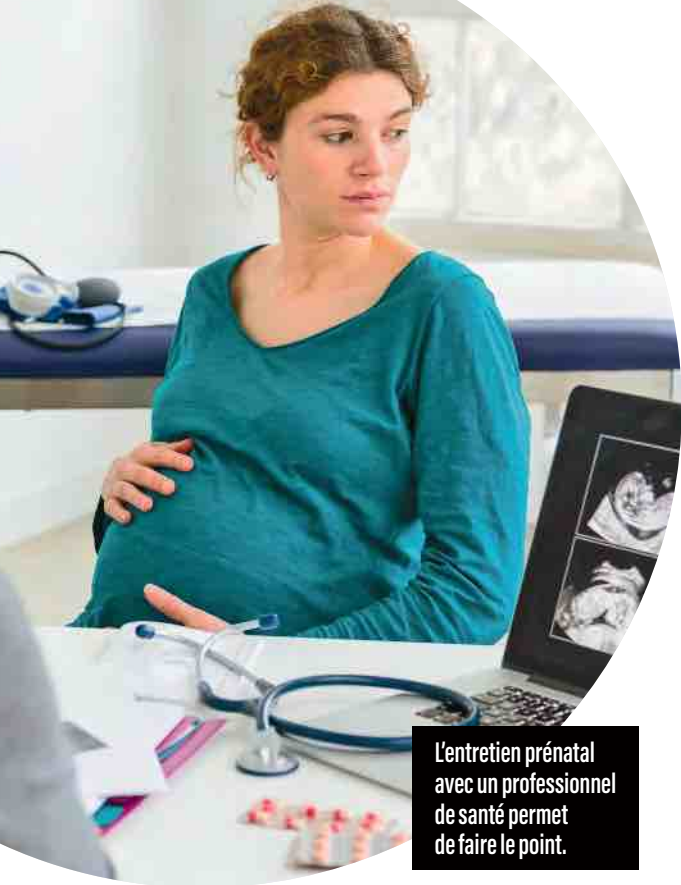
Durant la grossesse comme après, avec l'arrivée du bébé et sous l'action des hormones, *«le cerveau se réorganise de manière extrêmement profonde dans son architecture, avec notamment une hyperactivation des systèmes utilisés dans les interactions avec le nouveau-né, qui sont aussi impliqués dans la régulation émotionnelle»*, explique le Dr Anne-Laure Sutter-Dallay, cheffe de service de la filière de psychiatrie périnatale au centre hospitalier Charles-Perrens, à Bordeaux (33). *Le cerveau est donc dans une période de fragilité accrue. À cela s'ajoutent de nombreux facteurs de stress – la privation de sommeil en particulier.»*

Selon le Dr Sutter-Dallay, la dépression post-partum (après la naissance) est une expression un peu «fourre-tout», et parfois même un abus de langage, mais elle a au moins le mérite de

mettre en lumière le problème et les difficultés maternelles (voire parentales) qui suivent l'arrivée d'un bébé. De fait, les symptômes peuvent évoquer une dépression alors qu'il s'agit d'autre chose, de simples difficultés d'adaptation ou un sérieux trouble psychiatrique à prendre rapidement en charge. Car la frontière est mince entre le processus de réorganisation qu'implique la naissance d'un enfant, qui peut chambouler émotionnellement et physiquement, et la pathologie. Le Dr Sutter-Dallay préfère ainsi, aux termes de dépression post-partum, ceux de *«dysrégulation émotionnelle»*, bien qu'il y ait *«toujours un vrai risque de voir se formaliser des troubles mentaux»*. C'est pourquoi il est bon que la mère et, éventuellement, le père demandent de l'aide dès qu'ils sentent qu'ils perdent pied, pour éviter de tomber dans quelque chose de plus sérieux, et donc de plus compliqué à traiter.

Ne pas confondre avec le baby-blues

La dépression post-partum n'a rien à voir avec le baby-blues, ce «coup de cafard» qui intervient dans les deux à cinq jours suivant l'accouchement et disparaît tout aussi rapidement. S'agissant de la première, les symptômes s'installent durant plus de deux semaines, et leur description révèle des particularités liées à l'arrivée d'un bébé: sentiment d'être un mauvais parent, dépréciation, culpabilité, anxiété, angoisses, troubles du sommeil et de l'alimentation, hypervigilance. Cet état va durer de quelques semaines à plusieurs années... mais aussi se chroniciser, et récidiver



L'entretien prénatal avec un professionnel de santé permet de faire le point.

en l'absence de prise en charge. S'il existe des facteurs de risque dans l'avant-naissance, ou prépartum (antécédents de troubles psychiques, manque de soutien du coparent et/ou de l'entourage, grossesse non désirée, difficultés socio-économiques), certains sont spécifiques à l'après (baby-blues intense et, surtout, prolongé, séparation mère-enfant précoce à la naissance, bébé « irritable », manque de soutien, isolement).

Les pères, eux aussi concernés

De récents travaux suggèrent que les jeunes pères seraient également sujets à des dysrégulations émotionnelles, sinon à de réels épisodes dépressifs dans les mois qui suivent la naissance de leur enfant. En outre, « la fréquence des troubles augmente si l'un ou l'autre des coparents est déjà concerné », indique Anne-Laure Sutter-Dallay. Ainsi, une étude menée en France à partir de la cohorte Elfe⁽¹⁾, et publiée en janvier 2023 dans la revue scientifique *The Lancet – Public Health*, a permis d'estimer la prévalence de la forme masculine de la dépression post-partum. Celle-ci toucherait au moins 5 % >>



MAMAN BLUES, MILITANTE PAR NÉCESSITÉ

Seule association positionnée sur la difficulté maternelle (du baby-blues à la psychose puerpérale en passant par la dépression post-partum), Maman Blues (Maman-blues.fr) propose son soutien aux mères via des référentes disséminées à travers tout le territoire, des groupes de parole et une participation active au dispositif 1000 Premiers jours blues. Ce dernier permet l'autodiagnostic en ligne, l'accompagnement et l'orientation du parent en situation de fragilité. Mais Élise Marcende, présidente de Maman Blues, dénonce le manque de projection et l'absence de financement pérenne du système, renouvelé chaque trimestre depuis son lancement en 2021. Le dernier court jusqu'à l'automne 2024, date où l'équipe sera à nouveau dans le flou concernant sa poursuite... Fin février 2024,



l'association a lancé une pétition sur la plateforme Change.org pour expliquer son désarroi et « exhorter les acteurs politiques à maintenir leur engagement envers les familles ». « C'est vrai qu'on a pris un aspect plus militant qu'avant, car on se rend compte, avec beaucoup d'amertume, du décalage entre ce qui est annoncé et la réalité, martèle Élise Marcende. Ce qui existe déjà peine à fonctionner ! » L'association dit pallier les déficits de l'État, mais craint que cela ne suffise plus.

>> des pères, contre 15 à 16% des mères, selon les données obtenues auprès de 11 000 d'entre eux et 13 000 d'entre elles ayant répondu, deux mois après la naissance de leur bébé, au questionnaire élaboré par l'*Edinburgh Postnatal Depression Scale* (ou EPDS, lire aussi l'encadré ci-dessous). La dépression des pères se manifesterait par davantage d'irritabilité sinon d'agressivité, de violences conjugales et de comportements à risque, notamment une hausse de la consommation d'alcool ou de stupéfiants. Là encore, des facteurs de risque ont été identifiés: antécédents de dépression ou de trouble psychiatrique, difficultés sociales ou financières... Comme pour les mères, le soutien, le repos et la prise en charge psychologique peuvent suffire à ce que les choses reviennent dans l'ordre, et à ce que les pères trouvent leur place.



Des entretiens très utiles en prévention

Le Dr Sutter-Dallay insiste sur la nécessité d'agir dès le début de la grossesse, via un entretien prénatal précoce, notamment en cas de difficultés maternelles ou d'antécédents psychiatriques. Réalisé auprès d'un médecin ou d'une sage-femme en libéral, dans un centre de protection maternelle et infantile (PMI) ou à la maternité,

ce rendez-vous permet de faire le point sur les difficultés éventuelles (médicales, sociales, psychologiques) et les besoins en accompagnement pendant la grossesse et après l'accouchement. Il est intégralement pris en charge par la Sécurité sociale, à l'instar de l'entretien postnatal précoce, en place depuis juillet 2022. Ce dernier, qui se déroule entre la quatrième et la huitième semaine après la naissance de l'enfant, est un moment d'échange avec une sage-femme, un gynécologue ou un médecin généraliste. Il permet de repérer



1 000 PREMIERS JOURS BLUES, COMMENT ÇA MARCHE ?

Consultable sur Internet ou via l'application dédiée (1000 premiers jours), ce dispositif propose d'aider les parents présentant une souffrance psychique en période périnatale. Ces derniers répondent à un autoquestionnaire fondé sur l'échelle d'Édimbourg de dépression postnatale

(EPDS, lire ci-dessus), et obtiennent un score. S'affichent alors les coordonnées de professionnels de santé à joindre près de chez soi, mais aussi la possibilité d'être contacté tout de suite. À l'autre bout du combiné, on écoute le parent et on l'évalue. Objectif: savoir s'il a des antécédents, s'il est

déjà dans un parcours de soins qui peut être sollicité (médecin traitant, sage-femme...), s'il a un coparent ou de l'entourage pour l'épauler, des besoins concrets auxquels il est possible de répondre (aide à domicile, suivi psychologique)... La réponse apportée dépend de l'urgence de la situation. Elle va

de quelques conseils à l'hospitalisation en unité mère-enfant. Entre octobre 2021 et février 2024, 122 933 questionnaires ont été remplis, et près de 2 500 personnes, orientées. Les données montrent que 70 % des parents rejoignent un parcours de soins après un échange avec un membre du service.

les premiers symptômes et des facteurs de risque. Il est également l'occasion d'évaluer les besoins pour un meilleur accompagnement des parents en post-partum. Obligatoire en théorie, il ne serait, hélas, pas systématique, à cause de la pénurie de professionnels de santé. Il ne faut cependant pas hésiter à demander à passer ces deux entretiens, gratuits, car ils constituent des outils de prévention importants.

Quelle prise en charge ?

Le traitement d'un épisode dépressif du post-partum dépend de la gravité des symptômes. Cela peut aller d'une mise au repos, avec arrêt de travail et soutien familial ou extérieur, à une hospitalisation en unité mère-enfant en cas d'urgence (idées suicidaires) ou de dépression sévère. « *Le but est d'abord de faire dormir la patiente, avec des médicaments si nécessaire, puis de revenir avec elle sur le réseau social existant, en sollicitant la PMI, l'aide des proches, etc.* », précise le Dr Sutter-Dallay. Qui souligne qu'il n'y a pas aujourd'hui de « *traitement type de la dépression périnatale* ». Dans un second temps, s'il reste des symptômes significatifs, une consultation dans un service de psychiatrie périnatale peut être judicieuse afin d'affiner le diagnostic, et convenir d'un traitement. « *Les antidépresseurs ne doivent pas intervenir en première intention* », avertit la psychiatre, car ils peuvent parfois « *dérégler l'humeur* », aggravant ainsi une irritabilité ou une hypersensibilité, souvent présentes en période périnatale. Il ne faudrait les prescrire qu'après une évaluation détaillée des symptômes. Mieux vaut donc consulter directement un service de psychiatrie périnatale, en visioconférence si besoin, ne serait-ce que pour être évalué et orienté vers des professionnels de santé au niveau local (généraliste, sage-femme, gynécologue...), et bénéficier d'un suivi pluridisciplinaire coordonné. ■

(1) La cohorte Elfe consiste en un suivi dans le temps d'enfants nés en 2011 (près de 18 000 initialement inclus dans l'étude), pour comprendre comment leur environnement affecte, de la période intra-utérine à l'adolescence, leur développement, leur santé et leur socialisation.

Témoignage

« MA DÉCISION D'AVOIR UN ENFANT A ÉTÉ TRÈS RELIÉE À LA MORT DE MA MÈRE »

LAETITIA LAMBERT a fait l'expérience de la dépression post-partum lors de la naissance de son premier enfant. Une « *descente aux enfers* » mise en perspective avec humour dans son livre *L'instinct maternel* (éd. Mazarine, 2024).

Je parlais de très loin, n'étant pas du tout au courant qu'on pouvait faire une dépression post-partum. Je me suis rendu compte de mon état par étapes. D'abord, ma décision d'avoir un enfant est très reliée à la mort de ma mère. Ma grossesse, elle, s'avère désenchantée, loin de l'idée que j'en avais, puis l'accouchement est un grand choc physique et psychique. Je culpabilise beaucoup de ressentir certaines choses, tout est raté, tout m'échappe. Avec l'absence de sommeil réparateur commence ma descente, des pleurs, des pensées noires et un épuisement dû à toute l'énergie requise pour masquer cet état. Je tente de petits appels à l'aide auprès du psychologue de la maternité et via le pédiatre de ma fille, en vain. Pour autant, même en étant si mal, j'ai plaisir à être avec elle. C'est une alternance de sensations complètement contraires, car parfois je me dis que mon bébé serait mieux sans moi, je me sens mauvaise mère. J'ai osé verbaliser cela auprès de son père, et sa réaction, non « *jugeante* », a été un déclencheur. Il m'a mise face à mes déclarations extrêmes. Ça m'a enlevé une sorte de pression de voir qu'il y avait un relais. J'ai démarré un travail auprès d'un psy qui savait de quoi il s'agissait, et qui m'a donné des réponses. Les groupes de parole de l'association Maman Blues (lire l'encadré p. 91) ont été salvateurs, on s'y exprime librement et on s'aperçoit qu'on n'est pas seule. Savoir que ça existe est essentiel pour dédramatiser, briser ce tabou et oser demander de l'aide.

DES SYMPTÔMES MOINS FRANCS CHEZ LES SÉNIORS

Sous-estimé, sous-diagnostiqué et sous-traité, l'épisode dépressif chez la personne âgée n'en demeure pas moins réel. Il ne doit pas être banalisé.


Si la dépression de la personne de 65 ans et plus est méconnue, c'est notamment parce qu'elle peut être confondue avec les conséquences du vieillissement ou d'autres pathologies. Dans cette population âgée, elle présente en effet une symptomatologie que l'on pourrait qualifier d'atypique, car moins franche que chez les plus jeunes. Les signes classiques d'ordre psychique (tristesse, manque d'envie, baisse de l'estime de soi, etc.) peuvent être masqués, ou moins perçus, au profit de manifestations somatiques. Parmi elles, citons une fatigue (ou asthénie) marquée, un amaigrissement, des troubles du sommeil, des problèmes de mémoire et des douleurs physiques. On comprend pourquoi on risque de passer à côté en attribuant, un peu trop rapidement, ces symptômes à l'avancée en âge, au vieillissement ou à une autre maladie.

Ces signes qui doivent alerter

Si diagnostiquer la dépression du sénior d'après des critères physiques n'est pas évident, d'autres éléments sont, en revanche, beaucoup plus évocateurs. C'est le cas des changements assez soudains de comportements et d'habitudes, en plusieurs semaines ou quelques mois. Par exemple, une mise en retrait, des difficultés à s'occuper de soi comme avant, une perte d'intérêt pour une activité qui tenait auparavant à cœur, une agressivité nouvelle... «*Lorsque l'on est en présence d'un proche âgé qui n'était pas comme cela jusque-là et qui évolue assez vite, il faut se poser la question*», indique Laurent Glenisson, gériopsychiatre au centre hospitalier de psychiatrie de Bordeaux (33). Il ajoute qu'il peut s'agir d'une dépression

comme d'autre chose, mais qu'il convient de s'interroger et de consulter. «*Quand il y a un changement rapide, on ne doit pas conclure trop facilement que c'est dû au vieillissement*», avertit le spécialiste.

Certains types de dépression sont aussi plus courants chez les patients âgés: les formes hostiles, appelées «syndrome de Tatïe Danielle» (avec de l'agressivité), les formes anxieuses (avec crises d'angoisse), les pseudo-déméntielles (mimant des troubles cognitifs), les délirantes (culpabilité, idées de ruine et de persécution), ou encore les conatives (forte démotivation, tendance à être «tout ramollo», apathie). Toutefois, les troisième et quatrième âges seraient également plus



Changement soudain d'habitudes, démotivation et apathie peuvent annoncer une dépression.



LE TEST MINI-GDS

1 Vous sentez-vous souvent découragé et triste ?

OUI1 **NON**0

2 Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?

OUI1 **NON**0

3 Vous sentez-vous heureux la plupart du temps ?

OUI0 **NON**1

4 Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ?

OUI1 **NON**0

INTERPRÉTATION

Score supérieur ou égal 1 :

très forte suspicion de dépression, il faut en parler autour de soi.

Score de zéro : très probable absence de dépression. Ce mini-test n'est qu'un premier pas vers un véritable diagnostic auprès d'un médecin.

souvent sujets aux formes somatiques et hypochondriaques, avec des symptômes psychiques peu présents, sinon intériorisés, et des manifestations physiques plus fréquentes.

S'il est encore difficile d'identifier des causes avec certitude, il existe des facteurs dits favorisants, mais non systématiques, de la dépression des personnes vieillissantes. Au niveau cérébral, il s'agit d'anomalies dans le métabolisme des neurotransmetteurs (sérotonine, dopamine, noradrénaline) liées à l'avancée en âge. Du côté des facteurs externes, l'isolement social, familial et affectif compte, tout comme les maladies physiquement invalidantes, douloureuses, avec des altérations

fonctionnelles et sensorielles, ou encore le deuil, les problèmes financiers et la perte d'autonomie. Si tout cela ne suffit pas à déclencher un épisode dépressif, cela y contribue. De même, une retraite mal préparée et mal vécue peut être un facteur de risque de dépression lorsqu'elle engendre une diminution importante des interactions sociales et un sentiment d'inutilité sociale. Dans ce sens, retraite et vieillissement sont des moments de la vie qu'il faut préparer en amont pour bien les vivre et poursuivre son existence en pleine forme, dans sa tête et son corps. Ce qui implique d'avoir des activités sociales et physiques, d'entretenir des liens amicaux et familiaux et de soigner sa santé afin de rester le plus autonome possible.

Des outils de diagnostic spécifiques

Pour diagnostiquer un épisode dépressif chez un sénior, le médecin a la possibilité de s'aider de plusieurs déclinaisons de la *Geriatric Depression Scale* (GDS ou «échelle de dépression gériatrique»). De quoi faire un repérage assez rapide, notamment avec sa version en 15 questions. Ou, plus vite encore, avec la mini-GDS en seulement quatre questions (lire l'encadré ci-dessus). Ce petit test peut d'ailleurs être utilisé par un aidant auprès du sujet âgé pour lui faire prendre conscience de son mal-être, conseille Éric Maeker, gériatre et psychogériatre au centre hospitalier de Calais (62). Il faut cependant garder en tête qu'un questionnaire n'a pas de portée diagnostique; il permet seulement d'éclairer un soupçon. Reste au praticien en charge de la personne à poursuivre les investigations jusqu'à s'assurer qu'il s'agit bien d'une vraie dépression, et pas de symptômes >>



>> d'allure dépressive liés à une autre pathologie (Alzheimer ou accident vasculaire cérébral, en particulier), un effet indésirable d'un médicament, un deuil récent (moins d'un à deux ans) ou une trop forte consommation d'alcool.

Quelles solutions à adapter ?

Comme pour d'autres tranches d'âge, le traitement de la dépression chez les plus de 65 ans peut faire intervenir des médicaments et de la psychothérapie, parce qu'on n'est jamais «trop vieux» pour en démarrer une. Cela dit, d'après les docteurs Maeker et Glenisson, la psychanalyse est moins indiquée, car elle nécessite souvent de faire appel à des souvenirs lointains potentiellement estompés, et qu'elle a une large portée de remise au point. Les psychothérapies d'approche humaniste (intéressantes car considérant l'individu dans son ensemble) ou cognitivo-comportementales (TCC) semblent préférables. Éric Maeker estime même que le fait d'en suivre une devrait être systématique, d'autant plus qu'elles contribuent à l'efficacité des médicaments. Elles présentent, en outre, l'avantage de remettre de l'humain dans la vie de la personne âgée, ce qui n'est pas négligeable lorsqu'elle se sent isolée.

DÉMONTRE LES PRÉJUGÉS LIÉS À L'ÂGE

Pour Éric Maeker, gériatre et psychogériatre au centre hospitalier de Calais (62), la prise en charge de la dépression des séniors reste intimement liée à l'âgisme. «Attribuer des symptômes dépressifs au simple fait de prendre de l'âge est un stéréotype qu'il faut combattre», estime-t-il. Car vieillir n'est pas toujours un naufrage et ne veut pas forcément dire dépérir psychologiquement... Il est possible de vieillir heureux ! En cela, changer la perception que l'on a du vieillissement aiderait à mieux diagnostiquer et traiter la dépression du séniors, encore trop largement méconnue, voire invisibilisée.



En ce qui concerne les médicaments, «s'il y a, il est vrai, des difficultés avec les antidépresseurs (interactions médicamenteuses, effets secondaires) chez la personne âgée, ce n'est pas une raison pour ne pas les utiliser», juge Laurent Glenisson. Il faut simplement les prescrire de façon adaptée, en revoyant régulièrement la posologie si besoin, et en veillant aux autres traitements en cours afin de réduire les risques d'interaction. Quant aux anxiolytiques, leur usage peut être légitime en cas d'anxiété associée aux symptômes dépressifs, «mais toujours sur un temps limité et avec des doses adaptées», avertit le gérontopsychiatre. Avant d'ajouter que le médecin doit «savoir les enlever quand ce n'est plus nécessaire».

Le suicide, en parler pour l'éviter

Les plus de 65 ans constituent la population la plus à risque de mort par suicide. Si le nombre de ces décès est faible comparé à ceux liés à d'autres causes chez les séniors, le risque est statistiquement plus important que pour les plus jeunes: il représente un tiers de l'ensemble des suicides. Néanmoins, alors que la dissolution de l'Assemblée nationale, le 9 juin 2024, a stoppé net l'examen du projet de loi sur la fin de vie, ce taux élevé ne doit pas être



Pour un sénior, la prise d'antidépresseurs est possible en veillant à limiter les risques d'interactions avec d'autres traitements.

vu comme le reflet du nombre de gens susceptibles de bénéficier d'une aide à mourir. Le suicide d'un individu souffrant de douleurs morales peut et doit être évité. Par ailleurs, le geste suicidaire aboutit plus souvent au décès de la personne âgée : la première tentative est fatale là où l'on en compte parfois des dizaines pour d'autres tranches d'âge. Et, a posteriori, après une mort par suicide ou une tentative, il est très commun, sinon presque systématique, de découvrir une dépression non diagnostiquée, déplore Éric Maeker. « *Il faut que l'on apprenne à poser la question des idées suicidaires* », observe-t-il, car il y a bien moins de risques à en parler qu'à ne pas aborder le sujet. Demander simplement « *Avez-vous déjà pensé à mettre fin à vos jours ?* » suffit quelquefois à faire émerger un mal-être jusqu'ici tu. Pensées de mort et tentative de suicide sont des motifs de consultation en urgence psychiatrique. Parallèlement, dialoguer avec quelqu'un au téléphone peut éviter un passage à l'acte et aider à trouver des solutions. Outre les lignes gratuites d'écoute téléphonique tout public – **Suicide Écoute** au 01 45 39 40 00, **SOS Amitié** au 09 72 39 40 50 ou encore le **3114**, numéro national de prévention du suicide –, citons **Solitud'écoute**, la ligne des Petits Frères des pauvres destinée aux plus de 50 ans, au 0800 47 47 88. ■



À QUI S'ADRESSER ?

Le premier interlocuteur peut être le médecin généraliste. Cela dit, il faut que le sénior concerné accepte d'évoquer avec lui sa santé mentale, ce qui n'est pas si évident. Psychiatre, psychologue, gériopsychiatre ou gériatre sont à consulter d'emblée, si la personne est d'accord. Il est également possible de s'adresser à un centre médico-psychologique (CMP), où une première évaluation de la santé mentale sera faite, in situ mais aussi sous forme de téléconsultation. Moins adaptés, les Centres locaux d'information et de coordination (Clic) orienteront tout de même, gratuitement, sujets âgés et proches aidants vers des professionnels de santé et des services médicaux compétents à proximité du domicile. Pour trouver un Clic près de chez vous, rendez-vous sur Pour-les-personnes-agees.gouv.fr, rubrique « Annuaire et services », puis « Annuaire des points d'information locaux ». Enfin, il existe des équipes mobiles de gériopsychiatrie (EMGP) qui se déplacent sur le lieu de vie des personnes (au domicile ou en établissements d'hébergement). Spécialisées dans la prise en charge de la souffrance psychique des aînés, ce dispositif intervient à la demande des structures médicosociales ou des organismes spécialisés (Ehpad, Upad, maisons de retraite, Clic...), mais aussi, parfois, à celle du médecin traitant, du gériatre ou de travailleurs sociaux.

QUAND L'HIVER SAPE TOTALEMENT LE MORAL

Ciel gris et prédominance de la nuit mènent certaines personnes à la dépression. Plutôt que de leur donner des antidépresseurs, mieux vaut les exposer à la lumière.

Si tout un chacun peut avoir le moral en berne à l'approche de l'hiver, certaines personnes vont être très affectées par les changements de luminosité, parfois à un point pathologique. Ce phénomène toucherait environ 5% de la population sous nos latitudes, et 10% dans les pays du nord de l'Europe. Cependant, sa prévalence pourrait être largement sous-estimée à cause d'un sous-diagnostic. La dépression saisonnière (également appelée trouble affectif saisonnier) est particulière en cela qu'elle fait intervenir la saison et qu'elle revient chaque année à la même période. *«Il s'agit d'une pathologie chronobiologique, liée à la photopériode»* – autrement dit, la durée du jour –, expose Pierre-Alexis Geoffroy, professeur de psychiatrie et praticien hospitalier à l'université Paris-Cité, au centre ChronoS (groupe hospitalier universitaire Paris psychiatrie & neurosciences, ou GHU Paris) et à l'hôpital Bichat (AP-HP). *«Lorsque les jours diminuent, il y a un certain nombre de signaux biologiques qui se manifestent chez toutes les espèces, y compris la nôtre. Notamment une sécrétion de mélatonine [hormone du sommeil] plus longue et plus élevée, développe le spécialiste. Chez certains animaux, cela entraîne une hibernation; chez nous, selon les individus, un blues hivernal, voire un état dépressif relevant d'une maladie.»*

Un questionnaire utile mais méconnu

La dépression saisonnière allie les symptômes «classiques» de la maladie à d'autres plus spécifiques, plus atypiques aussi: une hypersomnie, avec des besoins de sommeil augmentés, une appétence pour le sucre (*craving*, dans le jargon

médical), une prise de poids et une somnolence en journée. *«Il y a vraiment un ralentissement global de l'organisme qui apparaît»*, indique Pierre-Alexis Geoffroy, qui ajoute que la dépression saisonnière hivernale est sévère, et associée à 40% de symptômes dépressifs sur l'année. *«Ce sont des gens qui vont être en arrêt de travail, car ils sont en incapacité de fonctionner normalement. Le retentissement sur la vie quotidienne est très important»*, constate-t-il. D'après lui, il existe probablement une vulnérabilité génétique – cela expliquerait pourquoi seules certaines personnes sont sujettes à la dépression saisonnière.

Pour la diagnostiquer, il existe un test dédié, le *Seasonal Pattern Assessment Questionnaire* (SPAQ), validé en français par l'équipe du Pr Geoffroy. Il donne un score qui décrit les variations mensuelles ressenties selon six dimensions: durée de sommeil,





BIEN CHOISIR SA LAMPE DE LUMINOTHÉRAPIE

Pas facile de s'y retrouver dans les rayons luminothérapie des magasins d'ameublement et de luminaires ! On déterminera son modèle selon la distance d'exposition recommandée (20 cm au minimum), on recherchera le marquage CE et la mention « dispositif médical ». Afin que la lampe soit efficace, elle doit

émettre de la lumière blanche à 10 000 lux (l'équivalent d'un matin ensoleillé de printemps) et être dotée d'un filtre UV, qui aide à protéger la rétine. On s'y exposera de préférence à heure fixe, au réveil, par exemple à table, lors du petit-déjeuner. L'idée étant d'être régulier et assidu pour vite en voir les effets. En fonction

de la distance conseillée, la durée d'exposition varie de 30 minutes à 2 heures par jour, information qui figure sur la notice du produit.

À savoir : plus l'on est proche de la source lumineuse, plus le temps consacré à l'exposition sera court. Les lunettes de luminothérapie sont intéressantes en cela, mais coûtent beaucoup plus cher...

activité sociale, humeur, énergie, poids et appétit. Outil de diagnostic de référence, il demeure néanmoins méconnu, ce qui participe au sous-diagnostic de la maladie, et donc à son sous-traitement.

Le soleil artificiel, traitement de référence

Face à un état dépressif (en lien ou non avec la baisse de luminosité), certains médecins ont encore pour premier réflexe de prescrire des antidépresseurs. Ce qui est dommage, selon Pierre-Alexis Geoffroy, car si ces médicaments se montrent efficaces sur les symptômes, ils n'agissent pas sur la « pathologie

de l'horloge » : « Les personnes atteintes auront toujours les altérations chronobiologiques liées à la photopériode d'hiver. » Le traitement de référence consiste par conséquent à s'attaquer à la cause du mal en envoyant un signal d'été à l'organisme, via une séance de luminothérapie quotidienne d'au moins 30 minutes, le matin au réveil.

Si l'on se sait particulièrement sensible à la faible luminosité hivernale, la luminothérapie peut même être utilisée en préventif. « Dès que la période arrive, que l'on a de nouveau moins d'élan vital en journée et plus de mal à sortir du lit, à se concentrer, etc., il faut traiter pour éviter de tomber dans une dépression sévère », conseille le Pr Geoffroy. Et si le trouble saisonnier est déjà installé, la luminothérapie deviendra le traitement curatif, en corrigeant les anomalies chronobiologiques liées à la photopériode. Cependant, outre les rares contre-indications (maladie rétinienne ou trouble bipolaire en l'absence de stabilisateur de l'humeur, principalement), le bémol, de taille, est que les lampes de luminothérapie, pourtant estampillées « dispositif médical », ne sont pas remboursées par la Sécurité sociale, contrairement aux antidépresseurs. S'équiper peut toutefois valoir le coup afin d'éviter les récives. Il est à noter que les simulateurs d'aube, qui font l'objet de récentes études suggérant un effet bénéfique, ont été beaucoup moins testés que la luminothérapie, dont l'efficacité a été prouvée par des analyses robustes contre placebo (lumière rouge ou de faible intensité) ou en comparaison avec des antidépresseurs seuls. ■



RFBSP/ADOBE STOCK

SOMMAIRE

102 Mieux comprendre
la maladie

105 De nouveaux
traitements ciblés



Des pistes innovantes

The background of the page features a stylized illustration. On the left, a dark blue silhouette of a person's head in profile is shown, facing left. Inside the head, there is a lighter blue, brain-like shape. The background is a warm orange and yellow gradient, suggesting a sunset or sunrise. Several white pills are floating in the air around the head. The overall composition is modern and artistic.

Nombreuses sont les recherches contre la dépression.

Alors que de 30 à 50% des patients ne répondent pas aux remèdes usuels, on ne peut que saluer ce dynamisme et la perspective de prises en charge innovantes. Identification de marqueurs génétiques de diagnostic, nouvelles classes d'antidépresseurs, évaluation de l'apport des substances psychédéliques, décryptage du rôle de l'inflammation, du microbiote ou de l'olfaction dans cette pathologie, thérapies numériques, modèles de soins collaboratifs... on entre dans l'ère de la « *psychiatrie 3.0* », comme l'a baptisée Xavier Briffault, chercheur en sciences sociales et en épistémologie de la santé mentale au CNRS. Un alignement des planètes salubre ?

MIEUX COMPRENDRE LA MALA

Il y a autant de dépressions que de dépressifs, c'est ce que traduit l'expression «troubles du spectre de l'humeur». Pour en cerner les déterminants biologiques, les chercheurs explorent des pistes génétiques et physiologiques.

Existe-t-il une prédisposition à souffrir de dépression ? La génétique joue-t-elle un rôle dans son déclenchement ? Des questions encore loin d'être tranchées. S'il est à présent établi que les individus dont l'un des parents proches a vécu un épisode dépressif ont deux à trois fois plus de risques d'en connaître un à leur tour, personne n'a encore mis le doigt sur les «gènes de la dépression». Certains gènes présentant des mutations chez les malades ont été pointés dans les années 1990, mais les études plus larges menées par la suite n'ont pas pu confirmer ces potentiels responsables. Le trouble dépressif majeur a toutefois été reconnu héréditaire à 40 ou 50% aujourd'hui – un taux qui reste inférieur à celui observé dans d'autres pathologies psychiatriques comme la schizophrénie ou le trouble bipolaire, où il atteint 70 à 80%.

À la recherche de signatures génétiques

«La question, actuellement, n'est plus d'identifier un gène ou une poignée de gènes, mais de montrer comment le génome contribue à augmenter le risque de développer



un trouble dépressif majeur», explique Stéphane Jamain, chercheur à l'Institut Mondor de recherche biomédicale (IMRB) de Créteil (Val-de-Marne). De vastes études internationales ont ainsi été menées sur des centaines de milliers d'individus atteints de troubles psychiatriques, notamment des dépressions majeures, grâce à des collaborations telles que le Psychiatric Genomics Consortium. «Ce que l'on voit, c'est que des dizaines de milliers de variants génétiques, des polymorphismes très répandus dans la population générale, augmentent le risque de déclencher un épisode dépressif majeur. Et être porteur d'un nombre important de ces variants l'accroît aussi. Cependant, ils sont encore peu discriminants entre les différentes pathologies que sont la dépression majeure, le trouble bipolaire ou la schizophrénie.»

Bon à savoir

L'alimentation pourrait jouer

un rôle dans la prévention de la dépression.

Des équipes de recherche comme celle du laboratoire Nutrition et neurobiologie intégrative, à Bordeaux (33), s'intéressent notamment aux effets bénéfiques des oméga 3 sur notre cerveau.

DIE



L'identification de certaines données génétiques pourrait permettre d'anticiper le diagnostic de dépression.

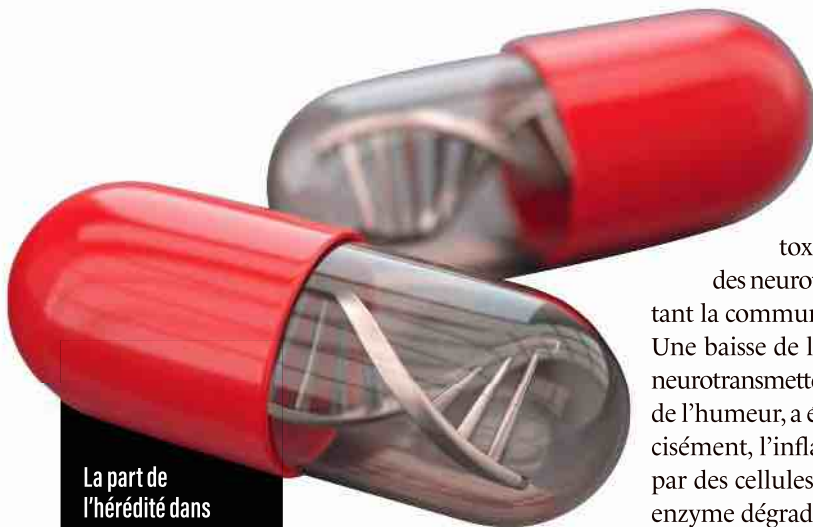
De telles données génétiques ne permettent donc de prédire ni la dépression ni son type. Cependant, les scientifiques espèrent qu'à l'avenir, elles aideront à anticiper le diagnostic de la dépression et, surtout, à différencier plus précocement la dépression unipolaire du trouble bipolaire. Des travaux portant sur les modifications épigénétiques (ces évolutions réversibles de l'ADN ou de l'ARN liées à l'environnement et au mode de vie) sont également lancés avec le même objectif. C'est en se fondant sur l'analyse de telles variations que myEDIT-B, un test commercial des sociétés Alcediag et Synlab (déjà disponible sur le marché), prétend discriminer les deux pathologies. Prudence toutefois : ce test manque encore de validations rigoureuses, et l'Assurance maladie ne le rembourse pas.

>>



UN LIEN AVEC L'OLFACTION

L'imagerie cérébrale montre un lien fort entre l'activation de structures cérébrales impliquées dans les émotions, comme l'amygdale, et celles liées à l'olfaction. Cette corrélation a aussi été observée en clinique. Beaucoup de patients déprimés présentent un odorat altéré, tandis que les personnes souffrant de troubles olfactifs développent souvent des symptômes dépressifs... Les chercheurs tentent de décrire les mécanismes régissant cette interaction entre système olfactif et humeur, ce qui pourrait conduire à des innovations thérapeutiques.



La part de l'hérédité dans les dépressions serait de 40 à 50 %.

>> **L'inflammation, un critère très surveillé**

Sur le plan physiologique, on soupçonne fortement l'inflammation de jouer un rôle dans la dépression. De fait, un grand nombre d'études scientifiques mettent en évidence un état inflammatoire chez les personnes dépressives, sans pour autant prouver une relation de cause à effet. La protéine C-réactive (CRP), pro-inflammatoire, est d'ailleurs décrite comme un marqueur de la maladie. C'est aussi le cas de certaines cytokines (des molécules

sécrétées lors d'une inflammation) produites dans le cerveau: elles y déclenchent des réactions en cascade, qui aboutissent à la production de substances neurotoxiques ainsi qu'à une diminution des neurotransmetteurs (composés permettant la communication entre les neurones).

Une baisse de l'expression de la sérotonine, un neurotransmetteur intervenant dans la régulation de l'humeur, a également été observée. Plus précisément, l'inflammation favorise la libération par des cellules du système immunitaire d'une enzyme dégradant le tryptophane. Or, cet acide aminé, non fabriqué par notre organisme mais présent dans l'alimentation, est indispensable à la synthèse de la sérotonine. C'est pourquoi des maladies chroniques associées à une inflammation – comme certains troubles intestinaux, l'obésité, le diabète ou des maladies auto-immunes – pourraient avoir un lien avec la dépression.

L'inflammation fait donc l'objet de recherches pour le développement d'approches thérapeutiques plus ciblées de la dépression. D'ores et déjà, des essais cliniques ont montré une amélioration des symptômes dépressifs après la prise de traitements anti-inflammatoires. Enfin, l'inflammation constitue une piste d'explication concernant certaines dépressions résistant aux antidépresseurs classiques, qui ciblent la voie de la sérotonine. ■



L'ÉTUDE DU MICROBIOTE OUVRE DES PERSPECTIVES

La dépression n'est pas liée au seul fonctionnement cérébral. L'impact du microbiote intestinal sur diverses pathologies psychiatriques, dont la dépression, a été étudié. De nombreuses données expérimentales révèlent que sa composition diffère

chez les personnes qui en souffrent. Une équipe française du Mood Center Paris-Saclay de l'hôpital Bicêtre (94) a prouvé que les antidépresseurs modifiaient le microbiote. Sa composition permettrait aussi de prévoir la réponse à

ce type de médicaments. Des expériences sur l'animal ont montré que le transfert du microbiote d'un individu souffrant de dépression à un autre, sain, suffit à déclencher un comportement dépressif chez ce dernier. D'autres études récentes ont pointé

l'influence du nerf vague dans la communication entre le microbiote et le cerveau. Ces résultats ouvrent des pistes thérapeutiques : des essais de transplantation de microbiote fécal sont, par exemple, en cours.

DE NOUVEAUX TRAITEMENTS CIBLÉS

Alors que de nouvelles pistes de médicaments sont étudiées par les scientifiques, les expérimentations sur des technologies numériques se poursuivent. Objectif : pouvoir bientôt proposer aux patients des prises en charge plus personnalisées.

Des recherches cliniques sont menées pour proposer de nouveaux antidépresseurs. Parmi ceux-ci figurent des médicaments encore expérimentaux ciblant la voie du Gaba/glutamate, des molécules voisines de la kétamine et de l'eskétamine. Dans les centres experts de la dépression résistante, les cliniciens essaient de trouver le traitement le plus adapté en fonction du profil du patient. Ils peuvent même y intégrer des agents disponibles hors AMM (ne disposant pas d'autorisation de mise sur le marché en France pour soigner la dépression), sur la base de recommandations internationales. C'est le cas de certains agonistes dopaminergiques (des molécules qui ressemblent à la dopamine et activent ses récepteurs), de régulateurs de l'humeur comme le lithium, d'anti-psychotiques et de psychostimulants.

Molécules à l'essai

Dans un tout autre domaine, les substances psychédéliques, notamment le LSD (dérivé d'une molécule issue d'un champignon parasite du seigle) et la psilocybine (principe actif des champignons hallucinogènes), font l'objet d'expérimentations, surtout aux États-Unis, en Grande-Bretagne et au Canada. En France, un seul essai est en cours sur la psilocybine, afin d'évaluer



À l'étranger, des psychédéliques comme le LSD ou la psilocybine font l'objet d'expérimentations.

son intérêt dans le traitement des addictions à l'alcool. C'est pourtant le composé qui obtient les résultats les plus intéressants contre la dépression, selon les études déjà publiées à l'étranger. Son usage en complément d'une psychothérapie a permis de réduire durablement l'anxiété et la dépression, en particulier dans les formes résistantes aux antidépresseurs.

Des effets secondaires tels que maux de tête, étourdissements et angoisse ont cependant été relevés chez 77 % des participants. La présence d'un professionnel de santé pendant et après le traitement reste ainsi nécessaire avec ce type de >>



Bon à savoir

Certains centres associent la recherche et la prise en charge des patients. C'est le cas du Mood Center Paris-Saclay, du service de psychiatrie de l'hôpital Bicêtre, qui entend participer à la création d'un réseau national de « centres de l'humeur », sur le modèle anglo-saxon. Autre exemple : les 14 centres experts de la dépression résistante, créés et financés par la fondation FondaMental.

>> soins. En l'état actuel des connaissances, la prise de telles substances, qui doit être très encadrée, n'est donc pas encore souhaitable.

Neurofeedback et thérapies numériques

Le *neurofeedback* (rétrocontrôle neurologique) constitue l'une des nouvelles approches thérapeutiques de la dépression. Le but ? Apprendre à auto-réguler son activité cérébrale, en particulier dans les zones liées aux réponses émotionnelles négatives. En pratique, on recourt à l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf) ou à l'électroencéphalogramme (EEG) : les participants essaient de corriger leur signal neuronal pendant que leurs données cérébrales sont enregistrées en temps réel. En 2021, une étude du King's College de Londres a révélé que ce procédé permettait d'atténuer les symptômes des patients souffrant d'un trouble dépressif majeur sans anxiété.

Récemment, sont aussi apparues les thérapies par exposition à la réalité virtuelle. Elles s'appuient sur le principe des thérapies comportementales et cognitives (TCC). Le patient regarde des simulations de situations réalistes qui doivent l'aider à surmonter ses troubles. Les séances se déroulent à l'aide d'un visiocasque 3D. *«Cependant, cette approche est plus étudiée dans les cas de stress post-traumatique, ou de phobie, que de dépression, pour le moment, tempère le Dr Alexis Bourla, psychiatre attaché à l'hôpital Saint-Antoine, à Paris (75). Ce qui est novateur, ce sont les thérapies digitales, qui se développent par exemple en Allemagne. L'idée est une transposition digitale des TCC.»* Hélas, les applications disponibles en France n'ont pas fait la preuve de leur efficacité. *«Au Royaume-Uni,*

l'appli Deprexis, qui a été validée scientifiquement, est intégrée dans les recommandations, mais elle n'est pas encore accessible en France. Notre pays est en retard», ajoute-t-il.

Biomarqueurs de réponse aux traitements

En parallèle à la recherche de signatures génomiques de prédisposition aux troubles dépressifs, un important effort de recherche vise à identifier des biomarqueurs individuels ou des signatures plus complexes de réponses aux traitements. L'ambition ? Pouvoir proposer dans un futur proche une prise en charge personnalisée aux patients souffrant de dépression majeure.

Des tests sanguins pour aider au choix du bon antidépresseur sont déjà commercialisés. C'est le cas de l'ABCB1 (d'Eurofins-Biomnis) et du Predictix (Cerba et Taliaz). Issus de la pharmacogénétique (étude de l'influence du génome sur la réponse aux médicaments), ils se fondent tous deux sur la façon dont un traitement interagit avec le corps, de son absorption à son éjection. Le premier doit aider à choisir la molécule qui traversera le mieux une protéine de la barrière hémato-encéphalique protégeant le cerveau. Le second étudie des paramètres du métabolisme des médicaments, pour adapter le produit au profil «métaboliseur» du patient. Ces dispositifs ont un intérêt thérapeutique, d'après les experts interrogés. Malheureusement, ils sont peu utilisés en France, car non remboursés.

D'autres tests, s'appuyant sur l'EEG et l'IRM, sont également en développement. Des travaux ont par exemple montré qu'une hypoactivité du cortex insulaire (impliqué dans la régulation émotionnelle) est associée à de bonnes chances de rémission par thérapie comportementale et cognitive, mais à une faible réponse aux antidépresseurs. À l'inverse, avec une hyperactivité de cette zone cérébrale, les antidépresseurs donneront de meilleurs résultats que la TCC.

À l'Institut Mondor, l'équipe du Dr Jamain travaille, elle, sur les dépressions résistantes, avec l'aide des centres experts dédiés. *«En étudiant des modèles animaux et humains, détaille le chercheur, notre objectif est d'identifier des variants*

>>



L'ÉVOLUTION A-T-ELLE FAVORISÉ LA MALADIE ?

C'est l'aptitude à se concentrer pour résoudre des problèmes qui, poussée à l'excès, favoriserait les ruminations et la dépression, estiment des spécialistes. Cette piste est l'une des nombreuses hypothèses émises par la médecine « évolutionniste »

pour expliquer l'existence de cette pathologie chez l'humain. Ce courant de recherche avance que la sélection naturelle a intégré à des maladies des facteurs de vulnérabilité avantageux pour la survie de l'espèce. D'autres hypothèses tentent d'expliquer la « sélection »

de la dépression. Celle-ci serait une fonction adaptative d'autolimitation (évitant de mettre en péril ses ressources ou sa place dans le groupe), ou un mécanisme de défense comportemental (soumission, rupture de contact...), ou encore un programme de lutte contre

les infections par la mise à l'écart du groupe. Plus simplement, la dépression pourrait aussi découler d'un décalage entre notre environnement et celui de nos ancêtres, notamment en matière de mode de vie, sur le plan de l'activité physique et de l'alimentation.

Les casques exposant à de la réalité virtuelle, utilisés pour soigner des phobies, pourraient un jour aider à traiter des dépressions.





>> impliqués dans la résistance aux traitements et de décrypter les mécanismes en jeu dans celle-ci. Ce qui pourra permettre de développer des stratégies thérapeutiques innovantes.»

À noter Avec le vieillissement apparaissent souvent des troubles neurologiques (déclin cognitif, par exemple) associés à ceux de l'humeur (comme la dépression). De récents travaux effectués sur la souris l'ont prouvé : chez des individus âgés, l'administration à long terme du facteur de croissance GDF11, une protéine présente dans le sang, a un effet positif contre ces dysfonctionnements, tout en améliorant l'olfaction (lire l'encadré p. 103).

Ces souris retrouvent un comportement similaire à celui des jeunes. Or, la GDF11 active dans les neurones un processus appelé «autophagie», une sorte de nettoyage qui participe à l'élimination des cellules sénescents, au renouvellement des cellules dans l'hippocampe et à la restauration de l'activité neuronale. Les chercheurs ont également montré que les taux sanguins de cette protéine sont significativement bas dans une cohorte internationale de jeunes patients atteints de troubles dépressifs. Ils proposent donc, à l'avenir, d'utiliser cette protéine comme biomarqueur des épisodes dépressifs, voire comme cible thérapeutique. ■

DIAGNOSTIC L'APPROCHE DESCRIPTIVE NE SUFFIT PAS

Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (ou DSM, pour *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), publié par l'Association américaine de psychiatrie (APA), liste les maladies mentales par catégorie, sur la base d'une description des symptômes et d'une évaluation

quantitative des traitements pharmacologiques. Il a pour but de rendre le diagnostic des pathologies mentales le plus objectif possible. Avec la Classification statistique internationale des maladies, établie par l'Organisation mondiale de la santé, le DSM donne aujourd'hui les critères

de définition de l'épisode dépressif caractérisé. Soutenue par les psychiatres, cette approche purement descriptive ne s'intéresse ni aux éléments extérieurs pouvant participer au déclenchement de la dépression ni aux mécanismes cérébraux en cause. Au point que certains spécialistes explorent une nouvelle

stratégie, à l'instar du neuroscientifique Thomas Insel (directeur du National Institute of Mental Health, aux États-Unis, il est ensuite parti travailler pour la branche santé mentale de Google). Ils espèrent révéler d'autres critères de définition des dépressions par l'analyse très fine du cerveau, et des prises en charge différentes.



ENQUÊTE *Que Choisir*

LES FRANÇAIS ET LEUR POUVOIR D'ACHAT

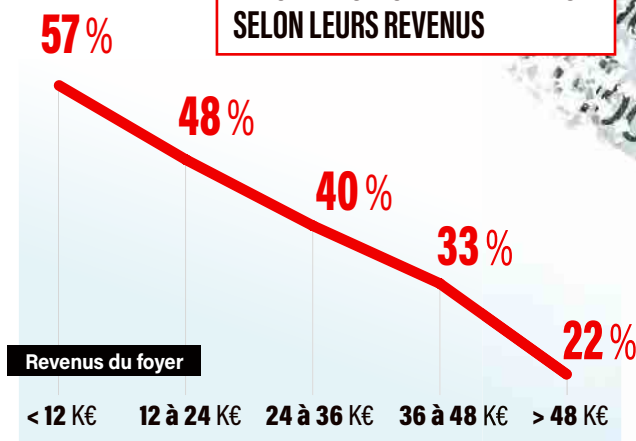
Entre juillet 2021 et juillet 2022, les prix ont flambé. L'inflation annuelle a dépassé 6 %; une situation inédite depuis la fin des années 1970. L'inflation a certes diminué légèrement après le pic, mais ça ne signifie pas que les tarifs ont reculé, ni que la vie quotidienne s'est améliorée, contrairement à ce qu'affirmait le ministre de l'Économie, Bruno Le Maire, dès novembre 2023. Pour connaître le ressenti des Français, l'Observatoire de la consommation (ODLC) de l'UFC-Que Choisir a sondé un échantillon de 1004 personnes représentatif de la population. Voici les résultats.

Enquête réalisée par **Grégory Caret (ODLC)** avec
Pascale Barlet et Maxime Regnault

Un CONTEXTE difficile

En quatre ans, notre économie a été frappée par diverses crises. D'abord, le covid (printemps-été 2020), puis une explosion des tarifs de l'énergie (été 2021), un renchérissement des matières premières – due notamment à de mauvaises récoltes et à une spéculation boursière (automne 2021) – et, enfin, une guerre entre deux grands pays producteurs de céréales, l'Ukraine et la Russie (hiver 2022), qui a fait flamber les cours du pétrole et des denrées agricoles. L'inflation s'est alors généralisée, et les prix de grande consommation ont augmenté continuellement jusqu'à l'été 2023. Même si le taux d'inflation sur 12 mois a aujourd'hui baissé, un retour aux tarifs d'avant-crise est illusoire. L'ODLC de l'UFC-Que Choisir a réalisé un sondage afin d'évaluer l'impact de cette situation sur la population. Le résultat douche les discours rassurants des politiques: 83% des Français se sont dits lourdement touchés. Au-delà de ce constat, notre étude s'intéresse à la façon dont l'inflation joue sur leur quotidien et quels arbitrages, voire sacrifices, elle implique.

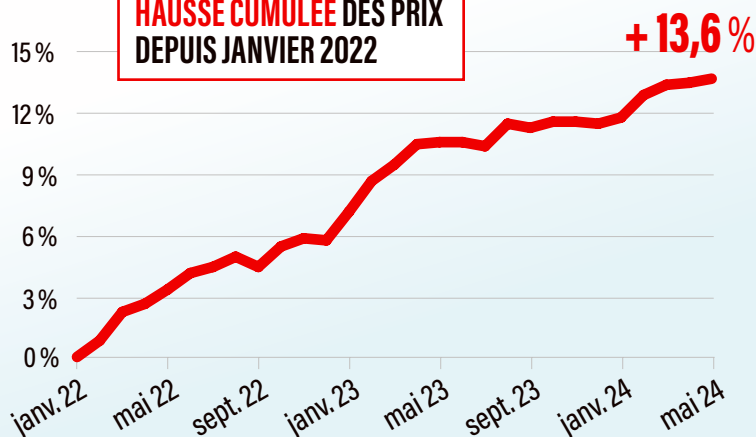
POURCENTAGES DE MÉNAGES TRÈS IMPACTÉS PAR L'INFLATION SELON LEURS REVENUS



Plus les revenus d'un ménage sont faibles, plus ce dernier est pénalisé par l'inflation

Ainsi, 57% des foyers modestes (gagnant moins de 12000 € par an) se disent très fortement impactés par la hausse des prix. Leur niveau de vie a été trois fois plus amoindri par l'inflation que celui des plus aisés.

HAUSSE CUMULÉE DES PRIX DEPUIS JANVIER 2022



Des prix qui n'ont jamais autant augmenté depuis 40 ans

On mesure le taux d'inflation à l'aide de son indice sur 12 mois glissants. Or, comme on le voit sur le graphique ci-contre, son évolution cumulée de janvier 2022 à mai 2024 affiche une hausse de 13,6% de l'ensemble des prix à la consommation. Une augmentation inédite en France depuis la fin des années 1970!



NON

82 %

**VOS REVENUS ONT-ILS
ÉTÉ REVALORISÉS
À HAUTEUR DE L'INFLATION ?**

- } Pour 49 % des sondés,
la revalorisation n'a pas
compensé l'inflation**
- } 33 % des répondants
n'ont pas eu de revalorisation**

OUI

18 %

- } Pour 14 % des sondés,
la revalorisation
a compensé l'inflation**
- } Pour 4 %, la revalorisation a été
supérieure à l'inflation**

Les salaires ne suivent pas

Un Français sur deux a bénéficié d'une revalorisation de revenus ces deux dernières années, mais celle-ci n'a pas suffi à compenser l'inflation. Et une fois sur deux, ceux n'ayant rien obtenu de plus sont des jeunes inactifs (étudiants et personnes au foyer).

SANTÉ

Ça peut attendre...

Pour des raisons budgétaires, ces deux dernières années, un tiers des Français (32%) a dû renoncer à des dépenses en santé peu remboursées par la Sécurité sociale (soins dentaires et d'optique notamment). Un pourcentage en nette hausse par rapport aux périodes antérieures (25% avant la crise inflationniste). Et ils sont 10% à avoir choisi une baisse en gamme, peut-être via le dispositif 100% Santé. Côté complémentaire santé, par rapport à 2022, les primes s'envolent ! On compte ainsi + 17% sur la cotisation moyenne en contrat individuel.

**POUR DES DÉPENSES
DE SANTÉ PEU
REMBOURSÉES ***

32 %
des sondés
ont renoncé
aux soins

**HAUSSE DES
COMPLÉMENTAIRES
SANTÉ**

+ 17 %
pour les cotisations

10 %
ont opté pour
une baisse
en gamme

58 %
n'ont rien
changé



* Optique, dentaires...

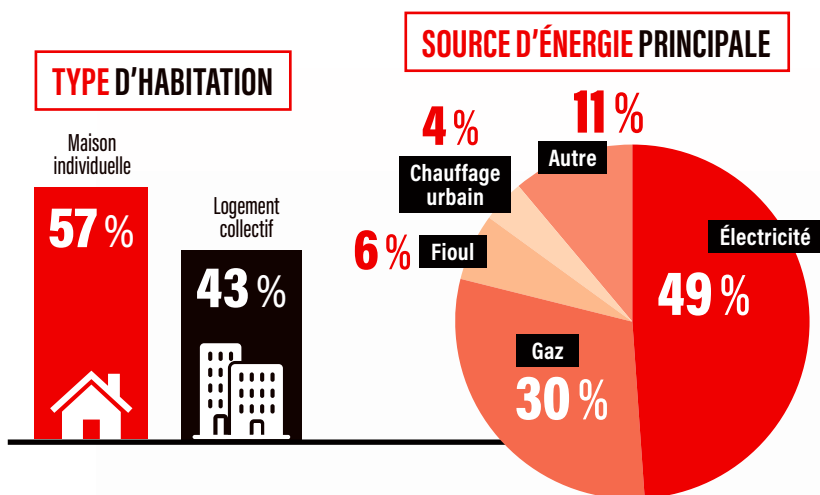
ATAMAN/ISTOCK; NESTEA06/ISTOCK

ÉNERGIE DU LOGEMENT Le coût

Avec l'explosion des prix du gaz et de l'électricité, les dépenses énergétiques sont devenues très préoccupantes pour beaucoup de Français. Au point d'être le poste qui pèse le plus dans leur budget.

Comment les ménages se chauffent-ils ?

Ils sont à 57% en maison individuelle, et à 49% utilisateurs d'électricité comme source d'énergie dans leur habitation, soit la majorité. Le gaz concerne plus d'un tiers de foyers (30%), tandis que le fioul ne séduit que 6% d'entre eux.



Le poids sur le budget du foyer

La hausse des coûts de l'énergie pèse beaucoup sur les dépenses de 85% des Français. L'impact négatif dépend du type de logement et de la source d'énergie. La situation est, sans surprise, plus complexe pour les résidents en maison individuelle – les premiers ayant plus de surface à chauffer et, semble-t-il, plus de déperdition de chaleur. Et, depuis deux ans, les foyers chauffés au gaz sont les plus pénalisés, devant ceux qui utilisent l'électricité – ces derniers ayant toutefois subi la plus grosse augmentation de facture énergétique en deux ans (avec la fin du bouclier tarifaire, l'électricité a pris 49% depuis janvier 2022).



le plus lourd

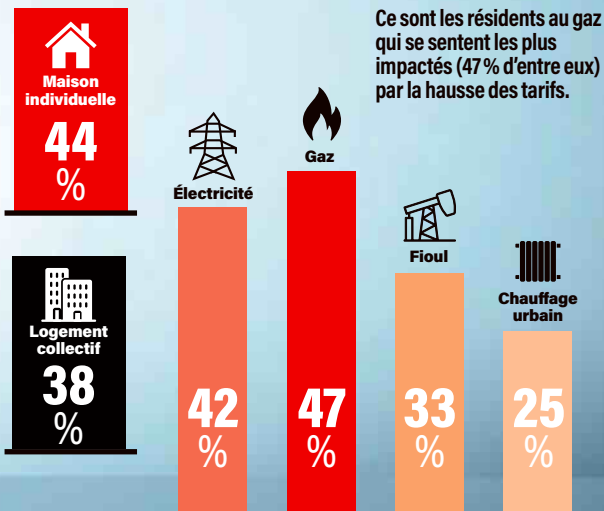
Comment avoir chaud sans se ruiner ?

Les solutions pour satisfaire les besoins en énergie sans trop grever le budget varient selon les profils des sondés. Ainsi, les deux tiers des habitants de maison individuelle l'ont moins chauffée depuis deux ans. D'autres ont décidé de faire des travaux d'isolation, acheté un nouvel équipement ou changé de fournisseur d'énergie (réalisant parfois plus de 10% d'économies avec un nouveau contrat).

De telles démarches restent cependant plus marginales dans l'habitat collectif, où les locataires n'ont pas totalement la main pour agir et modifier leurs habitudes (les travaux ou le réglage du chauffage y dépendent des propriétaires).

+ 50 %
de hausse de
l'électricité depuis
janvier 2022

IMPACT DES PRIX DE L'ÉNERGIE JUGÉ TRÈS FORT SELON LES TYPES DE LOGEMENT ET DE CHAUFFAGE

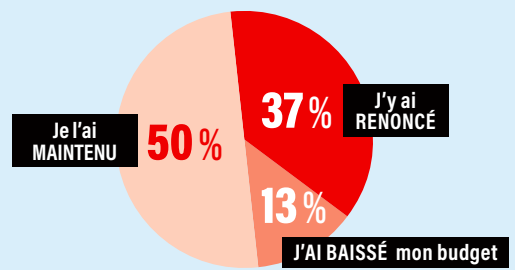


IMMOBILIER Situation bloquée

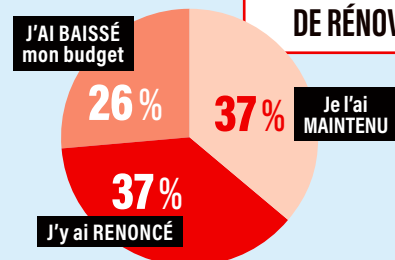


Avec l'inflation et l'effondrement des capacités d'emprunt (les taux de crédit ont quadruplé en deux ans), les projets immobiliers des Français – achat, travaux, rénovation – affichent des budgets en net recul, quand ils ne sont pas annulés. Depuis 2022, le marché de l'ancien s'est contracté : les transactions ont diminué d'un tiers (source : Direction générale des finances publiques et notaires).

QUEL CHOIX POUR VOTRE PROJET IMMOBILIER ?



ET POUR VOTRE PROJET DE RÉNOVATION ?

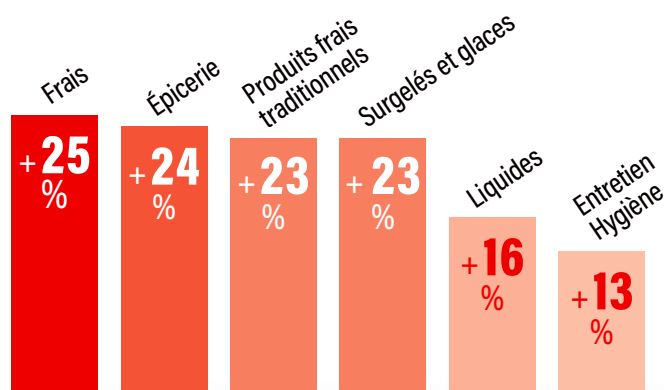


R. TAVANI/ADOBE STOCK ; FOKUSSERT/ADOBE STOCK; NOUN PROJECT

COURSES DU QUOTIDIEN Une in

Les produits de grande consommation (PGC) – alimentation, droguerie, parfumerie, hygiène – représentent une dépense annuelle de 180 milliards d'euros, soit près de 250 € par mois et par personne, dont la plus grande part en achats alimentaires. Ces PGC ont été frappés par des hausses de prix inédites, qui ont marqué les esprits et bouleversé les comportements en magasin.

PRIX EN GRANDES SURFACES DEPUIS 2022



Une augmentation à deux chiffres

Depuis janvier 2022, les prix en supermarchés ont bondi de près de 25%. Presque tous les rayons ont subi des inflations annuelles à deux chiffres. Les plus touchés, le frais et l'épicerie, ont été l'objet de l'attention des politiques, qui ont multiplié les initiatives visant à juguler ce renchérissement (trimestres anti-inflation, avancée des dates des négociations commerciales, décret sur la *shrinkflation*...).



84 % des ménages impactés

Une large majorité de foyers est négativement touchée par l'inflation. La part des Français sur lesquels les hausses

des prix des PGC pèsent très lourdement s'élève à 35% (soit + 4 points par rapport à 2022), tandis que la part de ceux sur lesquels elles pèsent assez atteint 49%.

OUI
84%

LA HAUSSE DES PRIX PÈSE-T-ELLE LOURDEMENT SUR VOTRE BUDGET ?

- Pour 49 % des sondés oui, plutôt
- Pour 35 % des répondants oui, tout à fait

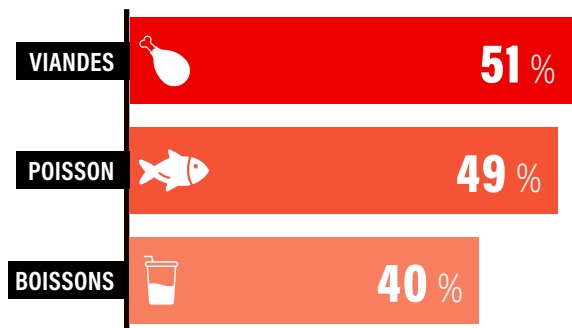
NON

16%

- Dont 14 % non, plutôt pas
- Dont 2 % non, pas du tout

flation record

RAYONS OÙ LES MÉNAGES ONT LE PLUS RÉDUIT LEURS ACHATS



Les stratégies pour s'en sortir

Face à la baisse de leur pouvoir d'achat, les Français semblent adopter diverses stratégies. Les deux principales étant de privilégier des gammes meilleur marché – d'où

le succès des marques de distributeurs (MDD), dont les ventes ont grimpé de 20% en 2023 – et de renoncer à certaines dépenses trop onéreuses (viande, poisson) ou non essentielles (boissons, sucreries).

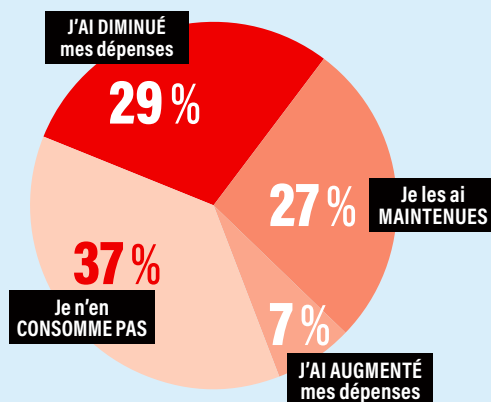
RAYONS OÙ LES CONSOMMATEURS BAISSENT LE PLUS EN GAMME



LE BIO paie le prix fort !

La filière bio avait connu une croissance ininterrompue depuis le début des années 2000, et ce malgré un surcoût notable par rapport au conventionnel. Mais dès 2022, la majorité des consommateurs de bio prévoyaient de réduire leurs achats. En 2024, la moitié d'entre eux affirment l'avoir effectivement fait. Ce que confirment les chiffres des professionnels du secteur : le marché a enregistré des baisses en volume supérieures à 10 % en 2022 et 2023, et 2024 ne s'annonce pas meilleure.

PRODUITS BIOS AVEZ-VOUS MODIFIÉ VOS HABITUDES ?





Interview

FRANCK LEHUÉDÉ

Directeur d'études et de recherche au Crédoc*, expert en *silver economy*, tendances de consommation et habitat

« LES FRANÇAIS ONT COMPRIS QUE L'INFLATION S'INSTALLE »

Q C Que vous inspire l'étude de l'ODLC, menée pour l'UFC-Que Choisir, par rapport à vos propres recherches ?

Franck Lehuédé C'est un beau travail, et nous sommes plutôt en phase. Ce que révèle votre étude, et que nous constatons également au Crédoc, ce sont les différences de ressentis des personnes en fonction de leur situation économique. Pour notre part, nous avons aussi étudié les perceptions selon que l'on vit en zone urbaine ou rurale. Ainsi, en ville, l'augmentation du coût de l'alimentation a un gros impact sur les Français, tandis que dans les territoires ruraux, c'est celle des carburants qui mine le plus le moral des habitants.

Q C Comment l'inflation est-elle vécue par la population sur le long terme ?

F. L. Nous questionnons les Français sur l'inflation deux fois par an, en février et en juillet. L'année dernière, en février, ils espéraient un retour à la normale. Depuis, ils ont intégré l'idée que la hausse est pérenne, et qu'ils doivent ajuster leurs dépenses.

Q C Comment les Français opèrent-ils leurs arbitrages ?

F. L. Votre étude le montre très bien: il y a deux tendances, la première consistant à acheter moins de produits, la seconde, à baisser en qualité, notamment en alimentaire. Dans les rayons, les grandes marques sont délaissées au profit de celles des distributeurs. Toutefois, nous relevons aussi que l'inflation sur la durée provoque une sorte de résistance. Ainsi, de nombreux Français se disent « Je ne veux plus me restreindre ». On l'observe sur

les loisirs, en particulier; ils préfèrent se limiter dans leur quotidien et conserver une sortie de temps en temps, ou quelques jours de vacances. Nous restons dans une société de consommation.

Q C Quelle est votre analyse par rapport à la consommation durable ? Dans notre enquête, on note, par exemple, que la seconde main n'est pas encore pleinement adoptée...

F. L. Acheter d'occasion apparaît comme une option surtout pour l'habillement, ainsi que vous le démontrez. Mais ce mode de consommation commence à percer dans d'autres secteurs, tels que celui du livre, depuis 10 ans. Les gens cherchent la bonne affaire. Parmi ceux qui ont adopté ce fonctionnement, 5 % se déclarent très heureux du changement. Ils ne reprendront pas leurs anciennes habitudes, ce qui constitue en soi une évolution. La seconde main est d'ailleurs un marché en pleine croissance.

Q C En alimentaire, le bio connaît une grosse baisse de son chiffre d'affaires. Comment l'expliquez-vous ?

F. L. Le bio est en effet une des premières victimes des arbitrages, car il pose la question du prix. Mais la prise de distance avec cette filière avait

La frustration est forte chez les moins de 30 ans, car leur désir de consommer est élevé



débuté avant la problématique de l'inflation... Elle souffre en effet d'une image dégradée, due à un doute sur l'impact carbone des denrées bios provenant de pays hors Union, de même qu'à leurs cahier des charges, moins exigeants qu'en Europe. Les consommateurs se sont tournés vers le local et les circuits courts, et ils ont trouvé des aliments de saison et de qualité. Par ailleurs, sociologiquement, le bio demeure associé à une consommation «bobo» urbaine. C'est un produit de distinction, comme peut l'être le choix de la mobilité douce, le fait d'avoir un smartphone dernier cri, etc. Pour certains, c'est important de consommer ce type de produits. Pour d'autres, au contraire, il y a un rejet.

Q C **Sur le marché de l'immobilier, notre étude révèle un report, voire un abandon des projets...**

F. L. La crise économique et la flambée des taux de crédit ont limité les capacités d'emprunt de bon nombre de foyers, y compris ceux qui disposaient d'un capital. En 2021, nous observions déjà un report ou une diminution des projets immobiliers, que ce soit de l'achat ou des travaux. En 2022, les Français les repoussaient à plus tard. En 2023, le grand changement, c'est

qu'ils y renoncent complètement... Ce phénomène nourrit la frustration, ce qui s'exprime notamment dans les urnes.

Q C **Actuellement, quelles catégories de consommateurs coexistent, au vu de vos travaux ?**

F. L. Nous en établissons quatre. La première a très envie de consommer, mais n'en a plus les moyens, elle se replie sur son foyer et le vit très mal. Cela concerne principalement les jeunes de moins de 30 ans; leur frustration est très forte car leurs désirs de consommation et de sociabilisation sont élevés. Ensuite, il y a ceux qui se disent «*Je ne sors pas, parce que je n'ai pas de temps pour moi*». Ils se replient sur eux-mêmes et font appel aux services, notamment de livraison à domicile. Ils ne peuvent plus se permettre d'aller au cinéma, au restaurant ou en vacances et estiment que c'est un peu la faute de tout le monde, leur employeur, l'État... Ils se sentent abandonnés. Après, on trouve les cadres avec enfants; ils jouissent d'une capacité financière et sont peu impactés par l'inflation. Enfin, nous avons les seniors. Ils sont très portés sur l'économie sociale et solidaire, développent leur lien avec les autres. Ils s'en sortent plutôt bien, parce qu'ils ont moins de besoins et de désirs de consommation que les autres catégories.

Q C **La France a été plus « protégée » de l'inflation qu'ailleurs en Europe. Est-ce que cela sera suffisant pour relancer la consommation ?**

F. L. Je ne suis pas devin, hélas ! Oui, les taux d'inflation ont été bien moins forts en France que dans d'autres pays de la zone euro, notamment grâce au bouclier fiscal mis en place par l'État. Il n'est d'ailleurs pas totalement levé, et ces aides permettent pour le moment à notre économie de se maintenir, ce qui est déjà beaucoup. De là à parler de reprise... c'est une autre question.

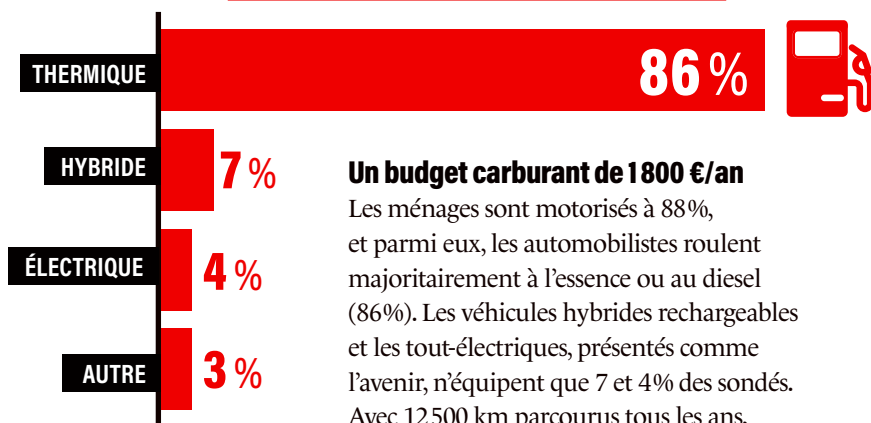
Propos recueillis par Pascale Barlet

** Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie, Credoc.fr.*

MOBILITÉ La goutte qui fait

L'automobile, le mode de déplacement privilégié des Français, occupe la plus large part de leurs dépenses en matière de transport. Mais si les foyers les plus aisés consacrent la majeure partie de ce budget à l'achat d'un véhicule, chez les plus modestes, l'argent passe dans le carburant.

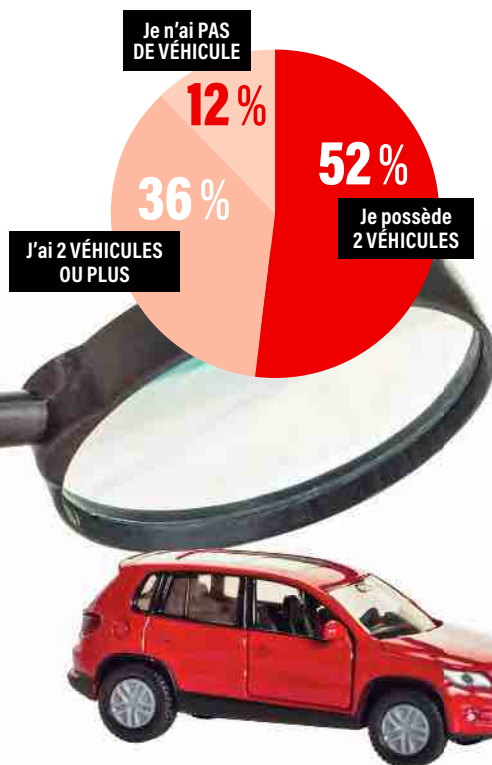
QUELLE VOITURE LES FRANÇAIS ONT-ILS ?



Un budget carburant de 1800 €/an

Les ménages sont motorisés à 88%, et parmi eux, les automobilistes roulent majoritairement à l'essence ou au diesel (86%). Les véhicules hybrides rechargeables et les tout-électriques, présentés comme l'avenir, n'équipent que 7 et 4% des sondés. Avec 12 500 km parcourus tous les ans, en moyenne (de 6 000 km pour les Français modestes, aux revenus < à 12 K€/an, à 16 000 km pour les plus aisés, > à 48 K€/an), le budget carburant annuel par foyer s'élève à 1 800 € (en consommant 7,5 l/100 km et avec un litre d'essence à 1,90 €). Une somme considérable, qui pèse très lourd dans les dépenses de 37% des ménages motorisés, et une source de tension en zones rurales, où la voiture est indispensable.

POSSÉDEZ-VOUS UN OU PLUSIEURS VÉHICULES PERSONNELS ?



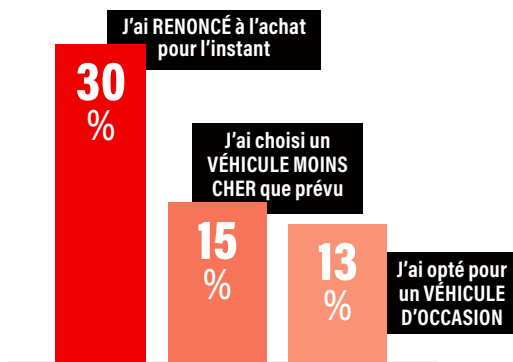
À QUI A PROFITÉ LA REMISE SUR

Parmi les nombreux dispositifs créés par le gouvernement pour aider les ménages à faire face à la crise et limiter l'envol des prix à la pompe consécutif à la guerre en Ukraine, il y a eu la « remise carburant », en 2022. La ristourne moyenne s'établissait à 20 centimes d'euro par litre. Ce soutien aurait coûté 7,5 milliards d'euros à l'État, avec évidemment une portée supérieure

G. SANDERS/ADOBE STOCK; ISTOCK

déborder le vase

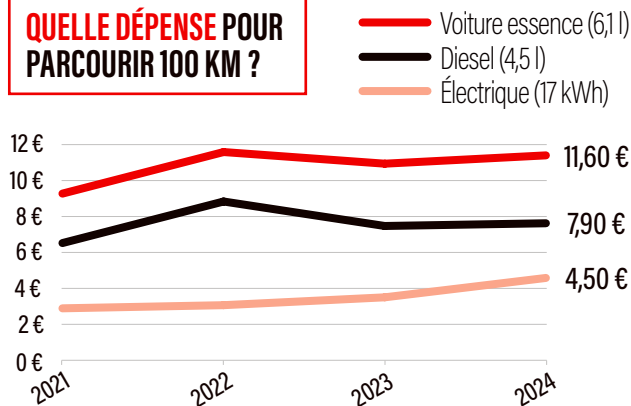
PROJET D'ACHAT DE VÉHICULE QUELLE A ÉTÉ VOTRE DÉCISION ?



Le carrosse devient une citrouille

Ces deux dernières années, alors que 13% des ménages envisageaient l'achat d'un modèle neuf et 14%, d'un modèle d'occasion, les deux tiers d'entre eux ont revu leur projet (baisse en gamme, occasion plutôt que neuf, autre motorisation, renoncement) compte tenu du contexte inflationniste.

QUELLE DÉPENSE POUR PARCOURIR 100 KM ?



Un coût d'usage de la voiture en hausse

Pour parcourir 100 km avec un petit SUV neuf, il faut aujourd'hui déboursier, selon les constructeurs* :

2,30 € de plus qu'en 2021 avec un modèle essence

(9,30 € il y a trois ans) ;

1,60 € de plus qu'en 2021 avec un modèle diesel

(6,30 € il y a trois ans) ;

1,70 € de plus qu'en 2021 avec un modèle électrique

(2,80 € il y a trois ans).

* Les tests de Que Choisir montrent qu'ils sous-estiment la consommation réelle d'au moins 20%.

LES CARBURANTS EN 2022 ?

auprès des gros rouleurs... qui sont aussi les consommateurs les plus riches. En 2023, une « indemnité carburant » a été donnée en fonction des revenus. L'aide était encore prévue en 2024, mais avec des modalités si resserrées (100 € par personne modeste, seulement si le prix à la pompe dépasse 1,95 €/l) qu'elle n'a toujours pas été distribuée en juillet, à l'heure où nous écrivons.

LA REMISE CARBURANT COMBIEN, POUR QUI ?

Kilométrage annuel moyen selon les niveaux de revenus		Remise
< 12 K€	6 000 km/an	100 €
12-24 K€	8 500 km/an	130 €
24-36 K€	11 000 km/an	170 €
36-48 K€	12 500 km/an	190 €
> 48 K€	16 000 km/an	235 €



ÉQUIPEMENTS, LOISIRS

On lève le pied !

Moins de restaurants, de sport, de culture et de vacances

Les deux tiers des Français ont réduit leurs dépenses de restauration traditionnelle et rapide, ainsi que de livraison de repas. Malgré cette baisse de fréquentation, l'Insee mesure un chiffre d'affaires pour le secteur en légère croissance; une courbe sans doute portée par la hausse des prix. Une majorité de Français sort moins souvent, que ce soit au cinéma, au théâtre ou au concert, et rogne sur ses loisirs sportifs (licence de club, abonnement en salle...). Les choix varient ici selon les ressources. Concernant les vacances, des arbitrages s'opèrent aussi, essentiellement sur la durée des séjours, désormais plus courts: on est passé de 15,5 jours, en moyenne, en 2019 à 13,8 jours en 2023.

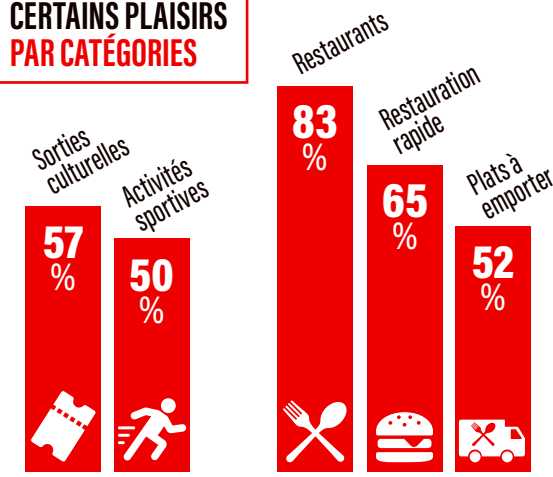
Moins de frais d'apparence

Après la crise sanitaire, avec un budget grevé par l'inflation et des besoins en baisse du fait du télétravail, les Français taillent de plus en plus dans leurs dépenses consacrées à l'apparence, en esthétique (soins, coiffure) comme en habillement, surtout dans les foyers modestes, où l'on renonce totalement à certains achats. Cela dit, les 18-39 ans et les 40-54 ans ont plutôt maintenu leurs achats dans ce domaine.

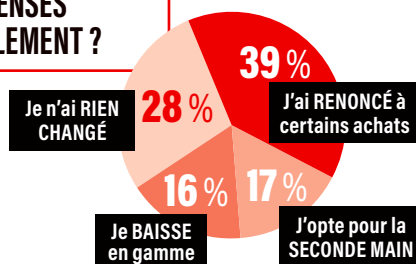
À NOTER Les consommateurs recourent à la seconde main essentiellement dans l'habillement (à hauteur de 17%) et pour les produits électroniques (9%). Dans ce dernier secteur, le report de l'achat est également fréquent.

26 %
des sondés
ne partent pas
en vacances

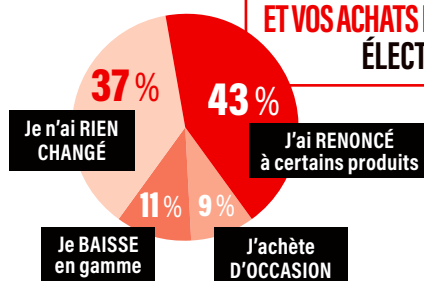
RENONCEMENT À CERTAINS PLAISIRS PAR CATÉGORIES



AVEZ-VOUS MODIFIÉ VOS DÉPENSES D'HABILLEMENT ?



ET VOS ACHATS DE PRODUITS ÉLECTRONIQUES ?



Impayés

Ne laisser que 15 jours pour tout rembourser, c'est abusif

Cour de cassation, 1^{re} chambre civile, 29 mai 2024, pourvoi n° 23-12.904. Cassation partielle.

En juillet 2011, un particulier souscrit, auprès de la Caisse régionale de crédit agricole de Lorraine, un prêt immobilier d'un montant de 220 000 € remboursable en 120 mensualités au taux de 4,05 % l'an. Il n'acquitte pas plusieurs des échéances. Aussi, le 30 mars 2018, l'établissement financier lui adresse une mise en demeure afin qu'il régularise la situation dans les 15 jours. Durant ce délai, le client n'effectue aucun versement et ne conteste pas le montant de la créance. En conséquence, la banque prononce, le 5 juin 2018, la «déchéance du terme». Cela signifie qu'en raison des impayés, elle exige le règlement immédiat du capital restant dû, des intérêts liés à cette somme et des pénalités, après une mise en demeure infructueuse et sans qu'il soit besoin d'aucune formalité judiciaire.

La banque respecte le contrat

Dans une décision du 5 janvier 2023, la Cour d'appel de Metz déclare recevable la demande de la banque dès lors que la mise en demeure est régulière. Elle respecte en effet les conditions générales du contrat, puisque le document indique la somme de 105 282 € à régler et le délai de régularisation de 15 jours. Les réclamations de l'emprunteur sont donc rejetées. Il est condamné au paiement du capital restant dû, majoré de l'indemnité de résiliation de 7%. Le taux d'emprunt de 4,05 % n'étant pas excessif, les juges estiment qu'il n'y a pas lieu de modérer la pénalité contractuelle.

Le préavis était déraisonnable

L'emprunteur se pourvoit en cassation. Il reproche aux juges de ne pas avoir considéré comme abusive la clause permettant la déchéance du terme après un si court délai de préavis. Son action est couronnée de succès. Les juges de la haute juridiction rappellent que «*dans les contrats conclus entre professionnels et non-professionnels ou consommateurs, sont abusives les clauses qui ont pour objet ou pour effet de créer, au détriment du non-professionnel ou du consommateur, un déséquilibre significatif entre les droits et obligations des parties au contrat*». Ce délai de 15 jours n'était pas un préavis raisonnable, car il créait un déséquilibre significatif au détriment du client, qui l'exposait soudainement à une aggravation de ses conditions de remboursement.

Rosine Maiolo

Accident mortel

Le vendeur doit informer sur les conditions de transport de la marchandise

Cour de cassation, 1^{re} chambre civile, 19 juin 2024, pourvoi n° 21-19.972. Rejet.

L'affaire débute de façon assez banale. Un homme a commandé 67 planches, longues chacune de 4,52 m, auprès d'une société. Avec l'aide d'un employé de cette entreprise, il les charge sur une remorque attelée à sa voiture, puis quitte les locaux du vendeur. Sur la route, à cause de la remorque qui se déporte car trop lourdement chargée, son véhicule en heurte un autre arrivant en sens inverse, dans une descente. Les deux conducteurs impliqués dans l'accident décèdent. Un contentieux en responsabilité et indemnisation est initié par les héritiers de l'acheteur.

Le vendeur jugé responsable

Les ayants droit assignent la société en responsabilité, l'accusant d'un manquement à son obligation de sécurité et d'informations lors du chargement. Ils obtiennent gain de cause. Le professionnel, qui se pourvoit en cassation, tente de se défendre. Il fait d'abord valoir que l'obligation générale de sécurité du vendeur d'un produit ne s'étend pas à son chargement, lequel est effectué sous la responsabilité de l'acheteur, devenu propriétaire et gardien de la chose achetée. L'argumentation est balayée. Les juges rappellent les dispositions du Code de la consommation, selon lesquelles *«les produits et les services doivent présenter, dans des conditions normales d'utilisation ou dans d'autres conditions raisonnablement prévisibles par le professionnel, la sécurité à laquelle on peut légitimement s'attendre et ne pas porter atteinte à la santé des personnes»* (art. L. 421-3). Ils soulignent aussi que l'acquéreur, simple consommateur profane, n'avait été informé du poids total des planches ni par l'employé, qui l'ignorait, ni par les factures, qui ne le mentionnaient pas. C'était d'autant plus préjudiciable que le vendeur avait été sensibilisé, en 2013, au problème de la surcharge des véhicules et à la nécessité de refuser de charger la marchandise en ce cas, par une campagne de la Fédération du négoce du bois et des matériaux de construction.

La faute de l'acheteur n'a pas été retenue

Le vendeur a aussi essayé de démontrer que l'acquéreur avait commis une faute puisqu'il avait fait l'objet de deux contraventions au titre de l'accident pour circulation en surcharge et défaut de maîtrise de son véhicule. Ainsi, la faute emporterait exonération partielle ou totale de la responsabilité du vendeur. Non ! Les juges ont affirmé que le déplacement anarchique de la remorque, dû à sa surcharge, constituait la cause exclusive de l'accident et que les deux contraventions relevées contre l'acquéreur avaient la même origine, dont le vendeur était responsable. Ce dernier a été condamné à indemniser les victimes.

Rosine Maiolo

Assurance maladie

Un matériel médical peut être acheté à l'étranger et remboursé

Cour de cassation, 2^e chambre civile, 6 juin 2024, pourvoi n° 21-25.527. Rejet.

Les hauts magistrats de la Cour de cassation ont été assez clairs à l'égard de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du Loiret: un patient est libre d'acheter n'importe où en Europe du matériel médical prescrit, et ce dernier doit lui être remboursé comme s'il avait été acquis en France. Dans les faits, des parents avaient commandé, sur le site internet d'un distributeur établi en Espagne, une poussette et ses accessoires adaptés au handicap de leur enfant. Le 15 avril 2021, la caisse avait refusé de rembourser leurs dépenses.

Inscription au fichier non exigée

En justice, la CPAM a fait valoir que l'entreprise espagnole ne figurait pas au fichier national des professionnels de santé et que, par conséquent, elle n'avait pas d'identifiant à mentionner sur la feuille de soins. Pour les juges, la condition tenant à cette inscription au fichier national n'est pas applicable au fournisseur d'un dispositif médical se trouvant dans un autre pays de l'Union européenne. Ils rappellent que les interdictions ou restrictions à l'importation sont prohibées entre les États membres. Si certaines sont admises, notamment pour des raisons tenant à la protection de la santé, c'est à la condition qu'elles ne constituent ni un moyen de discrimination arbitraire ni une barrière déguisée dans le commerce entre États membres. Ils s'appuient aussi sur le Code de la Sécurité sociale, selon lequel le dispositif doit être remboursé dans les mêmes conditions que s'il avait été reçu ou acheté dans l'Hexagone, sous réserve que sa prise en charge soit prévue par notre réglementation.

Même remboursement qu'en France

Après avoir constaté que les parents produisaient une prescription médicale pour l'achat de la poussette, ainsi qu'une facture, et que ce dispositif médical à usage individuel était bien remboursable en France, car inscrit sur la liste instituée par le Code de la sécurité sociale, les juges ont validé la décision rendue par le tribunal judiciaire d'Orléans en 2021. Ce dernier avait accueilli favorablement le recours des assurés. Vous pouvez donc commander un matériel médical dans un autre pays de l'Union européenne et en exiger le remboursement.

Rosine Maiolo

SOJA

Un aliment à éviter ?

Comme tous les légumes secs, le soja, riche en fibres et en protéines, pauvre en glucides, présente un profil nutritionnel très intéressant. Pourtant, certains consommateurs s'en méfient, pris entre la crainte des OGM et les doutes concernant les effets de ses isoflavones sur la santé. Est-ce fondé ?

Présent dans de très nombreuses denrées (substituts végétaux à la crème, au lait, à la viande, etc.), le soja se voit ingéré par un nombre croissant de Français. D'autres préfèrent cependant l'éviter, du fait de sa mauvaise réputation. Le premier motif de suspicion demeure son possible statut d'organisme génétiquement modifié (OGM), auquel la majorité des consommateurs sont opposés. Or, cette inquiétude n'a pas lieu d'être. Dans son test récent sur des laits végétaux, *Que Choisir* a constaté que les quatre références à base de soja sélectionnées ne comportaient aucun OGM. Même chose pour les trois desserts concernés dans notre comparatif de yaourts végétaliens aux fruits rouges ou au chocolat. Pour les substituts à la viande que nous venons d'analyser (lire *QC* n° 637), nous pouvons exclure la présence d'OGM pour six des huit produits puisque le soja y est au minimum soit bio, soit cultivé en France. Pour les deux restants, si OGM il y avait, ce serait au maximum à hauteur de 0,9% de tout le soja contenu – au-delà, une telle présence doit être signalée sur l'emballage.

La question des isoflavones

Il y a un autre problème associé à cet aliment: les isoflavones. Ces molécules, plus ou moins présentes selon la manière dont le soja est préparé, semblent pouvoir interagir avec le système hormonal humain (d'où leur qualificatif de «phyto-œstrogènes»), ce qui fait craindre à certains experts qu'une consommation importante de cette légumineuse n'ait des conséquences délétères. C'est en particulier le cas à l'Agence

nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses), qui recommande, en attendant d'en savoir plus, d'éviter d'en donner aux enfants de moins de trois ans et de ne pas manger plus d'un produit à base de soja par jour si on est une femme enceinte ou allaitante. Toutefois, cette recommandation est contestée. «*Les études épidémiologiques sur la consommation alimentaire de soja ne montrent pas de risque*», réagit Sébastien Demange, médecin et membre du conseil scientifique de l'Observatoire national des alimentations végétales (Onav), une association. «*Dans le monde, la plupart des agences sanitaires et sociétés savantes ne proposent pas de restriction à sa consommation, contrairement à la France*», poursuit-il.

Principe de précaution

Depuis 2018, *Que Choisir* a mesuré les taux d'isoflavones dans plus d'une soixantaine de produits à base de soja. On remarque que la plupart des boissons, desserts et galettes ayant pour ingrédient principal cette légumineuse en contiennent. Dans nos récentes analyses, le taux peut monter jusqu'à 46 mg dans une seule galette de soja. Soit autant que la dose maximale quotidienne établie en 2005 par l'Afssa, devenue l'Anses, pour une personne de 46 kg. Cette quantité étant variable selon le poids (elle est fixée à 1 mg par kilo corporel), mieux vaut donc, par précaution, ne pas consommer plus d'une portion de ce type de produit par jour pour les adultes, et plus d'une demi-portion pour les enfants d'au moins trois ans.

Par Elsa Abdoun

TAXE FONCIÈRE

Quelles exonérations en 2024 ?

En 2024, la taxe foncière sur les propriétés bâties va augmenter de 3,9 % partout en France, et quelques villes ont prévu de rehausser leur taux d'imposition en parallèle. Cependant, certains propriétaires bénéficieront d'une exonération.

En 2023, les recettes associées à la taxe foncière ont gonflé de 9,7% en raison de la revalorisation des valeurs locatives et de la hausse des taux d'imposition. La taxe a augmenté plus fortement pour les logements que pour les locaux commerciaux, et davantage pour les particuliers (+10,2%) que pour les entreprises (+8,2%). Ces dernières ont aussi bénéficié de l'essentiel des exonérations accordées par le fisc; seuls 8% des particuliers ont eu droit à un dégrèvement de la taxe foncière l'an passé. Pourtant, des allègements sous conditions de ressources, d'âge ou de handicap sont possibles, tout comme des exonérations temporaires pour les constructions neuves, les logements anciens rénovés et les locations vacantes.

Par exception, certains sont exonérés

Tout propriétaire d'un bien immobilier au 1^{er} janvier 2024 est redevable de la taxe foncière cette année. Peu importe l'usage: résidence principale ou secondaire, logement en location ou vacant, local professionnel, etc. Si vous en vendez un en 2024, vous restez redevable de la totalité de la taxe correspondante, mais le notaire chargé de la vente la répartira entre vous et l'acheteur, en fonction de la date de la cession, sur la base de celle payée en 2023. Par exception, vous pouvez être exonéré de la taxe afférente à votre résidence principale si vous êtes titulaire de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) ou de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI). Idem si vous aviez plus de 75 ans le 1^{er} janvier dernier ou êtes titulaire de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) avec un revenu fiscal de référence (RFR) de 2023 ne dépassant pas 12455 € pour une part de quotient familial, plus 3326 € par demi-part supplémentaire. Par exemple, une personne mariée (deux parts), titulaire de l'AAH, est exonérée de taxe foncière en 2024 si les revenus de son ménage n'ont pas excédé 19107 €

en 2023. Ainsi, cette exonération n'est plus conditionnée au fait de vivre seul ou avec ses proches. Vous pouvez cohabiter avec quiconque, quel que soit son niveau de ressources. Si vous résidez en maison de retraite ou dans un établissement de soins de longue durée, cet avantage est valable pour l'ancienne résidence principale dont vous avez conservé la jouissance. Ou encore pour celle dont vous êtes propriétaire avec d'autres personnes, à concurrence de vos droits dans l'indivision.

Réduction et plafonnement

Vous pouvez bénéficier automatiquement d'une réduction de 100 € de la taxe foncière sur votre résidence principale cette année si vous aviez plus de 65 ans le 1^{er} janvier 2024 et que votre RFR de 2023 ne dépasse pas les limites indiquées précédemment. Un dispositif de plafonnement de la taxe foncière est également prévu, quel que soit votre âge, si votre RFR de 2023 n'a pas dépassé 29288 € pour une part de quotient (plus 6843 € pour la première demi-part supplémentaire et 5387 € pour chaque demi-part suivante), et que vous n'avez pas été assujéti à l'impôt sur la fortune immobilière en 2023. En théorie, il faut adresser une réclamation au fisc après réception de l'avis de taxe foncière pour en bénéficier. En pratique, votre demande a peu de chance d'aboutir, car vous obtiendrez uniquement le remboursement de la fraction de taxe qui dépasse 50% de vos revenus!

> Bon à savoir En octobre 2024, le coût de la taxe foncière va encore s'alourdir. Les valeurs locatives ont été indexées de 3,9% le 1^{er} janvier, et certaines communes ont voté de fortes hausses de leur taux d'imposition (12% à Nice, 14% à Annecy et à Nancy, 10% à Villeurbanne...). Le cumul des deux va entraîner une augmentation de l'impôt foncier supérieure à 20% par endroits.

Par Olivier Puren

AUTOMOBILE

Des équipements obligatoires pour réduire les accidents

Depuis le 7 juillet 2024, toutes les voitures neuves doivent être dotées d'assistances électroniques visant à rendre la route plus sûre. Parmi elles, l'alerte de vitesse excessive (+ 500 € par véhicule) pose question, son efficacité laissant à désirer.

Bruelles a décidé de frapper fort: dorénavant, avec la General Safety Regulation 2 (GSR 2), les voitures neuves doivent disposer d'un certain nombre d'aides à la conduite de série, comme le freinage automatique en cas d'obstacle, l'enregistreur de données d'accident ou l'alerte de vitesse excessive, dite «ISA». Selon une vidéo de l'Utac, le laboratoire d'homologation des véhicules en France, il y a «une volonté forte d'ouvrir la voie à la conduite connectée et automatisée». Mais aussi un désir «de prendre en compte tout ce qui est facteurs humains», ajoute Fabrice Herveleu, son expert en sécurité active.

Véhicules plus «agressifs»

La généralisation de toutes ces assistances ne sera pas la seule évolution. En effet, la structure même des voitures va se renforcer, car cette norme impose des essais en laboratoire supplémentaires et des conditions plus sévères pour les crash tests. Cela aura une incidence sur le poids des voitures, et donc leur «agressivité». En clair, plus un véhicule est lourd, plus il préserve ses occupants en cas de choc, mais lors d'une collision entre deux autos, ce paramètre physique s'exerce au détriment de la plus légère. Ce qui a suscité une première critique de la part de l'Association des constructeurs européens d'automobiles (Acea).

Répercussion sur les prix

L'introduction obligatoire de cette nouvelle panoplie d'équipements électroniques signifie aussi une fin de carrière pour certains modèles, à l'instar de la Renault Zoe, de la Twingo ou de la Suzuki Ignis. Ceux qui restent commercialisés vont, eux, connaître une lourde remise à jour. D'après un document de 2018 de l'Association

européenne des équipementiers automobiles (Clepa), le passage à la GSR 2 était évalué entre 474 € et 617 € par véhicule. Un calcul qui semble toujours d'actualité: Dacia vient de renchérir de 500 € la version d'entrée de gamme de sa Sandero (11 990 € désormais), tandis que la Peugeot 208 Like Puretech 75 s'affiche aujourd'hui à 19 550 €, soit 350 € de plus qu'il y a un an.

Un système imparfait

Si la volonté de l'Union européenne (UE) de réduire l'accidentalité est louable, l'équipement de sécurité choisi laisse dubitatif, en particulier l'ISA, qui émet un son agaçant dès que l'on dépasse la vitesse autorisée. Lorsque le dispositif est couplé au régulateur de vitesse, la voiture s'adapte seule à la limitation. Or, l'Acea déplore un système qui «déclenche trop de fausses alertes en raison d'une lecture incorrecte de la signalisation ou de la prise en compte d'informations périmées». Les tests effectués par plusieurs journaux automobiles européens interpellent également.

«L'ISA échoue aux essais» en raison d'une lecture erronée des panneaux, explique le magazine allemand *Auto Motor und Sport*. En Belgique, les essayeurs du *Moniteur automobile* racontent que «le régulateur intelligent a cru bon de piler sur autoroute à cause d'une limitation imaginaire aperçue sur une voie parallèle...» Même le laboratoire anglais de Thatcham Research, pourtant proche des équipementiers automobiles, convient que l'ISA se trompe en cas de panneaux illisibles, de zones de travaux, etc. En attendant une éventuelle amélioration, toutes les aides liées à la GSR 2 peuvent pour l'instant être déconnectées, sachant que l'auto se réinitialise à chaque démarrage.

Arnaud Murati

SANTÉ

72 médicaments en question

Bruxelles a décidé de suspendre la commercialisation de 400 génériques. L'Agence nationale de sécurité du médicament française a soustrait du circuit de distribution 7 produits sur les 72 concernés dans notre pays.

La Commission européenne vient de suspendre la vente de 400 génériques dans l'Union, dont 72 sont prescrits et délivrés chez nous. En France, l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM), le gendarme du secteur, en a finalement évincé sept. Pourquoi une telle décision ? À cause des manquements de la firme indienne Synapse Labs, que les fabricants missionnent pour contrôler la bioéquivalence entre chaque copie et le médicament de référence, un prérequis indispensable à l'autorisation de commercialisation.

C'est quoi, la bioéquivalence ?

La loi n'impose pas aux fabricants de génériques d'effectuer des études d'efficacité clinique et de sécurité, puisque la marque détentrice du brevet initial l'a déjà fait à l'occasion de la mise sur le marché de la spécialité d'origine, dit « princeps ». Ils sont toutefois contraints de prouver que leur produit, composé de la même molécule mais parfois d'excipients différents, se comporte dans l'organisme de la même manière que le traitement de référence. C'est ça que l'on appelle la bioéquivalence. Elle se mesure en vérifiant que la substance active se diffuse dans le plasma sanguin, après la prise du générique, à la même vitesse et avec un pic similaire que dans le cas du médicament original. En clair, la courbe de diffusion du générique doit avoir un profil proche. Si l'exactitude n'est pas requise, la marge de tolérance est réduite.

Malheureusement, des inspections diligentées à partir de 2020 en Espagne ont révélé des dysfonctionnements suffisants pour remettre en question le sérieux du travail réalisé par Synapse Labs. À la suite des alertes émises, l'Agence européenne des médicaments (EMA) a été saisie. En décembre 2023, elle a recommandé une première fois de suspendre les génériques concernés. Après l'ultime vérification que réclamaient les fabricants, elle a confirmé sa position, transmise à la Commission européenne, qui a fort logiquement acté la décision.

Quelles solutions pour les patients ?

Depuis, l'ANSM, a planché pour statuer sur le sort des 72 médicaments concernés en France. En pratique, il n'y a aucun risque à prendre ces génériques. Sept médicaments ont toutefois été retirés du circuit de vente depuis le 3 juillet, les autorités ayant vérifié qu'il existait d'autres options. Pour ceux qui restent, soit les fabricants ont mis à profit les longs délais, depuis les premières alertes, pour relancer des études de bioéquivalence – une fois qu'elles sont validées, le maintien sur le marché est possible, c'est le cas pour une vingtaine de spécialités – ; soit il n'existe pas d'alternative, ou bien la solution de repli n'est pas disponible en volume suffisant en raison des pénuries : les génériques suspendus restent alors en vente par défaut, pour deux ans. In fine, une quarantaine de traitements ont été maintenus dans notre pays.

Anne-Sophie Stamane

COMPLÉMENTS ALIMENTAIRES

Un produit minceur pas si miraculeux...

Le Morosil est censé apporter une perte de poids rapide et sans effort. Ce complément alimentaire est pourtant loin de tenir ses promesses.

Véritable star sur les réseaux sociaux, le Morosil, un extrait de peau d'orange sanguine moro élaboré par Bionap, une société italienne, est utilisé dans de nombreux compléments alimentaires. Il favoriserait la perte de poids sans régime ni sport et réduirait les fringales. Il rencontre un tel succès qu'il serait en rupture de stock dans certaines pharmacies. Est-ce justifié? Rien n'est moins sûr.

Lutte contre le vieillissement, action brûle-graisse et coupe-faim, soulagement des jambes lourdes... même si seule cette dernière allégation santé est autorisée en Europe, les fabricants n'hésitent à vanter ses prétendues vertus. Et ces promesses sont largement reprises par des influenceuses sur TikTok. En tête des produits plébiscités, les SKNY gummies, qui contiennent pourtant beaucoup de sucre. Certaines marques citent des études afin d'appuyer leurs propos. Il n'est guère difficile de les trouver, puisqu'il n'en existe que deux, financées par Bionap. Celles-ci ne portent que sur 150 personnes, la moitié ayant

pris un placebo. L'une a même dû modifier sa méthode d'analyse a posteriori. Donc rien qui permette de conclure à quoi que ce soit.

Des ingrédients à risque

Si le Morosil est présenté comme l'ingrédient miracle, il n'entre jamais seul dans la composition des compléments alimentaires. Choline, extrait de noix de cola et vinaigre de cidre sont ses compagnons les plus récurrents, suivis de l'extrait de thé vert et de la vitamine C. Or, tous comportent des risques pour la santé. Le Morosil est ainsi déconseillé en cas de troubles thyroïdiens ou de traitement anticoagulant, et peut provoquer des troubles digestifs ou des réactions allergiques. La choline, elle, est à éviter lorsque l'on souffre de dépression ou de la maladie de Parkinson. Quant à l'excès d'extrait de thé vert, il entraîne potentiellement des lésions au foie, et le vinaigre de cidre, des brûlures d'estomac. Des cocktails loin d'être inoffensifs.

Audrey Vaugrente



L'UFC-QUE CHOISIR DANS VOTRE VILLE

La force de l'UFC-Que Choisir, ce sont ses publications, son site internet et ses associations locales, animées par des bénévoles compétents qui tiennent régulièrement des permanences pour vous conseiller et vous informer. Pour adhérer à l'une d'entre elles, complétez et découpez le coupon ci-dessous, et adressez-le, accompagné d'un chèque de 30 € minimum pour la première adhésion, à :

UFC-QUE CHOISIR - 233, bd Voltaire - 75555 Paris Cedex 11

Nom Prénom

Adresse

Code postal [] [] [] [] [] Ville

NOS ASSOCIATIONS LOCALES

L'UFC-Que Choisir compte 131 associations locales en France, animées par des militants bénévoles. Ces antennes fournissent à leurs adhérents des conseils juridiques et techniques ainsi que de la documentation sur des questions de vie quotidienne.

01 AIN

• Maison de la culture et de la citoyenneté
CS 70270
4, allée des Brotteaux
01006 BOURG-EN-BRESSE CEDEX
04 74 22 58 94

02 AISNE

• 31 bis, rue du G^{ral} Patton
02880 CROUY
09 70 96 64 93

03 ALLIER

• 52, rue de la Gironde
03100 MONTLUÇON
04 70 05 30 38
• 42, rue du Progrès
03000 MOULINS
04 70 20 96 30

04 ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE

• 22, rue d'Aubette
04100 MANOSQUE
04 92 72 19 01

07 ARDÈCHE

• Maison des associations
Avenue de la Gare
07200 AUBENAS
04 75 39 20 44

08 ARDENNES

• BP 561
5, rue Jean-Moulin
08000 CHARLEVILLE-MÉZIÈRES CEDEX
03 24 53 70 17

09 ARIÈGE

• Maison de la citoyenneté
16, rue de la République
09200 SAINT-GIRONS
05 61 66 03 66

11 AUDE

• 118, route d'Amissan
11000 NARBONNE
04 68 32 68 72

12 AVEYRON

• Maison des associations
15, avenue Tarayre
12000 RODEZ
05 65 77 00 01

13 BOUCHES-DU-RHÔNE

• Le Félibrige, bât. B
4, place Coimbra
13090 AIX-EN-PROVENCE
04 42 93 74 57
• 11 bis, rue Saint-Ferréol
13001 MARSEILLE
04 91 90 05 52

• 8, boulevard Joliot-Curie
13500 MARTIGUES
04 42 81 10 21
• 6, rue des Grands-Prés
13300 SALON-DE-PROVENCE
04 90 42 19 80

14 CALVADOS

• 19, quai de Juillet
14000 CAEN
02 31 86 32 54
• Centre socioculturel de la CAF
9, rue Anne-Morgan
14500 VIRE
02 31 67 73 66

15 CANTAL

• BP 17
19, rue de la Coste
15000 AURILLAC
04 71 48 58 68

16 CHARENTE

• Immeuble George-Sand
83, avenue de Lattre-de-Tassigny
16000 ANGOULÊME
05 45 95 32 84

17 CHARENTE-MARITIME

• 3, rue J.-B. Charcot
17000 LA ROCHELLE
05 46 41 53 42

18 CHER

• Maison des associations
28, rue Gambon
18000 BOURGES
02 48 70 48 02

19 CORRÈZE

• 13, rue Émile-Duclaux
19100 BRIVE-LA-GAILLARDE
05 55 23 19 37

20 CORSE

• Le Golo, bât. A
Rue Aspirant-Michelin
20900 AJACCIO
04 95 22 69 83

21 CÔTE-D'OR

• Maison des associations
2, rue des Corroyeurs
21000 DIJON
03 80 43 84 56

22 CÔTES-D'ARMOR

• Espace Volta
12, rue André-Marie-Ampère
22300 LANNION
02 96 46 66 09
• 3, rue Pierre-Cléret
22120 YFFINIAC
02 96 78 12 76

23 CREUSE

• BP 242
11, rue Braconne
23005 GUÉRET CEDEX
05 55 52 82 83

24 DORDOGNE

• 1, square Jean-Jaurès
24000 PÉRIGUEUX
05 53 09 68 24

25 DOUBS

• 8, avenue de Montrapon
25000 BESANÇON
03 81 81 23 46

26 DRÔME

• 41, avenue Sadi-Carnot
26000 VALENCE
04 75 42 58 29

27 EURE

• Immeuble Cambrésis
17, rue des Aérostiers
27000 ÉVREUX
02 32 39 44 70

28 EURE-ET-LOIR

• La Madeleine
25, place Saint-Louis
28000 CHARTRES
02 37 30 17 57

29 FINISTÈRE

• Maison des associations
6, rue Pen-Ar-Creac'h
29200 BREST
02 98 80 64 30
• 3, allée de Roz-Avel
29000 QUIMPER
02 98 55 30 21

30 GARD

• 20, rue du C^{ral}-Audiber
30100 ALÈS
04 66 52 80 80
• Bât. A
65, avenue Jean-Jaurès
30900 NÎMES
04 66 84 31 87

31 HAUTE-GARONNE

• Bât. E2
13, square Joséphine-Baker
31320 CASTANET-TOLOSAN
05 61 27 86 33
• BP 70529
59, boulevard Lascrosses
31005 TOULOUSE CEDEX 6
05 61 22 13 00

32 GERS

• 44, rue Victor-Hugo
32000 AUCH
05 62 61 93 75

33 GIRONDE

• 17, cours Balguerie-Stuttgart
33300 BORDEAUX
05 56 79 91 94

34 HÉRAULT

• Maison de la vie associative
Boîte aux lettres n° 15
2, rue Jeanne-Jugan
34500 BÉZIERS
04 67 28 06 06
• BP 2114
3, rue Richelieu
34026 MONTPELLIER CEDEX 1
04 67 66 32 96
• BP 106
53, boulevard Chevalier-de-Clerville
34200 SÈTE
04 30 41 53 30

35 ILLE-ET-VILAINE

• 8, place du Colombier
35000 RENNES
02 99 85 94 23
• Maison des associations
Surcouf
19, rue de la Chaussée
35400 SAINT-MALO
02 99 56 80 47

36 INDRE

• 34, espace Mendès-France
Avenue François-Mitterrand
36000 CHÂTEAUX-ROUX
02 54 27 43 57

37 INDRE-ET-LOIRE

• 12, rue Camille-Flammarion
37100 TOURS
02 47 51 91 12

38 ISÈRE

• 8, rue brigadier Megevand
38300 BOURGOIN-JALLIEU
04 74 28 02 53
• 24 bis, rue Mallifaud
38100 GRENOBLE
04 76 46 88 45

39 JURA

• 3A, avenue Aristide-Briand (adresse de visite)
• 27, rue de la Sous-Préfecture (adresse postale)
39100 DOLE
03 84 82 60 15

40 LANDES

• Association Camille-Pédarré
89 bis, rue Martin-Luther-King

40004 MONT-DE-MARSAN CEDEX
05 58 05 92 88

41 LOIR-ET-CHER

• Maison des associations
17, rue Roland-Garros
41000 BLOIS
02 54 42 35 66

42 LOIRE

• 17, rue Brossard
42000 SAINT-ÉTIENNE
04 77 33 72 15

43 HAUTE-LOIRE

• 29, boulevard D^r Chantemesse
43000 AIGUILHE
04 71 02 29 45

44 LOIRE-ATLANTIQUE

• Maison des associations
2 bis, rue Albert-de-Mun
44600 SAINT-NAZAIRE
02 40 22 00 19
• 1, place du Martray
44000 NANTES
09 53 75 15 94

45 LOIRET

• 39, rue Saint-Marceau
45001 ORLÉANS
02 38 53 53 00
• Maison des associations
32, rue Claude-Debussy
45120 CHALETTE-SUR-LOING
02 38 85 06 83

46 LOT

• Espace associatif
Place Bessières
46000 CAHORS
05 65 53 91 19

47 LOT-ET-GARONNE

• BP 50301
159, avenue Léon-Blum
47008 AGEN
05 53 48 02 41

49 MAINE-ET-LOIRE

• Espace Frédéric-Mistral,
4, allée des Baladins
49000 ANGERS
02 41 88 56 42

50 MANCHE

• 167, rue G^{ral}-Gerhardt
50000 SAINT-LÔ
02 33 05 68 76

NOS ASSOCIATIONS LOCALES

51 MARNE

• Espace entreprises
Saint-John-Perse
2, cour du G^{al}-Eisenhower
51100 REIMS
03 26 08 63 03

52 HAUTE-MARNE

• 14, rue de Vergy
52100 SAINT-DIZIER
03 25 56 26 59

53 MAYENNE

• 31, rue Oudinot
53000 LAVAL
02 43 67 01 18

54 MEURTHE-ET-MOSELLE

• 76, rue de La-Hache
54000 NANCY
09 52 19 48 23

56 MORBIHAN

• Maison des familles
2, rue du P^l-Mazé
56100 LORIENT
02 97 84 74 24

57 MOSELLE

• BP 46
1A, impasse de l'École
57470 HOMBORG-HAUT
03 87 81 67 80
• 4, place de la Nation
57950 MONTIGNY-LÈS-METZ
03 72 13 73 57
• 2, rue d'Austrasie
57100 THIONVILLE
03 82 51 84 29

58 NIÈVRE

• Maison municipale
des Eduens, bureau 2
Allée des Droits-de-l'Enfant
58000 NEVERS
03 86 21 44 14

59 NORD

• 104, rue d'Esquerchin
59500 DOUAI
03 27 96 05 15
• Maison de la vie associative
BP 90097
Rue du 11-Novembre-1918
59942 DUNKERQUE CEDEX 2
03 28 20 74 81
• 54, rue Jacquemars-Gielée
59000 LILLE
03 20 85 14 66
• Maison des associations
13, rue du Progrès
59600 MAUBEUGE
06 47 49 53 81

60 OISE

• BP 80059
60303 SENLIS CEDEX

61 ORNE

• MVA 23, rue Demées
61000 ALENÇON
02 33 26 79 47

62 PAS-DE-CALAIS

• Maison des sociétés
Bureau 39
16, rue Aristide-Briand
62000 ARRAS
03 21 23 22 97
• Maison
des associations
1, place du G^{al}-de-Gaulle
62219 LONGUENESSE
03 21 39 81 81

63 PUY-DE-DÔME

• 21, rue Jean-Richepin
63000 CLERMONT-FERRAND
04 73 98 67 90
• Maison des associations
20, rue du Palais
63500 ISSOIRE
04 73 55 06 76

64 PYRÉNÉES-ATLANTIQUES

• 9, rue Sainte-Ursule
64100 BAYONNE
05 59 59 48 70
• 10, rue du P^l-Kennedy
64300 ORTHEZ
05 59 67 05 80
• 16, rue du C^{ne}-Guynemer
64000 PAU
05 59 90 12 67

65 HAUTES-PYRÉNÉES

• 4, rue Alphonse-Daudet
65000 TARBES
09 62 34 21 21

67 BAS-RHIN

• 1A, place
des Orphelins
67000 STRASBOURG
03 88 37 31 26

68 HAUT-RHIN

• Carré des associations
4, avenue Clémenceau
68200 MULHOUSE
07 82 47 11 58

69 RHÔNE

• BP 7055
1, rue Sébastien-Gryphe
69341 LYON CEDEX 07
04 78 72 00 84

70 HAUTE-SAÔNE

• BP 10357
22, rue du Breuil
70006 VESOUL
03 84 76 36 71

71 SAÔNE-ET-LOIRE

• 2, rue Jean-Bouvet
71000 MÂCON
03 85 39 47 17

72 SARTHE

• 21, rue Besnier
72000 LE MANS
02 43 85 88 91

73 SAVOIE

• 25, boulevard des Anglais
73104 AIX-LES-BAINS
CEDEX 4
07 83 74 12 73
• Maison des associations
21, rue Georges-Lamarque
73200 ALBERTVILLE
04 79 37 11 01
• 67, rue Saint-François-
de-Sales
73000 CHAMBÉRY
04 79 85 27 87

74 HAUTE-SAVOIE

• 48, rue des Jardins
74000 ANNECY
04 50 69 74 67

75 PARIS

• 1^{er}, 5^e, 6^e, 7^e, 8^e, 13^e, 14^e,
15^e, 16^e, 17^e arr.
54, rue de l'Ouest
75014 PARIS
01 56 68 97 48

76 SEINE-MARITIME

• 36, rue du M^{al}-Joffre
76600 LE HAVRE
09 62 51 94 37
• 12, rue Jean-Lecanuet
76000 ROUEN
02 35 70 27 32

77 SEINE-ET-MARNE

• 22, rue du
Palais-de-Justice
77120 COULOMMIERS
01 64 65 88 70
• Centre social
et culturel Brassens
4, patio des Catalpas
77420 CHAMPS-
SUR-MARNE
01 64 73 52 07

78 YVELINES

• 3, avenue des Pages
78110 LE VÉSINET
06 08 90 20 16
• 7, avenue Foch
78120 RAMBOUILLET
01 78 82 52 12
• BP 56
9, Grande-Rue
78480 VERNEUIL-
SUR-SEINE
01 39 65 63 39
• 5, impasse des Gendarmes
78000 VERSAILLES
01 39 53 23 69
• Mairie - Place Yvon-Esnault
78320 LÉVIS-SAINT-NOM

79 DEUX-SÈVRES

• Hôtel de la vie associative
12, rue Joseph-Cugnot
79000 NIORT
05 49 09 04 40

80 SOMME

• 5, rue Pasteur
80480 SALOUEL
03 22 72 10 84

81 TARN

• 3, place du Palais
81000 ALBI
05 63 38 42 15

82 TARN-ET-GARONNE

• BP 397
25, place Charles-Caperan
82003 MONTAUBAN CEDEX
05 63 20 20 80

83 VAR

• 1196, boulevard de la Mer
83616 FRÉJUS CEDEX
09 63 04 60 44
• L'oiseau de feu
113, rue Henri Poincaré
83200 TOULON
04 94 89 19 07

85 VENDÉE

• 8, boulevard Louis-Blanc
85000 LA-ROCHE-SUR-YON
02 51 36 19 52

86 VIENNE

• 1, rue du 14 juillet 1789
86000 POITIERS
09 87 76 39 91

87 HAUTE-VIENNE

• 4, cité Louis-Casimir-Ranson
87000 LIMOGES
05 55 33 37 32

88 VOSGES

• Maison des associations
BP 1004
6, quartier Magdeleine
88050 ÉPINAL CEDEX 9
03 29 64 16 58

89 YONNE

• 12, boulevard Vaulabelle
89000 AUXERRE
03 86 51 54 87

91 ESSONNE

• 3, rue Alfred-de-Musset
91120 PALAISEAU
01 60 11 98 20
• La Ferme
91800 BOUSSY-
SAINT-ANTOINE
01 69 56 02 49
• Val d'Orge
Place du 19-Mars-1962
91240 SAINT-MICHEL-
SUR-ORGE
09 67 19 08 13

92 HAUTS-DE-SEINE

• BP 31
92293 CHÂTENAY-
MALABRY CEDEX
07 61 07 64 97
• 11, rue Hédouin
92190 MEUDON
• BP 60025
92276 BOIS-COLOMBES
• 18, rue des Écoles
92210 SAINT-CLOUD
06 41 06 59 35
• Mairie de Sèvres
54, Grande-Rue
92310 SÈVRES

93 SEINE-SAINT-DENIS

• 19, rue Jules-Guesde
93140 BONDY
06 42 01 07 89
• Centre Salvador-Allende
Rue du Dauphiné
93330 NEUILLY-
SUR-MARNE

94 VAL-DE-MARNE

• Centre social Kennedy
36, boulevard J.-F.-Kennedy
94000 CRÉTEIL
01 43 77 60 45
• Centre Marius-Sidobre
26, rue Émile-Raspail
94110 ARCUEIL
01 45 47 74 74

95 VAL-D'OISE

• Espace Nelson-Mandela
82, boulevard du G^{al}-Leclerc
95100 ARGENTEUIL
01 39 80 78 15
• BP 90001
95471 FOSSES CEDEX
01 34 72 76 87
• Office culturel du Forum
Place François-Truffaut
95210 SAINT-GRATIEN
07 71 71 09 73

LA RÉUNION

• Résidence Les Vacoas
7, rue Paul-Demange
97480 SAINT-JOSEPH
02 62 45 24 44

NOUVELLE-CALÉDONIE

• Résidence du Vaillon d'Argent
BP 2357
82, rue Capiez
98846 NOUMÉA CEDEX
06 87 28 51 20

NE REFERMEZ PAS CE NUMÉRO PRATIQUE...

... sans avoir découvert l'expertise de nos autres publications.
Toute l'année, nous veillons à apporter une information indépendante,
pratique et utile pour la défense du consommateur.



**SAVOIR CE QUE L'ON CONSOMME,
C'EST CONSOMMER INTELLIGENT**

QUE CHOISIR

► Chaque mois

Que Choisir vous tient au fait de l'actualité de la consommation. Il informe, teste, analyse et compare. Il prend parti, recommande ou dénonce.

Commandez les derniers numéros parus au prix unitaire de 5 €.

QUE CHOISIR Argent

► Chaque trimestre

Que Choisir Argent vous aide à mieux gérer votre budget. Des informations pratiques, utiles, des dossiers complets, des enquêtes de terrain pour éclairer vos choix et accompagner chacune de vos décisions.

Commandez les derniers numéros parus au prix unitaire de 5,20 €.

Pour commander les anciens numéros et vous abonner, mais aussi connaître les sommaires détaillés, les dossiers abordés ou encore les tests réalisés...

WWW.QUECHOISIR.ORG

ou flashez
ce QRcode



TROUVEZ LE BON FOURNISSEUR D'ACCÈS À INTERNET



**Faites jouer
la concurrence**

Grâce à notre **comparateur
d'opérateurs**, choisissez l'offre
la plus adaptée à vos besoins
comme à vos moyens.

Ufcqc.link/fai141

Un
service
gratuit!

Pour accéder
au comparateur,
**copiez l'URL
ci-dessus
ou flashez
le QR code**



**UFC QUE
CHOISIR**

UNION FÉDÉRALE
DES CONSOMMATEURS
- QUE CHOISIR