



## La dépression en 10 questions

### 1. Tout le monde peut-il faire une dépression ?

Oui, autant que dans les autres régions du monde. le Belge est susceptible de faire une dépression au cours de sa vie.

La dépression est l'une des maladies les plus fréquentes que rencontrent les médecins généralistes et les psychiatres. Les dernières études internationales estiment que 10 à 17% de la population sont au cours de leur vie victimes d'un trouble dépressif. En extrapolant ces chiffres, on peut estimer que 1.000.000 à 1.700.000 belges vont présenter, au cours de leur existence, une dépression.

Personne ne peut être sûr d'être protégé contre la dépression. Même si elle touche de manière privilégiée les femmes (2 femmes pour 1 homme) et les adultes jeunes (25 à 35 ans), toutes les couches de la population et tous les âges peuvent rencontrer un trouble dépressif.

**1.000.000 à 1.700.000 Belges vont présenter  
une dépression au cours de leur vie.**

### 2. La dépression est-elle facilement reconnue ?

Non, trop souvent. le trouble dépressif n'est pas reconnu par la personne qui en souffre, encore moins par ses proches.

A tort, on attribue l'état du patient à son caractère, à un manque de tonus, à un manque de dynamisme, voire à une maladie somatique. Dans l'importante étude européenne DEPRESS réalisée dans dix pays européens sur un échantillon de 78 000 patients non hospitalisés, 40% des personnes chez lesquelles un diagnostic de dépression majeure a pu être posé avec certitude par les enquêteurs n'avaient jamais été voir un médecin ou un psychiatre pour leur problème dépressif; cet état dépressif était manifestement non reconnu par eux-mêmes et/ou par leurs proches.

Une des raisons majeures de cette non-reconnaissance est que l'on pense souvent qu'un dépressif doit manifester un faciès triste, des pleurs, une idéation suicidaire, voire un découragement complet. La situation clinique n'est pas nécessairement telle et souvent, seuls les symptômes suivants vont dominer le tableau clinique: troubles du sommeil, troubles de la concentration, troubles de la mémoire et de l'attention, fatigue matinale, ralentissement psychomoteur, troubles de l'appétit, perte de poids, ...

Si certaines dépressions sont réactionnelles à un deuil ou à un événement de vie catastrophique (perte d'emploi, rupture conjugale,...), elles peuvent également être la conséquence de l'accumulation de stress, de difficultés affectives, professionnelles ou de santé qui fragilisent l'individu et l'amènent à "craquer" petit à petit. Enfin, beaucoup de dépressions peuvent se manifester sans aucun facteur déclenchant.

**Dans la majorité des cas, la dépression n'est pas reconnue par celui qui en souffre,  
par ses proches et parfois même par son médecin.**

### 3. La dépression traduit-elle un manque de volonté ?

Non, la véritable dépression n'est pas liée à un manque de volonté. En parlant de dépression, nous parlons de véritables dépressions et non de périodes de "blues" de quelques jours, de périodes de "déprime" que nous pouvons tous rencontrer dans nos vies et qui sont caractérisées par des moments passagers de découragement, de "ras le bol" ou de crise. Ils ne durent que quelques jours et nous pouvons, la plupart du temps, redémarrer.

Pour qu'il y ait véritablement dépression, il faut que les symptômes dépressifs persistent au moins 2 semaines et qu'il y ait une dégradation évidente par rapport au fonctionnement antérieur du patient. Ces symptômes toucheront à l'humeur du patient (humeur triste, découragement, manque d'intérêt et/ou de plaisir pour les activités quotidiennes, culpabilité, idéation suicidaire) mais également au fonctionnement biologique de celui-ci (troubles du sommeil, fatigue matinale, troubles de l'appétit, troubles de l'attention, de la mémoire, de la concentration, ralentissement psychomoteur, perte ou prise de poids).

Toutes les recherches scientifiques réalisées à ce jour mettent en évidence que la dépression est bien une maladie qui va gravement altérer le fonctionnement de base de l'individu; elle n'est pas un manque de volonté, dû à une simple péripétie existentielle de la vie d'un individu. C'est bien malgré la volonté du patient, la plupart du temps, que cette dépression évolue et influence son existence. Elle nécessite un traitement sans lequel, souvent, le patient ne pourra pas s'en sortir.

**La dépression est une maladie qui nécessite un traitement.**

### 4. Quand faut-il parler de ses problèmes à son médecin généraliste ?

Dès que le patient présente un certain nombre de problèmes difficiles à supporter, il doit en parler à son médecin traitant. Ces symptômes sont bien sûr l'humeur triste, la perte d'intérêt et de plaisir pour les activités quotidiennes, des pleurs difficilement explicables, un sentiment de découragement, des idées de mort, des difficultés de sommeil avec réveil précoce pendant la nuit et impossibilité de se rendormir, des pertes ou des prises de poids inexpliquées et non liées à la consommation calorique, des pertes de mémoire, des troubles de la concentration et de l'attention, une fatigue inexpliquée dès le matin, un manque d'énergie et de tonus, un ralentissement du cours de la pensée. Tous ces symptômes doivent faire penser à la dépression et surtout ne pas être considérés isolément. Le médecin généraliste les reliera les uns aux autres, pourra en faire le diagnostic et proposer un traitement adéquat.

Il ne faut pas attendre que le mal s'installe pour oser en parler. Une prise en charge précoce est essentielle.

Le traitement isolé de chacun de ces symptômes est souvent sans efficacité à long terme. Les vitamines, les oligo-éléments, les tranquillisants, les somnifères s'attaquent individuellement à chaque symptôme et non à la cause du problème: la dépression.

**Il faut parler des problèmes dépressifs à son médecin dès que possible.**

### 5. Faut-il choisir entre psychothérapie et traitement antidépresseur ?

Non, il ne faut pas choisir entre psychothérapie et traitement antidépresseur. On a longtemps opposé psychothérapie et traitement antidépresseur, comme s'il fallait choisir l'une ou l'autre approche.

Dans la grande majorité des troubles dépressifs, un traitement antidépresseur sera souvent indispensable. Cependant, ce traitement n'agira sur la dépression qu'après trois à six semaines. Le traitement de la dépression ne doit donc pas se limiter à la prescription isolée d'un antidépresseur sans un suivi psychologique et une relation thérapeutique entre le médecin et le patient.

Il y a lieu d'expliquer au patient et à sa famille ce qu'est une dépression et l'objectif du traitement. Il sera également essentiel, dans l'abord psychothérapeutique de soutien, d'analyser les événements psychologiques et existentiels qui ont provoqué cette dépression et d'aborder les retombées psychologiques et les répercussions de la dépression sur la vie du patient et sur celle de ses proches.

**Il ne faut pas choisir entre psychothérapie et traitement antidépresseur ; il faut les associer dans une approche globale.**

## 6. Les antidépresseurs sont-ils des drogues ?

Il n'en est rien même si les antidépresseurs sont souvent présentés comme des drogues dont il faut se méfier. Contrairement aux benzodiazépines tranquillisants et somnifères - on n'observe, avec les antidépresseurs, aucun phénomène de dépendance physique ni d'accoutumance. Même si leur arrêt doit être progressif, on n'observe pas de véritable phénomène de sevrage comme avec les tranquillisants.

Les antidépresseurs ne provoquent pas de changements de personnalité et, normalement, n'entraînent pas d'augmentation de l'agressivité ou de la violence.

Cependant, il ne s'agit pas de médicaments anodins et ils nécessitent un suivi médical régulier après leur prescription. Ce suivi médical peut être réalisé par le médecin généraliste ou par le psychiatre.

**Les antidépresseurs ne sont pas des drogues mais des médicaments de la dépression dont l'efficacité a été prouvée par de nombreuses recherches scientifiques.**

## 7. Faut-il arrêter le traitement antidépresseur dès que l'on constate une amélioration symptomatique ?

Assurément non. Les effets du traitement antidépresseur ne se font pas sentir dès le début du traitement. Parfois même, les premiers symptômes ressentis peuvent être des effets secondaires: nausées, céphalées, énervement, par exemple. Ces symptômes ne seront que transitoires et disparaîtront généralement après une dizaine de jours.

Les premiers effets positifs du traitement antidépresseur n'apparaîtront au plus tôt qu'à partir de la troisième semaine. Parfois, et particulièrement chez les personnes plus âgées, un traitement de six semaines sera nécessaire avant d'observer une réponse thérapeutique.

Il ne faut donc absolument pas arrêter le traitement dès l'amélioration clinique. Toutes les recherches internationales mettent en évidence qu'il faut plus de cinq à six mois pour que les troubles biologiques du cerveau disparaissent. C'est la raison pour laquelle la plupart des recommandations internationales proposent de maintenir le traitement antidépresseur pendant une période d'au moins six mois après la rémission clinique, c'est-à-dire après le retour à un fonctionnement normal du patient dépressif. Les patients qui présentent un trouble dépressif marqué par des récurrences se verront fréquemment proposer un traitement antidépresseur continu pendant une période de deux ans. L'objectif de ce traitement est d'éviter ainsi le risque de rechute.

Enfin, certains patients nécessiteront même un traitement antidépresseur durant toute leur vie.

**Il faut poursuivre le traitement antidépresseur six mois après la rémission clinique.**

## 8. Faut-il avoir honte de se rendre chez un psychiatre ?

Non. Il peut arriver que votre médecin traitant vous adresse à un psychiatre ; il s'agira, pour lui, non de refuser de prendre en charge votre problème mais de son souci de solliciter un avis spécialisé pour mieux prendre en charge votre dépression.

Le psychiatre est un médecin qui a reçu une formation spécifique en psychiatrie pendant cinq ans. Il a donc la capacité à la fois de prescrire un traitement psycho-pharmacologique et d'apporter un soutien psychothérapeutique adéquat. Dans certaines situations, il pourra s'associer à un psychothérapeute qui prendra en charge le volet psychothérapeutique du traitement.

Consulter un psychiatre ne signifie donc pas que l'on puisse être considéré comme "fou", pas plus que de se retrouver hospitalisé en psychiatrie. L'hospitalisation psychiatrique ne sera, la plupart du temps, décidée que devant un problème psychiatrique ou physique grave et l'incapacité de la famille à assurer la prise en charge du patient. Qui plus est, cette hospitalisation sera toujours expliquée puis décidée, si possible, en accord avec le patient lui-même.

**Il n'y a pas de honte à aller voir un psychiatre.  
Il s'agit d'un intervenant spécialisé qui peut aider efficacement le dépressif.**

## 9. Faut-il aborder le problème de la dépression seul, avec son médecin traitant ou son psychiatre ?

Le dépressif doit aborder ses problèmes prioritairement avec le soutien de ses proches.

Les répercussions de la dépression sur l'entourage familial sont très importantes. Très souvent, le conjoint et/ou les enfants ne comprennent pas ce qui se passe, Pourquoi cette indifférence? Pourquoi ce maintien au lit et cette fatigue inexplicquée? Pourquoi ce désintérêt pour les activités de la vie quotidienne et les loisirs? Pourquoi ce découragement permanent? Le conjoint et les enfants peuvent même en arriver à se blâmer, à se sentir coupables ou responsables de l'état du patient dépressif.

Il est donc essentiel que le conjoint, voire les enfants, accompagnent le patient dépressif chez son médecin, qu'ils comprennent que le patient présente bien une dépression, qu'il s'agit d'une maladie et non d'un manque de courage, de volonté ou d'une marque de perte d'amour.

Dans les moments difficiles du début du traitement de la dépression, le soutien des proches est essentiel. Ils pourront également efficacement encourager le patient au suivi scrupuleux de son traitement antidépresseur,

**Le rôle du conjoint et de l'entourage familial est essentiel dans la prise en charge du patient dépressif.**

## 10. Faut-il « secouer » le patient dépressif ?

Il est inutile de « secouer » le patient dépressif.

S'il est essentiel que l'entourage et le conjoint soient associés au traitement, il est cependant important de comprendre qu'il s'agit d'une maladie qui doit être traitée et non d'un manque de courage, d'énergie ou de la volonté délibérée de la personne de se laisser aller. Il est donc inutile d'essayer de le/la « secouer », de le/la forcer à se mobiliser, comme si il/elle faisait exprès de se laisser aller, de ne pas avoir assez de courage, de ne pas avoir assez d'énergie et de ne plus vouloir travailler comme auparavant.

Cette attitude plongera encore davantage la personne dépressive dans le désarroi et augmentera son sentiment d'incompréhension.

Dans les premiers moments du traitement, il faut rester très présent près de lui/d'elle, le/la soutenir, l'aider, parler s'il/elle le demande, lui proposer, sans le/la forcer d'accompagner le groupe ou la famille lors d'activités de loisirs ou d'activités banales de la vie quotidienne.

Un congé de maladie sera souvent indispensable à cause des atteintes du fonctionnement intellectuel et psychique qui rendront le travail inefficace, voire dangereux. Cette incapacité de travail temporaire sera souvent nécessaire pour permettre au traitement d'agir et est préférable à un acharnement à poursuivre ses activités professionnelles dans de mauvaises conditions.

**Pas de phrase du style « allez, un peu de courage ! », « fais un petit effort ». Positiver les efforts du dépressif, le soutenir, l'encourager permettront de l'aider efficacement.**

**Cette brochure est également disponible :**

- auprès de la Ligue Belge de la Dépression, rue de la Vinaudrée 30 – 1370 Jodoigne Souveraine
- tel : 070.23.33.24 (permanence vendredi et lundi, de 10 à 13 h30')
- par fax : 010.84.69.27
- par Mail : [lig.depr@skynet.be](mailto:lig.depr@skynet.be)
- à l'adresse web [www.ligue-depression.org](http://www.ligue-depression.org)