

## Table des matières

Sommaire .....	iii
Liste des tableaux.....	vi
Liste des figures .....	vii
Remerciements.....	viii
Introduction.....	1
Contexte théorique.....	7
La dépression .....	8
Description clinique et prévalence actuelle .....	8
Évolution historique et sociale.....	13
Antiquité, Moyen-Âge et Renaissance .....	13
Révolution industrielle.....	18
20 <sup>e</sup> siècle .....	23
Discours social.....	28
Définition.....	29
Constructivisme social.....	30
Construction sociale de la réalité.....	34
Méthode .....	38
Sélection des données .....	39
Analyse de contenu .....	44
Cartes conceptuelles .....	45

Résultats .....	47
Définition .....	48
Causes .....	53
Traitements .....	57
Proposition complète du discours social de la dépression .....	62
Discussion .....	64
Un « trouble du cerveau » .....	66
Modèle biopsychosocial .....	69
Prémises du constructivisme social .....	74
Limites de l'étude .....	77
Conclusion .....	80
Références .....	87
Appendice A. Corps de texte utilisé pour l'analyse de contenu .....	92
Appendice B. Tableaux de compilation des données .....	137
Appendice C. Description de contenu .....	145

## Liste des tableaux

### Tableau

1	Critères diagnostiques d'un épisode dépressif majeur (DSM-IV-TR).....	12
2	Résultats par mots-clés.....	42
3	Résultats conservés et critères d'inclusion.....	43

## Liste des figures

### Figure

- 1 Carte conceptuelle du discours social de la définition de la dépression.....50
- 2 Carte conceptuelle du discours social des causes de la dépression .....54
- 3 Carte conceptuelle du discours social du traitement de la dépression.....58

## **Remerciements**

Nous tenons à remercier messieurs Jean-Pierre Gagnier et Carl Lacharité, nos directeurs de recherche, pour leur précieuse collaboration, leur ouverture et leurs commentaires constructifs tout au long du parcours. Nous voulons également souligner l'apport de monsieur Jean-Marie Miron qui nous a fourni de précieuses indications sur la meilleure manière d'utiliser l'approche qualitative dans le cadre de cet essai. Nous aimerions enfin remercier monsieur Jean-Philippe Vaillancourt, notre premier superviseur de stage, qui a fait germer plusieurs des idées qui sont à la base de cet essai.

## **Introduction**

Le concept de « santé mentale » prend de plus en plus de place dans l'espace public. Avec l'avènement des médias de masse, les termes issus de la psychologie et de la psychiatrie font maintenant partie intégrante de notre vocabulaire et de notre culture. Par exemple, le débat sur la non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux occupe une place importante dans l'actualité, certains croyant que l'on doit limiter la part de responsabilité des crimes commis par des personnes souffrant de problèmes psychologiques, d'autres affirmant que l'on doit, judiciairement, traiter ces cas comme tous les autres. Les magazines à sensation scrutent les comportements des vedettes et frappent le lecteur à coups de grands titres parlant de dépression, d'anorexie et de tentative de suicide. Les psychologues et les psychiatres sont de plus en plus appelés à se prononcer comme experts lorsqu'une nouvelle concernant le domaine de la « santé mentale » fait les manchettes. Le traitement des troubles mentaux, autrefois exclusif aux résidents des hôpitaux psychiatriques, est maintenant accessible à une grande partie de la population par le biais de la médication (Olfson & Marcus, 2009) ou des services professionnels (Gibbons et al., 2011). Ces exemples montrent la démocratisation d'un champ de la connaissance autrefois réservé à un petit nombre de professionnels et de patients.

La « santé mentale », que l'on peut définir comme le fonctionnement sain et normatif de l'appareil psychique humain, est contrebalancée dans les milieux cliniques par le concept de « maladie mentale »<sup>1</sup>, son opposé pathologique. La maladie mentale (ou trouble mental) est définie par la présence d'une série de symptômes psychologiques (par exemple l'anxiété, les pensées obsessionnelles, les hallucinations ou l'impression de se détacher de son corps), de comportements « anormaux » (attaques de panique, agressivité, désorganisation), d'un fonctionnement altéré (difficulté à maintenir un emploi, problèmes d'hygiène personnelle) ou d'une combinaison de ceux-ci (American Psychological Association, 2007). Ces maladies mentales sont divisées en plusieurs catégories puis en syndromes distinctifs grâce notamment au DSM-IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4<sup>th</sup> edition, text revised). Ce manuel sert généralement de référence pour la psychologie et la psychiatrie en Amérique du Nord. La cinquième édition de ce manuel est parue au mois de mai 2013.

Les termes utilisés par les professionnels pour faire le portrait de réalités cliniques (les maladies mentales) deviennent graduellement des construits sociaux lorsqu'ils sont utilisés par la population et ses institutions. Par construit social, on entend le caractère réel attribué à un ensemble de caractéristiques et de croyances à propos d'un phénomène donné (Berger & Luckmann, 1966). Lorsque les institutions communiquent de l'information à la population à propos d'un construit social, on parle alors de discours

---

<sup>1</sup> Les guillemets sont utilisés ici pour noter l'utilisation des termes santé mentale et maladie mentale comme des construits sociaux subjectifs et non uniquement des diagnostics cliniques. Afin d'alléger le texte, ils ne seront plus utilisés dans le cadre de cet essai.



social ou de discours institutionnel. Dans le cadre de cet essai, nous utiliserons le terme « discours social des institutions » pour référer aux messages véhiculés à la population par le biais de ces institutions. Les institutions publiques qui communiquent ces messages sont entre autres le gouvernement et ses différents ministères et agences, les établissements de santé et de services sociaux et les différents paliers du système d'éducation. Les institutions privées peuvent inclure les cliniques médicales, les compagnies pharmaceutiques et les pharmacies, les associations de patients et de clients, les regroupements spécialisés en santé physique et mentale et les organismes communautaires.

L'objet de cet essai est donc le discours social des institutions en Amérique du Nord à propos d'une réalité clinique particulière: le phénomène de la dépression. Nous avons choisi de nous intéresser à ce trouble de santé mentale puisqu'il est diagnostiqué chez un nombre important de nord-américains (Pratt & Brody, 2008) et fait l'objet de nombreuses campagnes d'information (voir Mood disorders society of Canada, « La dépression fait mal », 2014). Il nous semblait donc pertinent d'utiliser les concepts de construit social et de discours social pour traiter de ce sujet.

Le construit social de la dépression en Amérique du Nord comprend entre autres les croyances de la population à propos des causes, des conséquences, du traitement, des caractéristiques des personnes désignées institutionnellement comme dépressives, de l'évolution du trouble et tous les autres éléments qui contribuent à la compréhension que

la population possède de ce phénomène. Le discours social à propos de la dépression comprend toutes les informations reléguées à la population adulte nord-américaine par ses différentes institutions. Il peut s'adresser à la population en général mais aussi aux personnes ayant reçu un diagnostic d'épisode de dépression majeure et aux professionnels de différents corps de métier.

S'il nous semble pertinent de nous intéresser au développement du discours social à propos de la dépression, c'est en raison du processus qui peut intervenir entre la description d'une réalité clinique (et de ses fondements scientifiques) et sa transformation en un construit social. Pour l'intervenant en santé mentale, la dépression est d'abord une manifestation clinique, c'est-à-dire une série de symptômes regroupés en syndrome qui, lorsqu'ils atteignent un seuil de signification clinique, deviennent un diagnostic de maladie mentale. Pour décrire cette réalité et intervenir efficacement, les professionnels de la santé mentale devraient se baser sur les connaissances scientifiques disponibles à propos, entre autres, de la définition du trouble, de l'identification de ses causes et de la meilleure façon de le traiter. De plus, la population devrait avoir accès à de l'information juste et vérifiée lorsqu'elle se questionne sur le sujet. On peut toutefois se demander ce qu'il advient de cette conception scientifique (basée sur les connaissances empiriques) de la dépression lorsqu'elle est reprise et réappropriée par les institutions publiques et privées. Il y a aussi lieu de se demander de quelle manière le traitement institutionnel d'un concept clinique peut influencer la pratique professionnelle en santé mentale. De plus, avec la formation d'un discours social à propos du

phénomène de la dépression, il est possible qu'un discours alternatif émerge. Par discours alternatif, on entend les voix qui s'élèvent pour critiquer, contredire ou compléter une partie ou la totalité d'un construit social. Ainsi, *quel discours social les institutions nord-américaines communiquent-elles à propos de la définition, des causes et du traitement de la dépression?*

Le présent essai tentera de répondre à cette question. À cette fin, nous tenterons de faire ressortir les éléments-clés d'une analyse de contenu du discours social institutionnel nord-américain à propos de la dépression. La prévalence actuelle et l'évolution des critères diagnostiques de la dépression seront d'abord examinés. Nous dresserons ensuite un bref historique du développement du diagnostic et du construit social de la dépression. Dans une autre section, nous nous attarderons à préciser les aspects théoriques permettant de saisir l'émergence du discours social des institutions. Dans cette foulée, l'approche théorique du constructivisme social constitue un outil conceptuel central permettant de répondre à la question de recherche du présent essai. Nous tenterons ensuite de mettre en commun, d'une manière qualitative et descriptive, l'information véhiculée par les institutions à propos de la définition, des causes et du traitement de la dépression. Enfin, à partir des éléments que nous aurons fait émerger, nous discuterons des implications des caractéristiques du discours social des institutions pour la population en général et pour les intervenants en santé et en santé mentale.

## **Contexte théorique**

## **La dépression**

La dépression, ou épisode dépressif majeur, est un phénomène complexe qui fait l'objet de nombreuses études dans différentes disciplines à travers le monde. Connue sous différentes appellations et définie par des critères changeants, elle est présente à toutes les époques de l'Histoire. Avant de pouvoir dresser un portrait du construit social de la dépression et du discours qui y est associé en ce moment en Amérique du Nord, il est nécessaire de la décrire en tant que concept clinique et d'en examiner la prévalence actuelle. Nous pourrions ensuite nous intéresser au développement historique de ce construit pour en retracer les premières manifestations. De cette manière, il sera plus facile de comprendre de quelle façon les différentes croyances se sont implantées et se sont modifiées à travers les époques. Nous ne prétendons pas réaliser une recherche exhaustive à propos de l'histoire de la dépression, mais bien de déterminer les racines épistémologiques et idéologiques qui constituent les assises du discours institutionnel contemporain à ce sujet. Par la suite, nous nous pencherons sur l'évolution des critères diagnostics établis par les différentes versions du DSM.

### **Description clinique et prévalence actuelle**

La dépression est considérée comme une maladie mentale ou un trouble mental, comme en témoigne sa présence à l'intérieur du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). Une maladie, selon le dictionnaire en ligne Larousse (2014),

est « une altération de la santé, des fonctions des êtres vivants (animaux et végétaux) en particulier quand la cause est connue (par opposition à syndrome) ». Le même ouvrage, dans sa section encyclopédie, parle de la maladie mentale comme d'une maladie de l'esprit ou de la pensée. La cinquième édition du DSM, parue au mois de mai 2013, définit en outre le trouble mental de la manière suivante :

Un trouble mental est un syndrome caractérisé par une perturbation significative des pensées, de la régulation des émotions ou des comportements d'un individu qui reflète un dysfonctionnement au niveau des processus psychologiques, biologiques ou développementaux sous-jacents au fonctionnement mental. Les troubles mentaux sont généralement associés à une détresse significative dans les sphères sociales, professionnelles ou les autres domaines d'activités d'un individu [Traduction libre]

Un syndrome, tel que défini par le dictionnaire de l'APA (2007), est « un groupe de symptômes qui sont généralement dus à une cause unique (ou à une série de causes) et qui indiquent la présence d'un trouble mental ou physique spécifique » [Traduction libre]. Deux domaines de la science s'intéressent à la description et à l'identification des troubles physiques et mentaux. La pathophysiologie tente d'identifier les modifications des fonctions de l'organisme qui mènent au développement d'une maladie tandis que l'étiologie est l'étude des causes et des facteurs d'une maladie. Dans le cas des troubles mentaux, la présence d'un syndrome ne permet toutefois pas nécessairement d'en identifier les causes. Dans leur « Introductory textbook of psychiatry », Andreasen et Black (2006) affirment que :

Dans le domaine de la pathophysiologie et de l'étiologie, la psychiatrie a davantage de territoires inexplorés que le reste de la médecine. La majorité des maladies diagnostiquées en psychiatrie sont des syndromes : une collection de symptômes qui tendent à se manifester ensemble et qui semblent avoir une trajectoire et des résultats semblables. Une grande quantité de recherche en

psychiatrie vise à identifier la pathophysiologie et l'étiologie des principales maladies mentales, mais cet objectif n'a été atteint que pour quelques maladies (la maladie d'Alzheimer, la démence par infarctus multiples, la chorée de Huntington, la psychose liée à la consommation d'amphétamines ou le syndrome de Wernicke-Korsakoff) [Traduction libre]

Ainsi, dans les milieux cliniques, un épisode de dépression majeure est un trouble mental qui consiste en l'apparition et le maintien d'une série de symptômes qui sont regroupés en syndrome. La dépression majeure est l'un de ces troubles mentaux. Les caractéristiques de ce syndrome et le seuil de signification clinique nécessaire pour poser le diagnostic d'épisode dépressif majeur selon le DSM-IV-TR sont définis dans le tableau 1. Nous avons choisi de présenter les critères de la quatrième édition de ce manuel diagnostique puisque le DSM-5 a été publié il y a un an seulement (mai 2013) et que son utilisation n'est pas encore généralisée.

L'Organisation mondiale de la santé estime qu'en 2012, à travers le monde, 350 millions de personnes répondaient aux critères diagnostiques de la dépression (World Health Organization, 2014). En 2005, une étude épidémiologique auprès de 9282 répondants vivant en Amérique du Nord concluait que les chances d'obtenir un diagnostic d'épisode de dépression majeure était de 16,8 % au cours de sa vie (Kessler et al., 2005) et de 6,7 % en 2012 pour la population américaine sur une période de douze mois (National Institute of Mental Health, 2014). Les femmes ont 70 % plus de chances d'obtenir le diagnostic alors que les 18-25 ans seraient le groupe d'âge le plus à risque (National Institute of Mental Health, 2014).

La *charge mondiale de morbidité* (global burden of disease) est une étude menée par l'Organisation Mondiale de la Santé qui évalue l'impact relatif des maladies sur la vie des gens à travers le monde. Elle utilise la mesure de *l'espérance de vie corrigée par l'incapacité*, qui évalue le nombre d'années de vie et de vie en santé qui sont perdues à cause de la présence d'un trouble ou d'une maladie. L'édition de 1990 de cette étude identifiait le diagnostic de la dépression comme la quatrième cause de diminution d'espérance de vie (Ferrari et al., 2013) et la première cause d'invalidité chez les 30-49 ans (Kessler et al., 2005). En 2000, elle était passée au troisième rang, amenant l'OMS à qualifier ce trouble de problème majeur de santé publique. Selon Gotlib et Hammen (2008), le diagnostic de la dépression serait associé à une mauvaise santé physique et à des taux élevés de problèmes cardiaques et de consommation de tabac. De plus, les personnes dépressives auraient plus de chances de divorcer alors que leurs enfants seraient plus susceptibles de développer une psychopathologie.



Tableau 1

*Critères diagnostiques d'un épisode dépressif majeur (DSM-IV-TR)*

---

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

N.B. : Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection médicale générale, à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur.

- (1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex., pleure). N.B. : Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.
- (2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
- (3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex., modification du poids corporel en un mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. N.B. : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.
- (4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
- (5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
- (6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
- (7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
- (8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
- (9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte.

---

Tableau 1

*Critères diagnostiques d'un épisode dépressif majeur (DSM-IV-TR) (suite)*

- 
- C. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
  - D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex., hypothyroïdie).
  - E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil, c'est-à-dire après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.
- 

**Évolution historique et sociale**

Pour parvenir au concept clinique contemporain de la dépression, il est pertinent de remonter à ses origines à travers les époques. L'évolution de la définition nous permettra de mettre en perspective les développements historiques et sociaux qui sous-tendent ces changements.

**Antiquité, Moyen-Âge et Renaissance.** Il importe d'abord de mentionner qu'historiquement, les termes « dépression » et « mélancolie » ont presque toujours été enchevêtrés. En fonction des époques, des modèles explicatifs utilisés et des théoriciens étudiés, des similitudes et des différences épistémologiques surgissent. À certains moments, les deux termes se rejoignent et décrivent des réalités semblables. À d'autres, ils deviennent diamétralement opposés et provoquent des débats. Nous tenterons ici de mettre en lumière ces différentes définitions. Dans cette section, le terme mélancolie

sera utilisé pour décrire les différentes réalités, puisque le concept historique de dépression n'apparaît qu'au début de la Révolution industrielle.

Les premiers écrits classiques parlent de « mélancolie » (*melancholia*). L'école d'Hippocrate (5<sup>e</sup> av. J.C) définit alors une « maladie chronique de l'esprit avec des symptômes de tristesse sans cause précise et de peur intense associés à un excès de bile noire dans le sang » (Lawlor, 2012). Les comportements agressifs et les hallucinations étaient aussi inclus dans cette première définition. À ce moment, la mélancolie est considérée comme le résultat d'un déséquilibre des quatre humeurs présentes dans le corps. Ces humeurs (le sang, la pituite, la bile jaune et la bile noire) sont à la base de la théorie hippocratique du fonctionnement du corps humain. Pour Hippocrate, qui est considéré comme le père de la médecine, les humeurs sont des esprits vitaux qui relient le corps à l'esprit et permettent un fonctionnement harmonieux. Lorsqu'un déséquilibre entre les esprits vitaux apparaît, les pensées, les émotions et les comportements sont affectés. Claude Galien, un médecin grec dont les écrits ont influencé les époques classique et médiévale, fut le principal défenseur de cette conception.

Pour Galien (1<sup>er</sup> siècle apr. J.C.), qui est considéré comme l'un des précurseurs de la médecine et de la pharmacie, le caractère mélancolique était le résultat d'un excès de bile noire dans le sang, alors que la *maladie mélancolique* provenait plutôt d'une certaine quantité de bile noire qui aurait surchauffé et provoqué des fumées nocives à l'intérieur du corps. Cet excès pathologique pouvait être causé par une poussée de fièvre,

un événement traumatique (comme une peine d'amour ou la mort d'un proche), une mauvaise alimentation ou le manque de sommeil. Les traitements utilisés pour rétablir l'équilibre étaient la saignée, la consommation de breuvages et d'aliments sensés rétablir l'équilibre ou encore les cures physiques comme l'exercice et les bains chauds ou froids.

En 350 av. J.C., un disciple du philosophe Aristote parle plutôt d'une « présence accrue de bile noire chez les personnes douées et les génies qui n'est pas néfaste mais plutôt bénéfique ». De ce point de vue, la définition de la mélancolie s'éloigne du concept moderne de dépression et s'approche davantage d'un type de caractère, d'une forme d'interaction avec le monde propre aux gens doués (Lawlor, 2012). Il devient alors souhaitable d'être mélancolique pour avoir accès aux plus hautes sphères de la création et de la connaissance humaine. Les mélancoliques sont sédentaires, solitaires et davantage axés sur la réflexion plutôt que l'action, sauf dans les périodes de « création frénétique » qui s'apparentent aux épisodes maniaques décrits dans la littérature contemporaine.

La première forme d'opposition historique dans la définition de la dépression est donc associée à sa gravité. Pour l'école d'Hippocrate, la mélancolie est une maladie dont les symptômes hypothèquent gravement le fonctionnement de l'individu. Le courant aristotélien la considère plutôt comme une caractéristique du génie et de la création artistique.

Une forme de mélancolie propre au Moyen-Âge, l'acédie est quant à elle un mal qui s'attaque principalement aux moines et aux gens qui vivent une vie solitaire. Elle est considérée comme un péché mortel caractérisé par la paresse, l'ennui et les idéations suicidaires. Dans ce cas-ci, c'est l'explication théologique qui prévaut, l'acédie étant causée par la présence de démons nocifs à l'intérieur du corps. Les diètes, les saignées et les prières constituent alors le principal traitement proposé pour se purifier de ces démons.

À la Renaissance, l'auteur ayant produit l'œuvre la plus complète sur la question est Robert Burton, un savant anglais de l'université d'Oxford. L'anatomie de la mélancolie, son ouvrage encyclopédique, regroupe la pensée de philosophes, d'artistes, d'astrologues, d'astronomes, d'ecclésiastiques et de politiciens. Pour Burton, la mélancolie est au centre de l'existence, et chaque homme doit apprendre à y faire face un jour ou l'autre. La définition originale qu'il en fait s'apparente à la tradition d'Hippocrate et de Galien. Burton décrit la mélancolie comme une « sensation de peur et de désespoir qui transforme l'homme en monstre et le plonge dans la misère » (Burton, 1857). Une fois de plus, la ligne est mince entre l'état de contemplation méditative propre aux esprits créatifs et la grave maladie qui affecte le corps et l'esprit, puisque Burton affirme également que « rien n'est plus doux que la mélancolie ». Il semble que les deux traditions demeurent enchevêtrées pendant la Renaissance (Babb, 1965). L'explication humorale, alors à la jonction du physiologique et du religieux, permet de traiter la mélancolie autant à l'aide de prières que de cures physiques (Lawlor, 2012).

Marsilio Ficino (1433-99), un philosophe humaniste italien, représente quant à lui la vision d'Aristote et du génie mélancolique à la Renaissance. Pour lui, c'est l'amour passion qui cause le débalancement humoral et la surchauffe de la bile noire. Il décrit les vertus de l'amour platonique (que l'on peut aussi nommer l'amour héroïque, une attitude stoïque et chaste face au monde) et la recherche d'une forme de contemplation propre à l'activité mentale des grands esprits. En effet, la description que fait au départ Galien de la mélancolie, qui s'apparente davantage à la dépression contemporaine, s'arrime mal avec l'apparition de la pensée humaniste qui caractérise la Renaissance. L'homme doit alors devenir le meilleur modèle de lui-même, cultivé, actif et moralement irréprochable, en s'inspirant des écritures classiques de l'Antiquité. Ficino décrit donc la mélancolie comme un moyen de parvenir à cet idéal, en mettant l'accent sur la nécessité pour les savants de canaliser leur mélancolie pour en utiliser les bienfaits.

À travers ces quelques définitions, on peut discerner des ressemblances entre le concept clinique présenté dans la section précédente et les premières manifestations de la mélancolie. Les sentiments de peur et de désespoir, l'ennui, le manque d'intérêt et la paresse s'apparentent à certains critères du DSM-5. La description que font Aristote et Ficino de la mélancolie nous est moins familière puisqu'elle établit un parallèle direct entre le génie et le trait de caractère, la personnalité mélancolique. Ces deux conceptions du même phénomène coexistent à travers l'Antiquité, le Moyen-Âge et la Renaissance. La plupart de ces descriptions s'accordent en outre sur l'existence d'un phénomène

physique (la grande quantité de bile noire) à l'origine de ce débalancement de l'intellect et de l'humeur.

**Révolution industrielle.** La Révolution industrielle du 19<sup>e</sup> siècle amène des changements dans la définition populaire et scientifique de la dépression. L'avènement de la psychiatrie comme profession entraîne la nécessité de définir plus adéquatement les troubles de l'esprit. Les théories classiques disparaissent progressivement pour faire place à l'empirisme et au positivisme, les courants de pensée à l'origine de la méthode scientifique. C'est à cette époque qu'apparaissent les premiers asiles psychiatriques modernes. C'est aussi à ce moment que la définition de la dépression glisse d'un point de vue intellectuel (une particularité de la personnalité) et que l'on en développe une conception affective (un trouble de l'humeur) (Lawlor, 2012). Jean-Martin Charcot, un neurologue français, s'intéresse aux phénomènes de l'esprit en tant qu'afflictions neurologiques et s'emploie à observer et à classer ceux-ci tout en étudiant les régions du cerveau responsables de certains comportements. Avec son *Traité de psychiatrie*, publié en éditions successives entre 1883 et 1909, le psychiatre allemand Emil Kraepelin est l'un des premiers à tenter de catégoriser les maladies mentales d'un point de vue médical et nosologique. Il divise les troubles de l'esprit graves en deux grandes catégories, les psychoses maniaco-dépressives (caractérisées par une alternance entre des phases de manie et des épisodes dépressifs incluant des hallucinations et des idées délirantes) et les démences précoces (un effondrement psychique important constaté chez un jeune sujet).

La définition que Kraepelin offre de l'état dépressif à l'intérieur de la psychose maniaco-dépressive possède plusieurs points communs avec le syndrome contemporain décrit par le DSM :

L'humeur fondamentale dans l'état de dépression est presque toujours un sombre désespoir. Le patient a un poids immense sur les épaules, est rongé par la douleur, a perdu tout enthousiasme, se sent isolé et n'a pas de but réel dans la vie. Son cœur est fait de pierre et il est incapable d'avoir du plaisir. [traduction libre] (Kraepelin, 1921)

Cette classification était accompagnée de développements importants dans le domaine du fonctionnement du corps humain et du système nerveux. La bioélectricité (l'activité électrique générée par l'organisme humain ou animal), l'observation et la description des neurones (les cellules du système nerveux) ainsi que l'identification de certaines zones du cerveau associées à des comportements spécifiques constituent quelques-unes de ces découvertes. William Cullen, un médecin britannique du 18<sup>e</sup> siècle, avait été le premier à définir le concept de névrose comme une altération du système nerveux menant à des modifications du comportement (Johnstone, 2003). Pour la psychiatrie scientifique, les symptômes dépressifs et une grande quantité de conditions psychopathologiques deviennent alors une conséquence d'un dérèglement du flot sanguin au cerveau (à la fin du 18<sup>e</sup> et au début du 19<sup>e</sup> siècle) ou de « l'épuisement et de l'irritation des nerfs » (fin du 19<sup>e</sup> et début du 20<sup>e</sup> siècle). Les métaphores utilisées pour décrire l'état dépressif évoluent également avec le développement de la technologie. Elles sont alors élaborées autour de notions économiques et industrielles



comme l'épuisement des ressources, le niveau d'énergie contenu dans une batterie ou le carburant nécessaire pour faire fonctionner un véhicule.

Ce rationnel scientifique sert de pierre d'assise au développement des traitements prodigués aux malades mentaux. Balayée par le développement de la psychiatrie en tant que science, la conception du « génie fou » mélancolique disparaît progressivement et la dépression et les autres troubles mentaux deviennent des maladies dégénératives indésirables (Berrios & Porter, 1995). Dans les asiles psychiatriques, on tente de rétablir la circulation du sang dans le cerveau à l'aide de plusieurs techniques. La chaise tranquilisante est utilisée pour immobiliser certains patients pendant de longues heures. D'autres sont placés dans des bains glacés sur lesquels on place un drap de contention. Des chaises pivotantes permettent de faire tourner le patient à une vitesse impressionnante pendant plusieurs minutes tandis que les douches-épines (*needle showers*) envoient un puissant jet d'eau sur le corps dénudé de la personne hospitalisée (Whitaker, 2002). Ces traitements sont généralement dédiés au contrôle des malades, puisqu'il n'existerait pas pour eux de chance de guérison. En effet, l'héritage idéologique de la Renaissance concerne la primauté de la raison sur toute chose, et les personnes dont le raisonnement est altéré doivent donc être considérées davantage comme des bêtes que des êtres humains (Borthwick et al., 2001). À cette époque, il existe peu de distinctions entre les différentes conditions et toutes les personnes dont le fonctionnement est handicapé par un phénomène de l'esprit sont internées au même endroit et traitées de la même façon.

D'autres formes de traitement ont également vu le jour à la même époque. Philippe Pinel, le superintendant de l'hôpital psychiatrique Bicêtre en France à partir de 1793,

commence à retirer leurs chaînes et leurs contentions aux patients. Il organise des activités récréatives, leur permet de tenir un journal, de faire des promenades en plein-air et de discuter ouvertement avec les membres du personnel de l'asile. Pinel jette ainsi les bases du traitement moral en affirmant que l'aliénation ne serait pas due à un dérèglement de l'apport du sang au cerveau, mais plutôt aux « passions humaines devenues très véhémentes ou aigries par des contrariétés vives » (Pinel, 1809, p. 2). Ainsi, ce sont les sentiments humains et les événements traumatiques qui seraient à l'origine de l'aliénation. La mélancolie est l'une de ces conditions. Pour lui, les traits du mélancolique sont « un air rêveur et taciturne, des soupçons ombrageux, la recherche de solitude, une consternation profonde et même le désespoir » (Pinel, 1809).

Le traitement moral a également été mis sur pied en Amérique par les Quakers (un groupe religieux) qui fondent une maison d'accueil pour ceux qui ont « perdu la raison » à York à la fin du 18<sup>e</sup> siècle (1796). Leurs principes fondateurs sont entre autres le respect de toutes les personnes atteintes de problèmes mentaux, le pouvoir de guérison des relations interpersonnelles, l'importance de l'activité physique et mentale et une approche basée sur le sens commun plutôt que les principes scientifiques (Borthwick et al., 2001). Les patients de la Retraite de York avaient rarement besoin d'être confinés, ils n'étaient pas violents et participaient aux activités proposées. 70 % d'entre eux n'avaient pas fait de rechute après un an. À ce moment, il semble donc que le traitement moral constitue une alternative intéressante aux traitements classiques proposés par les asiles psychiatriques.

Toutefois la psychiatrie américaine s’empare rapidement de ce modèle. Benjamin Rush, un psychiatre américain, milite comme Pinel pour que l’on permette aux patients des asiles de faire des promenades, de s’engager dans des activités sociales et de vivre sans contentions physiques. Mais il croit aussi que les traitements « médicaux » ne doivent pas être abandonnés pour autant. Ainsi, le traitement moral est efficace, c’est vrai, mais uniquement parce qu’il permet de soulager les nerfs de leur irritation et de leur tension. À travers le 19<sup>e</sup> siècle, et sous la bannière du traitement moral, on voit donc revenir progressivement plusieurs méthodes comme la chaise tranquilisante, l’utilisation de camisoles de force et les méthodes hydrauliques (bains glacés, *needle showers*). Enfin, les paramètres utilisés pour le traitement moral sont graduellement mis de côté. Le sous-financement des asiles ne permet pas d’engager du personnel qualifié et empathique et les lieux physiques sont souvent insalubres et surpeuplés (Yanni, 2007). Les asiles se remplissent rapidement de personnes présentant des conditions diverses, et un besoin urgent de trouver une solution à ce problème de surpopulation se fait sentir. C’est ce qui mène à la désinstitutionalisation des personnes traitées en hôpitaux psychiatriques et à un changement majeur dans la conception des différentes maladies mentales.

**20<sup>e</sup> siècle.** Les efforts de Kraepelin pour définir et catégoriser les maladies mentales à la fin du 19<sup>e</sup> siècle étaient donc alimentés par un désir de rendre la psychiatrie « crédible » face aux autres branches de la médecine. La recherche d’explications mécanistes et positivistes aux phénomènes de l’esprit se retrouvait au centre de ses

préoccupations. Cette tendance est contrebalancée au tournant du 20<sup>e</sup> siècle par l'apparition de la psychanalyse. Sigmund Freud développe une approche basée sur une description psychique et abstraite des troubles mentaux plutôt qu'un modèle médical détaillant les sources physiques de la maladie mentale (Hergenhahn, 2007).

Pour Freud, la dépression est une névrose, c'est-à-dire une forme de psychopathologie qui n'inclut pas de dissociation avec la réalité (par opposition aux psychoses). La théorie psychodynamique à propos de la psychopathologie et de la dépression est trop vaste pour être rapportée ici. Nous nous contenterons de dire que Freud en explique le développement par les expériences traumatiques infantiles qui génèrent une colère retournée contre soi-même à la base des états dépressifs. La métapsychologie psychodynamique et les termes qui en sont issus constituent un décalage clair avec la tradition positiviste héritée de la Renaissance et de la Révolution industrielle. Le Ça, le Moi, le Surmoi, le conscient, le préconscient et l'inconscient – entre autres – sont décrits comme des structures réelles qui interagissent entre elles mais demeurent des concepts abstraits qui n'ont pas de base biologique. Même si Freud se réclame de la psychiatrie, sa théorie s'éloigne du processus de « médicalisation » de la dépression qui caractérise les périodes historiques précédentes et qui marqueront la suite de cette évolution.

De façon presque parallèle, alors que l'approche psychanalytique se développe en Europe, c'est le behaviorisme qui prend son essor en Amérique du Nord. Définie comme

la science du comportement, cette approche ne tient pas compte des processus mentaux et s'intéresse davantage à l'interaction entre les stimuli de l'environnement et la réponse de l'organisme à ces stimuli. Cette nouvelle tentative d'objectivation des phénomènes de l'esprit passe entre autres par les travaux du psychologue américain John B. Watson. Dans « Psychology from the Standpoint of a Behaviorist » (1919), il affirme d'ailleurs que « pour faire progresser la psychologie, le phénomène du comportement humain doit faire l'objet d'une étude scientifique ». De ce point de vue, les symptômes dépressifs deviennent alors la réponse comportementale à certains stimuli, et l'individu doit donc changer son comportement pour espérer faire disparaître ces symptômes. De plus, les manuels de classification diagnostique que nous connaissons aujourd'hui comme le DSM et la CIM (Classification internationale des maladies), dans le but de développer un langage commun et athéorique dans le domaine de la santé mentale, ont orienté la compréhension clinique et l'identification des conditions psychopathologiques autour de la description des symptômes et de l'atteinte fonctionnelle.

L'autre événement marquant du 20<sup>e</sup> siècle en ce qui concerne l'histoire de la dépression est la mise en branle de la révolution psychopharmacologique au début des années 50. En 1954, la compagnie pharmaceutique Smith, Kline et French lance la Thorazine, le premier médicament sensé agir sur l'esprit, qui est utilisé pour traiter les symptômes de schizophrénie. D'abord décrit comme un tranquillisant majeur, la Thorazine et ses successeurs finiront par acquérir le titre de neuroleptiques (en Europe) puis d'antipsychotiques. Les antidépresseurs et les anxiolytiques suivront quelques

années plus tard. Derrière ce nouveau médicament se trouve l'explication des débalancements chimiques dans le cerveau. Des neurotransmetteurs (les composés chimiques libérés par les neurones et permettant la transmission des impulsions électriques entre ces neurones) comme la sérotonine, la norépinéphrine et la dopamine sont alors soupçonnés d'être impliqués dans le développement et le maintien de différents troubles mentaux. C'est ce que Woolley et Shaw (1954) affirment dans un article fondateur sur l'hypothèse biochimique : « La thèse que nous défendons est que la sérotonine joue un rôle important dans les processus mentaux et que sa suppression résulte en un trouble mental » [Traduction libre]. D'autres hypothèses concernant entre autres la dopamine et la noradrénaline ont également été avancées pour expliquer plusieurs troubles mentaux.

Cette révolution psychopharmacologique commence donc avec les troubles psychotiques pour s'étendre rapidement à d'autres problèmes de l'esprit. Miltown, un tranquillisant mineur, est prescrit aux personnes souffrant d'anxiété dès le début des années 50 (Whitaker, 2010). Les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO), la première classe de médicaments à être prescrit comme un antidépresseur, est mise sur le marché en 1952. Pour la dépression, la théorie du déficit de la sérotonine est mise de l'avant. Les médicaments considérés comme « antidépresseurs » ont pour effet d'augmenter le niveau de sérotonine dans la fente synaptique entre deux neurones, on attribue donc l'épisode dépressif majeur à une diminution du niveau de sérotonine présent dans l'organisme (Lieberman, 2003). Cette théorie persiste avec certaines

variations jusqu'à aujourd'hui, traçant du même coup un parallèle avec le débalancement des humeurs qui caractérisait la vision de la dépression dès l'Antiquité.

À travers les époques, la dépression est passée par plusieurs transformations historiques et sociales avant d'aboutir à la description clinique que nous connaissons aujourd'hui. Il existe généralement un enchevêtrement récurrent entre les concepts de dépression et de mélancolie qui donne une idée floue de la distinction entre les deux termes. Toutefois, Radden (2003) parvient à résumer les éléments qui subsistent au-delà des époques et des définitions. Premièrement, on note la présence récurrente d'un groupe de symptômes orientés autour de tristesse et d'abattement accompagnés de peur et d'anxiété. Deuxièmement, ces symptômes apparaissent parfois sans qu'on puisse identifier leur « objet », ils ne semblent pas toujours avoir de cause distincte. Troisièmement, la personne dépressive/mélancolique fait preuve d'une conscience d'elle-même excessive et démontre une hypersensibilité marquée dans ses relations sociales. Quatrièmement, les deux termes sont presque toujours associés à la description de périodes marquées par des comportements grandioses et une énergie inépuisable, périodes qui alternent de façon cyclique avec les épisodes dépressifs.

Nous avons vu que la mélancolie a été associée, à différentes périodes de l'Histoire, au génie. Ce n'est plus le cas avec la description contemporaine de la dépression. De plus, les idées délirantes et les hallucinations étaient souvent incluses dans la description du mélancolique, alors que ces comportements sont maintenant caractéristiques des



troubles psychotiques (malgré que la possibilité de comorbidité entre les deux troubles soit considérée comme élevée). Aussi, la mélancolie de toutes les époques historiques était presque exclusive aux hommes, alors que les dernières données de l'Organisation mondiale de la Santé stipulent que les femmes seraient plus susceptibles de souffrir de dépression.

Ce survol rapide des différentes conceptions de la dépression à travers l'Histoire permet d'en retracer les origines et de saisir comment le concept moderne de cet état a pu se construire. Misbach et Henderikus (2006) résumant cette évolution dans leur article sur la médicalisation de la dépression :

La prise en charge de la folie par le domaine professionnel de la médecine et l'utilisation d'une terminologie médicale pour en faire la description a transformé la mélancolie en dépression. De plus, le processus de délimitation et de classification de la pathologie affective a rapidement assumé une position médicale. [Traduction libre]

Nous nous attarderons maintenant aux caractéristiques du modèle théorique du discours social et du constructivisme social afin de faciliter notre compréhension du phénomène de la dépression. Cette partie vise à décrire de quelle manière la réalité clinique de la dépression a pu devenir un construit social à travers les époques et comment cela a pu influencer la vision que nous en avons aujourd'hui.

### **Le discours social**

En psychologie, les théories constructivistes s'intéressent à la manière dont les êtres humains créent des systèmes pour comprendre leur monde et leurs expériences (Raskin,

2002). La façon d'organiser les connaissances et de leur attribuer une signification constitue le principal champ d'étude du constructivisme. Jean Piaget (1896-1980) est le principal défenseur de ce modèle. En réaction au behaviorisme et à l'empirisme qui faisaient des perceptions sensorielles les seuls modes d'acquisition de la connaissance, Piaget affirmait plutôt « qu'aucune connaissance n'est en effet due aux seules perceptions, car celles-ci sont toujours dirigées et encadrées par des schèmes d'action » (Piatelli Palmarini, 1979). Il a développé les premiers modèles constructivistes en tentant de mettre à jour les mécanismes personnels (internes) d'acquisition de la connaissance. Par la suite, d'autres penseurs ont élargi cette conception aux relations interpersonnelles et aux dynamiques sociales d'interaction et de communication. Les modèles du constructivisme social et du discours social sont issus de cette tradition théorique.

### **Définition**

Marc Angenot (1988) définit le discours social comme « tout ce qui se dit et s'écrit dans un état de société; tout ce qui s'imprime, tout ce qui se parle publiquement ou se représente aujourd'hui dans les médias électroniques ». Il s'agit d'un processus de « typification » où le savoir n'est plus issu de l'expérience immédiate (l'ici et maintenant) mais plutôt du langage qui est élaboré autour d'une idée ou d'un concept à des endroits et des moments différents (Berger & Luckmann, 1966). Par typification, on entend l'attribution progressive de caractéristiques spécifiques à un objet, un individu ou un groupe d'individus en fonction de l'accumulation des éléments du discours social. Cette typification sert à asseoir les bases d'un savoir général de société qui permet de ne

pas avoir à saisir de nouveau toute la complexité d'un construit chaque fois qu'on y fait référence. Lorsqu'elle perdure dans le temps, cette typification prend progressivement une forme plus solide et devient l'exemple d'un savoir objectif, reconnu et pris pour acquis dans un espace social.

Le discours social inclut ce qui se dit à travers les voix officielles mais aussi le « bruit » plus diffus des conversations ponctuelles, des écrits ordinaires et, depuis quelques années, du roulement incessant des médias sociaux. Il a « le monopole de la réalité » et « fonctionne en-dehors des consciences individuelles » (Angenot, 1988), c'est-à-dire qu'il est régi par un ensemble de règles de communication attribuables à la culture et à l'époque.

Dans le cadre de cet essai, nous nous attardons au discours social des institutions, c'est-à-dire à ce qui est communiqué à la population à propos du construit social de la dépression. Pour comprendre de quelle manière ce construit peut s'élaborer, il est nécessaire de s'intéresser aux théories constructivistes de la connaissance.

### **Constructivisme social**

Les théories du discours social sont issues du constructivisme social. Il s'agit d'un modèle explicatif qui s'est établi relativement récemment, principalement en opposition à l'empirisme pur qui a prédominé dans le monde occidental à partir de la Renaissance. On peut diviser l'Histoire en trois périodes distinctes quant au mode d'acquisition de la

connaissance dominant à chaque époque (Raskin, 2002). La période prémoderne (du 6<sup>e</sup> siècle avant Jésus-Christ à la fin du Moyen-Âge) faisait du dualisme (l'opposition entre le bien et le mal, principalement orientée autour de la religion) et du rationalisme (les opérations de l'esprit humain à propos des phénomènes) les principales sources de savoir. La Renaissance et la Révolution industrielle ont vu l'avènement de l'empirisme (l'observation du monde par l'utilisation des sens), du positivisme (l'analyse des faits vérifiés par l'expérience) et de la méthode scientifique. Il s'agissait d'un changement de paradigme majeur, puisque l'accent était maintenant mis sur les connaissances vérifiables par l'expérience sensorielle plutôt qu'à l'aide des qualités de l'esprit. Les savoirs scientifiques étaient alors considérés comme des miroirs valables de la réalité objective. La troisième époque (du début du 20<sup>e</sup> siècle à aujourd'hui) serait caractérisée par la création plutôt que la découverte de connaissances. Il s'agit du courant constructiviste. Il importe de préciser que ces trois époques se chevauchent et que les courants idéologiques que nous venons de décrire s'y côtoient sans pour autant se balayer les uns et les autres.

Le point de départ du constructivisme met l'accent sur l'impossibilité de développer une vision totalement objective de la réalité, comme prétendaient le faire les courants précédents. Ainsi, toute construction de sens refléterait uniquement une perspective ou un point de vue sur une idée précise. C'est cette idée qui soutient entre autres les travaux de George Kelly et sa théorie des construits personnels. Pour Kelly, les êtres humains sont à la recherche de sens et ils organisent constamment leurs expériences afin de les

catégoriser d'une manière qui corresponde à leur vision du monde. L'homme décrit par ce courant de pensée devient alors une sorte de « scientifique personnel » qui teste à répétition les hypothèses qu'il émet à propos de son univers (Raskin, 2002). Il s'agit d'une approche épistémologique de la connaissance, où la réalité objective existe mais ne peut être saisie qu'à travers les constructions personnelles de l'observateur.

Le constructivisme social repose sur des prémisses quelque peu différentes. La première est que la compréhension du monde ne peut être un produit de la construction et de la mise à l'épreuve d'hypothèses. Ici, l'utilisation de symboles (le langage) constitue un obstacle majeur à l'objectivité pure. Par exemple, le vocabulaire utilisé pour catégoriser une personne comme un homme ou une femme, la description du genre, peut changer d'une culture à l'autre. La validité de cette classification perd alors de sa force et peut être déconstruite ou simplement abandonnée, à moins que cette typification possède une utilité sociale évidente. Les contraintes linguistiques ne permettent pas de décrire la réalité du monde sans avouer du même coup que l'on se départit d'une vision « déifiée », une manière de voir les choses qui serait exempte de toute connotation sociale, culturelle ou temporelle. Cela signifie que le simple fait d'utiliser le langage pour régir les conventions de communication suffit pour nous éloigner de l'objectivité complète. La seconde prémisse est que notre façon de concevoir le monde n'est rien d'autre qu'un « artefact social », le résultat d'une entreprise active de coopération et de communication entre les personnes (Gergen, 1985). On peut ainsi affirmer que le concept d'enfant, même s'il évoque des images semblables, ne réfère pas à la même

description sociale à travers les époques. Selon l'endroit et le siècle où l'on se trouve, il est soit une page blanche et un récipient qu'il faut remplir, soit un être déjà déterminé et indépendant ou encore un petit adulte qui doit être traité comme tel. La façon de saisir un concept dépend alors du processus de communication qui intervient entre les personnes et les institutions. La troisième prémisse du constructivisme social affirme que l'utilisation d'une forme spécifique de connaissance n'est pas en lien avec sa validité mais plutôt avec la force des processus sociaux qui en sous-tendent l'utilisation. Les descriptions que l'on fait d'un phénomène précis perdent alors leur importance, et ce qui compte le plus demeure la quantité et le statut des personnes qui en font ou non la promotion. Enfin, le constructivisme social prétend que les ententes négociées entre les personnes à propos de la signification des symboles ont une importance fondamentale dans la vie en société et que la nature de ces ententes modélise notre façon de percevoir et d'agir face aux situations de la vie de tous les jours. (Gergen, 1985).

Ces prémisses peuvent être résumées en affirmant que le constructivisme social se définit comme une approche herméneutique (l'art d'interpréter) qui met l'accent sur l'utilisation de symboles et l'acceptation de conventions culturelles et historiques comme principaux constituants de la réalité (Raskin, 2002).

## La construction sociale de la réalité

Après avoir défini les caractéristiques de la théorie de la construction sociale, il nous semblait pertinent de fournir quelques exemples historiques auxquels ces prémisses peuvent s'appliquer.

Le géocentrisme, la théorie scientifique et philosophique qui place la Terre au centre de l'Univers, a été élaborée par Aristote au cours de l'Antiquité. Largement reprises par l'Église sous la forme de la scolastique (l'application des idées d'Aristote à la théologie chrétienne), les idées de ce penseur grec n'ont pas été remises en question avant la Renaissance. Galilée présente alors sa théorie de l'héliocentrisme (la Terre au centre de l'Univers) en reprenant les travaux de Nicolas Copernic. Cette idée bouleverse les processus sociaux mis en place par la religion catholique. La conception du monde défendue par l'Église peut alors difficilement supporter que Dieu ait placé l'Homme en périphérie. Son pouvoir et son influence dépendent directement de l'entente implicite survenue avec ses fidèles définissant l'Homme comme le principal sujet d'intérêt de l'Univers. Le procès de Galilée conduit à sa condamnation pour hérésie par le pape Urbain VII. Le développement de l'astronomie et de la physique ont par la suite permis de prouver que la théorie de l'héliocentrisme et du mouvement des astres était légitime.

L'homosexualité, l'attrance vers des personnes du même sexe, a longtemps été considérée comme une maladie. Freud la décrit comme une perversion inhabituelle relative à la non-résolution du complexe d'Œdipe ou encore une fixation à un stade

précoce du développement psychosexuel. Dans la première édition du DSM, en 1952, l'homosexualité était définie comme une forme de personnalité sociopathique qui devait être corrigée. Des traitements sont alors mis au point pour rétablir une orientation hétérosexuelle. Parmi ceux-ci, on retrouve le visionnement de pornographie homosexuelle associée à des chocs électriques dans le cas où le patient avait une érection (Pradhan, 1982). En 1973, le congrès de l'American Psychiatric Association tient une conférence intitulée « l'homosexualité est-elle un diagnostic » qui remet en question l'existence du phénomène comme une maladie mentale. Elle sera retirée du manuel diagnostique mais demeurera tout de même présente sous la forme de « l'homosexualité égo-dystonique » dans le cas où la personne homosexuelle ne vit pas bien avec son orientation.

La drapétomanie, décrite par le docteur Samuel Cartwright en 1851, était une « maladie » dont le principal symptôme était la quête de liberté. En effet, aux États-Unis, les esclaves Noirs qui tentaient de s'enfuir de leurs maîtres contrevenaient à leur nature profonde de servitude et souffraient donc d'une forme de maladie mentale (Greenberg, 2013). Le Dr. Cartwright, pour appuyer sa théorie, citait des études européennes qui avaient démontré, grâce à la dissection, des différences si grandes entre l'homme blanc et le « nègre » que l'on pouvait considérer ce dernier comme une espèce différente. Cette différence biologique, appuyée par la science, permettait d'affirmer que le fait de vouloir être libre ne constituait pas un comportement normal chez l'homme Noir. Comme méthode de prévention, il préconisait qu'on ne soit « ni trop gentil, ni trop sévère » avec



le « nègre » afin que son caractère de soumission puisse s'exprimer librement et suivre son cours normal. Pour les esclaves souffrant de drapétomanie, le traitement prescrit était le fouet ou l'amputation des gros orteils qui rendait la fuite plus difficile.

Ces trois exemples illustrent de manière différente l'acceptation sociale de réalités aujourd'hui considérées comme saugrenues ou totalement invalides d'un point de vue scientifique. Les prémisses du constructivisme social peuvent aisément être appliquées à ces réalités. Dans les trois cas, c'est le langage et l'utilisation de symboles inhérents à un phénomène spécifique qui définit son utilisation et son acceptation. La coopération et la communication entre les institutions contribue à la formation d'un discours interactif qui bâtit la crédibilité d'un concept, comme dans le cas où les esclaves avec lesquels on avait été « trop gentil ou trop sévère » manifestaient le comportement prédit de fuite. « L'artefact social », la quête de liberté, prend un sens tout à fait différent de celui qui se dégage d'une autre époque en raison du dialogue qui prend place entre les acteurs.

Dans les trois situations que nous venons d'évoquer, il est aujourd'hui évident que l'utilisation d'un construit provenait davantage de la force des processus sociaux qui le sous-tendaient que de sa validité objective. L'Église catholique utilisait toute sa puissance institutionnelle pour garder l'homme au centre de l'Univers. L'homosexualité, décriée par la même institution religieuse, devenait plus facilement explicable si elle pouvait être diagnostiquée et guérie. La drapétomanie fournissait un rationnel scientifique aux esclavagistes en faisant des Noirs une race inférieure destinée à la

servitude et à la soumission. Les ententes négociées entre les acteurs et les institutions pour soumettre une partie de la réalité subjective et sociale à une objectivation scientifique, philosophique ou religieuse prenaient un poids assez considérable pour que ces conceptions soient acceptées comme des vérités uniques.

Dans cette section, nous avons tenté de décrire les bases de l'approche constructiviste qui place les conventions culturelles et historiques au centre d'un modèle interprétatif de la réalité. C'est à travers cette lunette que nous avons bâti notre méthode de recherche et analysé nos résultats.

## **Méthode**

## Sélection des données

Comme nous sommes à la recherche du discours social des institutions nord-américaines à propos de la dépression, notre recherche de données visait à identifier et à sélectionner des institutions qui émettent un tel discours. De plus, étant donné que nous nous intéressons à l'accès à l'information par le grand public et les intervenants en santé mentale et que la grande majorité des organisations possèdent maintenant un site Internet, le moteur de recherche Google a été utilisé. Nous avons entré les termes « dépression », « troubles de l'humeur », « épisode de dépression majeure » et leurs équivalents anglais (*Depression, mood disorders* et *major depressive episode*). Pour les mots-clés français, nous avons utilisé la version canadienne de Google en limitant la recherche aux domaines de langue française. Pour les mots-clés anglais, la version canadienne (google.ca) ainsi que la version américaine (google.com) ont été utilisées. Google utilise trois procédés pour classer les résultats en ordre d'importance relative. D'abord, le *crawling* découvre le contenu des nouvelles pages et révisé les mises à jour des pages existantes à l'aide d'un algorithme. Ce procédé tient compte des mots contenus dans chaque page, des liens qu'elles contiennent et des cartes de site fournies par les webmestres.

Ces pages sont ensuite indexées pour représenter fidèlement la présence de chaque mot ou groupe de mots sur les pages consultées. Lorsqu'une personne entre un sujet de

recherche, Google utilise les deux premiers procédés pour fournir les résultats en ordre de pertinence en fonction de plus de 200 facteurs.

C'est pourquoi nous avons choisi de nous intéresser uniquement à la première page de résultats fournis par Google. Nous avons ensuite conservé les résultats qui répondaient aux critères suivants :

- 1) Le site représente une institution formelle, c'est-à-dire un regroupement de personnes partageant des objectifs et des valeurs semblables;
- 2) L'institution est active, c'est-à-dire qu'elle a un impact sur la population. Elle peut a) proposer des interventions et des traitements spécifiques ou faire de la recherche auprès de la population, b) constituer une instance décisionnelle en matière de santé mentale (avoir une autorité politique ou sociale sur la population et/ou les autres institutions) ou c) faire de l'éducation active auprès de la population générale ou des intervenants en santé mentale sous la forme d'ateliers, de formations ou de groupes d'aide, par exemple. Les institutions qui proposaient des sites uniquement informatifs n'ont pas été retenues;
- 3) L'institution propose de l'information à propos des trois thèmes que nous avons choisi de traiter (définition, causes, traitement de la dépression). Ces trois thèmes ont été choisis *a posteriori* puisqu'ils représentaient le type d'information le plus souvent contenu dans les sources retenues à l'aide des deux premiers critères.

Ainsi, les sources qui ne présentaient pas d'information à propos de ces thèmes, même si elles avaient d'abord été retenues, ont par la suite été retirées;

4) Le classement du site ne fait pas l'objet d'une annonce payée.

Le Tableau 2 présente les résultats de la recherche initiale ainsi que ceux retenus en fonction des critères que nous venons de présenter. Deux sources d'information ont ensuite été ajoutées. D'abord, nous avons parcouru les sites Internet des six plus grandes compagnies pharmaceutiques américaines (Johnson & Johnson, Pfizer, Abbott Laboratories, Merck, Eli Lilly et Bristol Myers-Squibb) pour trouver de la documentation qui satisferait au critère d'inclusion numéro 3. Nous considérons que les compagnies pharmaceutiques répondent d'emblée au critère 1 puisqu'elles forment des organisations avec des valeurs et des objectifs communs. Elles satisfont également au critère 2 puisqu'elles vendent leurs produits à la population, ce qui constitue une forme d'intervention et de traitement. Seule la compagnie Pfizer répondait aux critères de sélection, nous l'avons donc incluse dans notre étude. Nous avons également choisi d'ajouter l'*American Psychiatric Association* à cause de son rôle décisionnel important dans l'élaboration du DSM et de son autorité dans le domaine de la santé mentale en général. Enfin, nous avons identifié l'*American Psychological Association* comme une institution potentielle à inclure dans notre étude, mais son site Internet ne répondait pas au critère d'inclusion #3.

Tableau 2  
*Résultats par mots-clés*

Mots-clés	Résultats conservés
Dépression	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La dépression fait mal/Depression hurts (site web)</li> <li>- Ministère de la Santé et des Services sociaux</li> <li>- Canadian Mental Health Association/Association canadienne pour la santé mentale</li> <li>- Jeunesse J'écoute</li> </ul>
Troubles de l'humeur	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Institut Universitaire en santé mentale de Québec</li> <li>- Société pour les troubles de l'humeur du Canada</li> <li>- Douglas institut universitaire en santé mentale</li> </ul>
Épisode dépressif majeur	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fondation des maladies mentales</li> <li>- Association des médecins psychiatres du Québec</li> </ul>
Depression	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mood disorder Association of Ontario</li> <li>- Depression hurts/Ladepressionfaitmal</li> <li>- National Institute of Mental Health (NIMH)</li> </ul>
Mood disorders	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mental Health America</li> <li>- Depression and bipolar support alliance</li> </ul>
Major depressive episode	<ul style="list-style-type: none"> <li>- National Alliance on Mental Illness (NAMI)</li> </ul>

Note. En date du 23 mars 2014. Première page de résultats uniquement. Le moteur de recherche était réglé pour afficher 10 résultats par page.

Le Tableau 3 présente les 17 institutions retenues ainsi que les caractéristiques qui précisent l'impact sur la population en fonction du critère d'inclusion #2.

Tableau 3

*Résultats conservés et critères d'inclusion*

Institutions	Critères d'inclusion
American Psychiatric Association (États-Unis)	ID, Éd., Int.
Association des médecins psychiatres du Québec (Québec)	Éd.
Canadian Mental Health Association (Canada)	Éd., Int.
Depression and bipolar support alliance (États-Unis)	Éd., Int.
Douglas institut universitaire en santé mentale (Québec)	Int.
Fondation des maladies mentales (Québec)	Éd., Int.
Institut universitaire en santé mentale de Québec (Québec)	Int.
La dépression fait mal/depression hurts (Québec et Canada)	Éd.
Mental Health America (États-Unis)	Éd., Int.
Mental Health Canada (Canada)	Éd., Int.
Ministère de la santé et des services sociaux (Québec)	ID, Éd., Int.
Mood disorders association of Ontario (Canada)	Éd., Int.
National Alliance on Mental Illness (États-Unis)	ID, Éd., Int.
National Institute for Mental Health (États-Unis)	ID, Éd., Int.
Pfizer (États-Unis)	Int.
Société pour les troubles de l'humeur du Canada (Québec et Canada)	Éd., Int.
Jeunesse J'écoute (Québec)	Int.

Note. ID = Instance décisionnelle, Éd. = Éducation, Int = Intervention.



### Analyse de contenu

Une fois les institutions répondant à nos critères d'inclusion retenues, nous voulions créer un cadre d'analyse qui : 1) permettrait de mettre à jour les caractéristiques du discours social sur la dépression; et 2) serait conséquent avec les prémisses de l'approche du constructivisme social.

Pour répondre au premier critère, la méthode qualitative de l'analyse de contenu a été retenue. Cette méthode permet de faire émerger des concepts et des thèmes à partir d'un texte en utilisant de manière structurée le jugement de l'examineur. Elle a l'avantage de s'intéresser au contenu idiosyncratique (porteur d'un sens particulier en fonction des agents extérieurs) des données recueillies, de tenir compte de la subjectivité de l'examineur et de mettre à jour les interrelations sociales qui existent entre les concepts émergents (Miles, Huberman, & Saldana, 1994). Les informations provenant de chaque institution ont d'abord été séparées en trois sections distinctes (définition, causes, traitements). Ensuite, nous avons parcouru le corpus de texte retenu pour chacune des institutions et avons tenté de créer un titre ou un thème chaque fois qu'un concept nous apparaissait. Un concept est défini comme « une régularité perçue dans les événements ou les objets et désignée par une étiquette » (Novak & Canas, 2006) [Traduction libre]. Le corpus de texte utilisé pour l'analyse de contenu est détaillé à l'Appendice A.

Le contenu du discours véhiculé par chacune des 17 institutions a été analysé de cette manière en procédant par saturation, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'aucun nouveau concept ne puisse être identifié. Par la suite, nous avons dénombré les concepts qui se répétaient pour plus d'une institution afin d'estimer le poids relatif de chacun d'eux dans le discours social à propos de la définition, des causes et du traitement de la dépression. Les résultats de cette compilation sont présentés à l'Appendice B et une description sommaire des concepts se retrouve à l'Appendice C. Les concepts qui n'apparaissent qu'une fois ont été mis de côté puisque l'une des caractéristiques du discours social est qu'il doit faire l'objet d'un minimum de consensus. En effet, en observant la fréquence d'utilisation d'un concept, l'examineur parvient progressivement à en extraire la signification et l'importance (Schutt, 2006).

### **Cartes conceptuelles**

La méthode qui a été retenue pour faire émerger les composantes principales du discours social à partir de l'analyse de contenu est la carte conceptuelle, un outil graphique utilisé pour organiser et représenter la connaissance (Novak & Canas, 2006).

Le principal avantage de la carte conceptuelle (ou carte sémantique) est l'opportunité d'organiser des connaissances complexes d'une manière claire et porteuse de sens (Miles et al., 1994). Elle fait appel au jugement subjectif de son auteur en lui demandant de classer les concepts, de faire des liens entre eux et de construire des unités de sens. Une unité de sens consiste en la mise en commun de plus de deux concepts et de

la relation qui existe entre ceux-ci pour former une proposition qui peut s'auto-suffire, c'est-à-dire qu'elle n'a pas besoin de mise en contexte ou d'information supplémentaire pour livrer son message.

Nous avons donc construit une carte conceptuelle pour chacune des catégories qui définissaient notre troisième critère d'inclusion (définition, causes, traitements). Ces trois thèmes sont utilisés comme les questions principales à l'origine de chaque carte conceptuelle afin d'en préciser l'utilité. Le concept central était toujours le terme « dépression ». Ainsi, pour notre première carte conceptuelle, la question d'origine était : « Quelle est la définition de la dépression? ». Pour la seconde, « Quelles sont les causes de la dépression » et pour la troisième « Quels traitements peuvent être utilisés pour traiter la dépression ». Chaque proposition devait répondre à la question principale.

Nous avons voulu faire émerger le niveau d'importance des concepts dans notre construction de cartes sémantiques. Ainsi, les concepts qui se retrouvaient dans la moitié (plus ou moins 1) des références consultées étaient considérés comme des concepts majeurs. Ils sont représentés en rouge. Les concepts « mineurs » ont été ajoutés afin de compléter les propositions d'une manière logique et porteuse de sens. Nous avons également ajouté le nombre de références dans une étiquette située sous chacun des concepts. Ensuite, des marqueurs de relation ont été ajoutés entre les concepts afin de créer des liens entre eux.

## Résultats

## Définition

Cinq thèmes principaux ont émergé de notre analyse de contenu à propos de la définition de la dépression. Le plus commun d'entre eux affirme que « la dépression est différente de la tristesse ». Ce concept développait l'idée qu'on ne peut pas simplement « prendre sur soi » (*snap out of it*) pour s'en sortir et que les impacts fonctionnels sur la vie des gens qui en souffrent sont différents de ceux de la tristesse. Deux thèmes mineurs ont été associés à ce concept. D'abord, l'insistance sur le fait que la dépression n'est pas un signe de faiblesse et que des facteurs multiples sont à son origine (modèle biopsychosocial). Notons que cette multiplicité de facteurs constitue un thème majeur de la carte conceptuelle à propos des causes de la dépression.

Des marqueurs de relation ont été ajoutés entre le concept « différent de la tristesse » et d'autres concepts majeurs. D'abord, nous avons créé un lien avec le concept « problème commun » puisque dans les deux cas, il semble que l'objectif soit de « normaliser » le diagnostic de la dépression et de contrer la stigmatisation. Ensuite, un autre marqueur de relation a été ajouté en direction du concept majeur de l'efficacité des traitements pour la dépression.

En effet, le fait qu'elle soit différente de la tristesse nous apparaissait comme un processus de recherche de rationnel pour le traitement, tout comme le concept

« condition médicale sérieuse » traçait une distinction claire entre la tristesse « normale » et la dépression clinique.

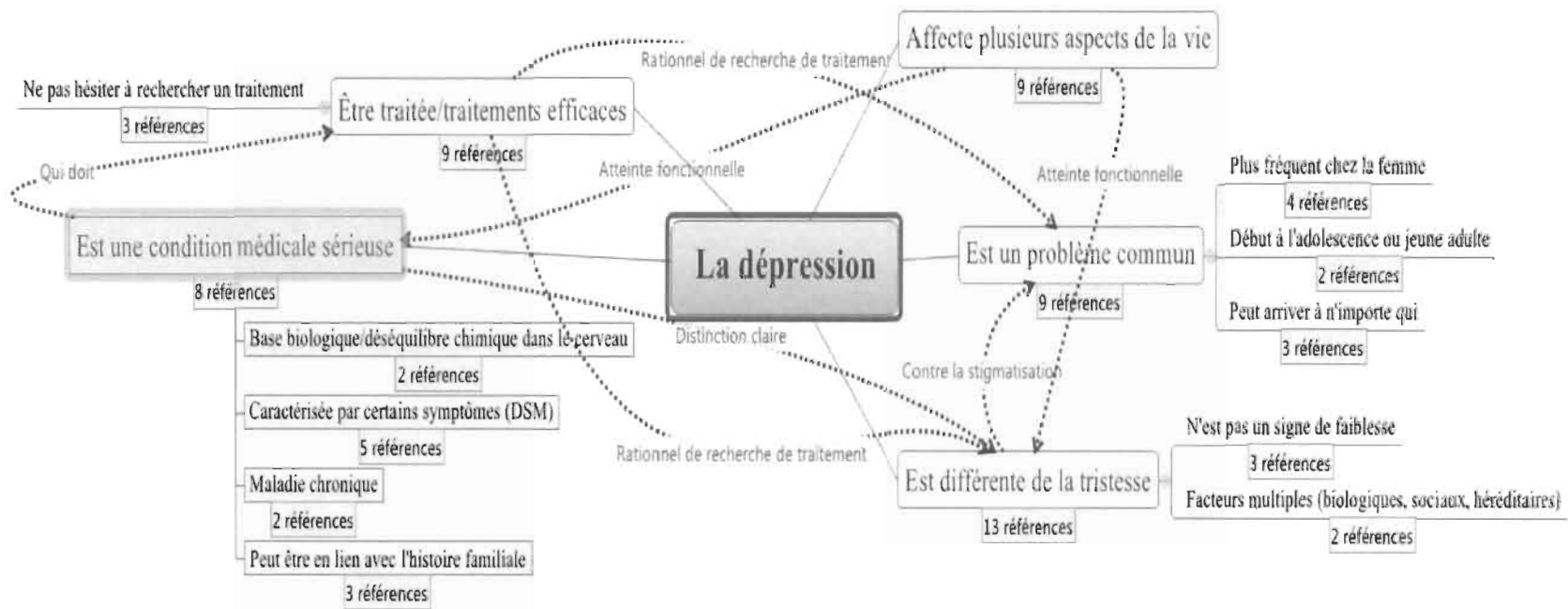


Figure 1. Carte conceptuelle du discours social de la définition de la dépression.

Note : Question de recherche : Quelle est la définition de la dépression? Les concepts majeurs sont identifiés en rouge.

Plusieurs concepts mineurs pouvaient être associés au concept majeur « condition médicale sérieuse », qui affirmait que la dépression constitue un problème sérieux – bien que commun – qui ne doit pas être pris à la légère. D’abord, la base biologique de ce trouble mental est évoquée (il s’agit d’ailleurs d’un concept majeur de notre carte à propos des causes de la dépression). Les symptômes décrits par le DSM étaient également utilisés pour caractériser la condition. Aussi, le concept de chronicité (une maladie qui dure souvent toute la vie), était détaillé dans deux de nos références. Enfin, un lien avec l’histoire familiale était évoqué pour expliquer l’apparition de la dépression. Un marqueur de relation intitulé « ressources médicales » a été ajouté vers le concept majeur de la nécessité et de l’efficacité des traitements. Il apparaît logique, lorsque le discours social des institutions parle d’une condition médicale sérieuse, de rechercher des ressources médicales adéquates pour traiter cette condition.

Le concept majeur affirmant que « la dépression doit être traitée et que les traitements pour la dépression sont efficaces » insistait sur l’idée que des symptômes de dépression qui ne sont pas traités peuvent s’aggraver, ainsi que sur la reconnaissance scientifique des traitements proposés. Le concept mineur que nous lui avons associé affirme qu’il ne faut pas hésiter à rechercher un traitement. Un marqueur de relation a été ajouté vers le concept majeur « problème commun ». Le thème du contenu insistait en effet sur l’idée qu’étant donné qu’il s’agit d’une condition relativement fréquente, il n’y a pas de honte à rechercher de l’aide à ce niveau.



Le concept majeur « problème commun » s'intéressait principalement à l'épidémiologie de la dépression. Les références utilisées faisaient état d'un trouble touchant entre 5 et 20 % de la population (variable en fonction des différentes sources). Les concepts mineurs que nous avons choisi d'associer précisait qu'il s'agit d'un problème plus courant chez la femme, qu'il survient généralement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte et que cela peut arriver à n'importe qui.

Le dernier concept majeur définit la dépression comme un problème ou un trouble qui affecte de façon significative plusieurs aspects de la vie en énumérant les sphères professionnelle, familiale et sociale. Les marqueurs de relation « atteinte fonctionnelle » ont été ajoutés vers les concepts majeurs « différent de la tristesse » et « condition médicale sérieuse » puisqu'il s'agit du critère C du DSM-IV-TR pour l'établissement d'un diagnostic de dépression majeure : Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

En utilisant les concepts majeurs qui ont émergé de notre analyse de contenu, il est possible de créer une proposition que nous définirons comme le discours social des institutions à propos de la définition de la dépression : *La dépression est un problème commun qui est différent de la tristesse ordinaire. Il s'agit d'une condition médicale sérieuse affectant plusieurs aspects de la vie qui peut et doit être traitée.*

## Causes

La carte conceptuelle détaillant les causes de la dépression est plus consensuelle que celle à propos de sa définition. Six concepts majeurs ont émergé de l'analyse de contenu réalisée. Nous avons choisi de les diviser en créant, vers la gauche, une accolade regroupant les éléments étiologiques orientés autour de l'acquis et des influences environnementales et, vers la droite, ceux qui tendent davantage vers les caractéristiques innées ou biologiques.

Du côté des causes biologiques, la théorie du déséquilibre chimique au niveau des neurotransmetteurs du cerveau est le seul concept majeur auquel des thèmes mineurs ont été apposés. D'abord, la forme hypothétique de la théorie du déséquilibre chimique a été relevée dans cinq références. Cela signifie qu'on y utilisait des formes comme « les scientifiques pensent que ces neurotransmetteurs sont impliqués », « il semble qu'il y ait une dysfonction du fonctionnement cérébral » ou encore que « ces changements pourraient causer la dépression ». Ensuite, le rôle des fluctuations dans le niveau de certaines hormones (par exemple dans le cas des dépressions suivant un accouchement) était aussi évoqué comme une étiologie associée au déséquilibre neurochimique. Enfin, l'idée que des différences dans les différentes structures du cerveau puissent exister entre les personnes déprimées et celles qui ne le sont pas se retrouvait dans deux de nos références.



Un autre concept majeur concernant l'origine biologique de la dépression est celui qui affirme qu'une maladie physique peut produire des symptômes de dépression. Les exemples donnés sont entre autres : une tumeur cérébrale, le diabète, une maladie cardiaque et la maladie de Parkinson. Enfin, le troisième concept majeur s'appuyant sur des origines biologiques concerne l'aspect génétique du trouble. Dans 14 de nos 17 références, l'accent est mis sur la composante familiale de la dépression, c'est-à-dire que les symptômes dépressifs peuvent se reproduire de génération en génération. Un marqueur de relation a été ajouté vers le concept majeur de la personnalité et des facteurs psychologiques, puisque le contenu suggérait que les caractéristiques génétiques héritées contribuaient à *moduler* la personnalité et, par le fait même, les vulnérabilités psychologiques à la dépression.

À gauche du concept central, les étiologies environnementales ou acquises ont été regroupées. D'abord, dans la grande majorité des références consultées (15/17), la dépression était décrite comme étant en lien avec des événements de vie particuliers. La séparation et le divorce, une perte d'emploi ou la mort d'un être cher étaient les principaux événements nommés. Un marqueur de relation a été ajouté en direction du concept majeur du déséquilibre chimique, puisque les événements de vie difficiles sont décrits comme des déclencheurs (*occasionnent*) ce déséquilibre. Les éléments de personnalité étaient également décrits comme une cause de l'apparition d'un épisode dépressif majeur. Les caractéristiques psychologiques soupçonnées de favoriser la dépression étaient la vulnérabilité au stress, une vision pessimiste de la vie et une faible

estime de soi. Enfin, le concept majeur du modèle biopsychosocial a été ajouté comme un concept englobant. À l'intérieur de nos références, ce concept constituait une entité unique puisqu'il n'expliquait aucune étiologie particulière mais mettait l'accent sur la multiplicité des causes de la dépression. Le modèle biopsychosocial, qui parle des causes biologiques, génétiques, psychologiques et sociales du trouble, est utilisé pour décrire les facteurs qui peuvent mener à un épisode dépressif majeur.

Deux concepts mineurs ont été ajoutés à cette carte conceptuelle. À partir des accolades innées/biologiques et environnementales/acquises, nous avons créé des marqueurs de relation vers le concept mineur « les causes exactes sont encore inconnues ». Dans certaines références (5/17), il était précisé que malgré les avancées de la science et les nouvelles connaissances acquises à propos de la dépression, il demeurait impossible d'en connaître les causes exactes. Le National Institute for Mental Health (NIMH) est particulièrement ambivalent à ce sujet :

Des théories de longue date à propos de la dépression suggèrent que d'importants neurotransmetteurs – les agents chimiques que les cellules du cerveau utilisent pour communiquer entre elles – sont débalancés dans la dépression. Mais il est difficile de prouver cela. Des technologies d'imagerie du cerveau, comme l'imagerie par résonance magnétique, montrent que certaines parties du cerveau ont une apparence différente chez les personnes dépressives. Mais ces images ne révèlent pas pourquoi la dépression est survenue et elles ne peuvent être utilisées dans le diagnostic [Traduction libre]

L'autre concept mineur qui a été associé aux deux accolades est celui qui précise que, malgré les éléments étiologiques reconnus, la dépression peut survenir sans raison apparente.

Voici donc le discours social institutionnel que nous pouvons faire émerger de l'analyse de contenu et de la carte conceptuelle à propos des causes de la dépression. Les éléments soulignés sont des concepts mineurs qui peuvent être ajoutés ou retirés au besoin. *Les causes de la dépression peuvent être comprises en fonction d'un modèle biopsychosocial, c'est-à-dire en tenant compte de plusieurs facteurs qui s'influencent. La dépression est (serait) une maladie du cerveau causée par un déséquilibre chimique au niveau des neurotransmetteurs et des hormones. Elle a une composante génétique et familiale et ses symptômes peuvent être causés par une maladie physique. De plus, des événements de vie négatifs (i.e. divorce, perte d'emploi) ou des caractéristiques psychologiques (vulnérabilité au stress, faible estime de soi) peuvent causer la dépression. Toutefois, la dépression peut survenir sans raison apparente et ses causes exactes demeurent inconnues.*

### **Traitements**

La carte conceptuelle à propos du traitement de l'épisode de dépression majeure a été construite différemment des deux précédentes. L'un des concepts majeurs identifié était « nécessité de voir un médecin ou un psychiatre ». L'identification de la dépression comme une « condition médicale sérieuse » dans la carte conceptuelle de la définition du trouble justifie la consultation d'un médecin pour en traiter les symptômes. Ce concept a donc été placé sous le thème central comme la porte d'entrée de l'accès aux services.

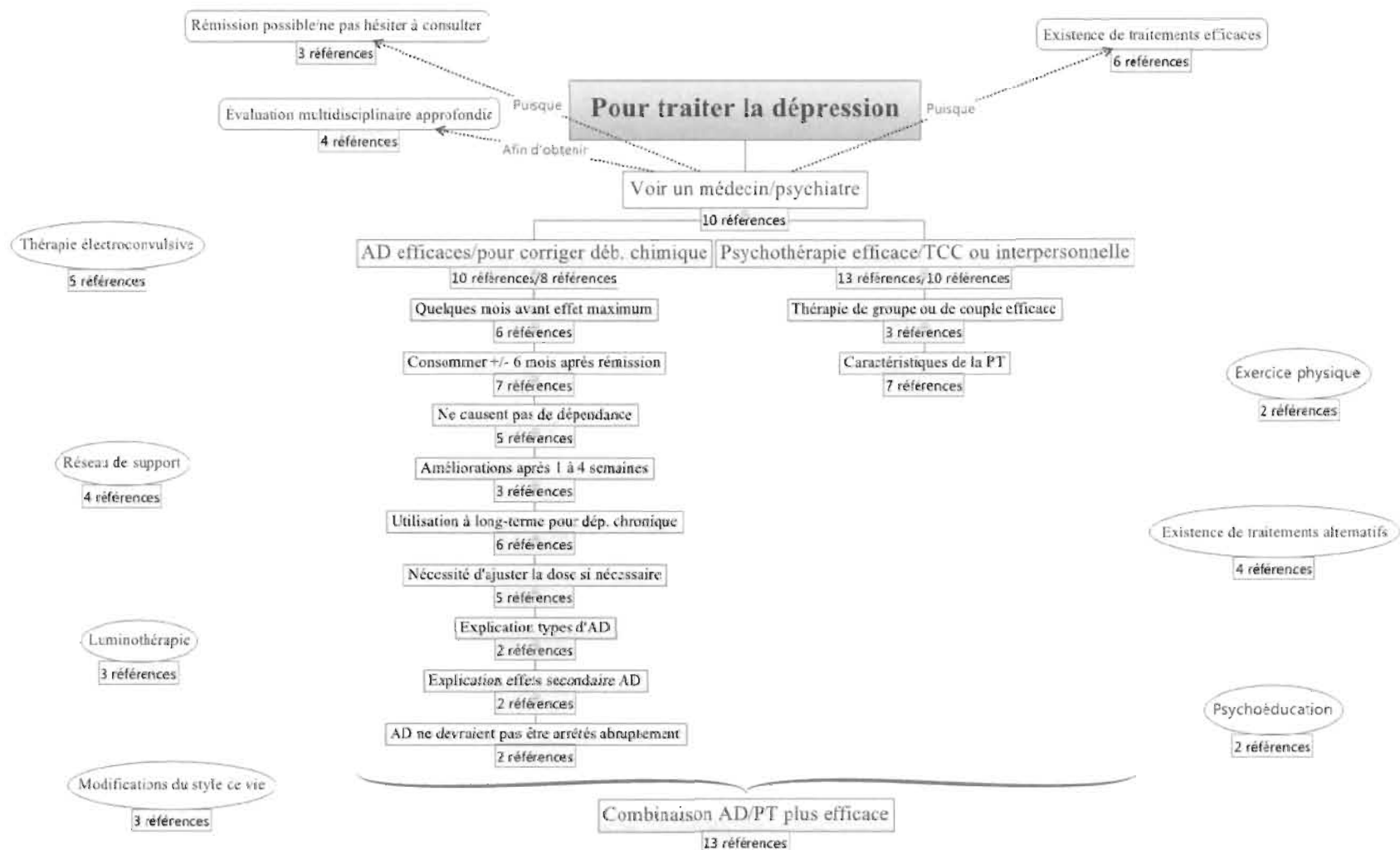


Figure 3. Carte conceptuelle du discours social du traitement de la dépression.

Note : Question de recherche : Quels sont les traitements efficaces contre la dépression?

Des concepts mineurs qui semblaient étayer la nécessité de voir un médecin ont été liés en ajoutant des marqueurs de relation. Ainsi, il ne faut pas hésiter à voir un médecin ou un psychiatre afin d'obtenir une évaluation multidisciplinaire approfondie puisque des traitements efficaces existent et que la rémission est possible.

Ensuite, les deux concepts majeurs qui exprimaient les types d'intervention définis comme efficaces pour le traitement de la dépression ont été placés sous cette porte d'entrée de visite médicale. L'efficacité des antidépresseurs et leur mode d'action qui permet de corriger un déséquilibre chimique dans le cerveau constituaient deux concepts majeurs qui ont été regroupés dans une catégorie commune. L'autre proposition de traitement considéré comme efficace, la psychothérapie, a été définie comme une deuxième sous-catégorie, alors que les concepts majeurs « efficacité de la psychothérapie » et « efficacité des thérapies cognitivo-comportementales et interpersonnelles » ont été jumelés.

Nous avons choisi de placer ces deux méthodes (la prise d'antidépresseurs et la psychothérapie) au centre de notre carte conceptuelle puisque les concepts majeurs s'articulaient autour de ces propositions de traitement. Les concepts mineurs qui pouvaient être reliés à l'un ou l'autre des thèmes ont ensuite été placés à la suite des concepts majeurs sous la forme d'un organigramme descendant.



De nombreux concepts mineurs étaient liés au concept majeur de l'efficacité des antidépresseurs afin de corriger un déséquilibre chimique dans le cerveau. Ces concepts se rapportaient aux caractéristiques des antidépresseurs et aux précautions à prendre lorsque l'on choisit ce type de traitement. Par exemple, l'un des concepts mineurs stipulait que les antidépresseurs doivent continuer d'être consommés plus ou moins six mois après la rémission afin de prévenir les risques de rechute et que quelques mois de médication sont nécessaires avant de ressentir les effets maximums. Il est à noter que seulement deux références détaillaient les différents types d'antidépresseurs et les effets secondaires possibles de ce type de médication.

L'autre branche de l'organigramme des traitements de la dépression détaillait l'efficacité de la psychothérapie, principalement de deux types (cognitivo-comportementale et interpersonnelle). Le premier concept mineur associé décrivait la thérapie de groupe ou de couple comme un moyen efficace de contrer les symptômes de dépression. Pour le second concept mineur, les explications à propos des différents types de psychothérapie ont été regroupées sous le même thème. Les approches décrites incluaient celles reconnues comme les plus efficaces, mais aussi d'autres types d'approches comme les thérapies d'orientation psychodynamique.

Au bas de la carte conceptuelle, une accolade a été ajoutée afin de représenter le dernier concept majeur. 13 références sur 17 faisaient en effet état de la supériorité du traitement combiné (antidépresseurs et psychothérapie) pour améliorer les symptômes

dépressifs. Il était alors précisé que, pour les dépressions légères et moyennes, la psychothérapie ou la médication seule pouvait convenir, mais que pour les dépressions plus graves une combinaison des deux méthodes s'avérait plus efficace.

Les autres concepts mineurs qui émergeaient de l'analyse de contenu concernaient principalement les méthodes alternatives de traitement (par exemple l'exercice physique, les modifications du style de vie ou la luminothérapie). Nous avons choisi de les placer en périphérie des méthodes centrales puisqu'elles n'étaient jamais proposées comme la première option à considérer dans le traitement de la dépression. L'existence de traitements alternatifs était mentionnée dans quatre références seulement, et seule la thérapie électroconvulsive a obtenu plus de quatre mentions dans les références consultées. L'articulation des concepts majeurs à propos du traitement de la dépression évoluait donc autour de la psychothérapie et des antidépresseurs comme des moyens efficaces et scientifiquement reconnus de traiter la dépression.

À la lumière de notre analyse de contenu et de l'élaboration d'une carte conceptuelle à propos des traitements proposés pour la dépression, nous proposons de décrire le discours social des institutions de cette manière : *Une personne qui croit souffrir de symptômes de dépression doit d'abord consulter un médecin ou un psychiatre. Celui-ci pourra le diriger vers deux types de traitement recommandés contre la dépression. Les médicaments antidépresseurs sont efficaces dans le traitement de la dépression puisqu'ils contribuent à corriger le déséquilibre chimique du cerveau. Les*

*psychothérapies, principalement celles de type cognitivo-comportementales ou interpersonnelles, sont également efficaces pour diminuer les symptômes dépressifs. Toutefois, c'est la combinaison de la médication et de la psychothérapie qui produit les meilleurs résultats dans le traitement de la dépression.*

### **Proposition complète du discours social de la dépression**

Les cartes conceptuelles bâties à partir de notre analyse de contenu de la dépression nous ont permis de faire émerger des concepts majeurs qui caractérisent, chez plus de la moitié des institutions nord-américaines consultées, le discours social à propos de la dépression (ou épisode dépressif majeur). Il semble pertinent de les regrouper afin d'offrir une vue d'ensemble de l'information distribuée à la population générale et aux professionnels du domaine de la santé mentale.

*La dépression est un trouble de santé mentale, un problème commun qui est différent de la tristesse ordinaire. Il s'agit d'une condition médicale sérieuse affectant plusieurs aspects de la vie qui peut et doit être traitée. Les causes de la dépression peuvent être comprises en fonction d'un modèle biopsychosocial, c'est-à-dire en tenant compte de plusieurs facteurs qui s'inter-influencent. Il s'agit d'une maladie du cerveau causée par un déséquilibre chimique au niveau des neurotransmetteurs. Elle a une composante génétique et familiale et ses symptômes peuvent être causés par une maladie physique. De plus, des événements de vie négatifs (i.e. divorce, perte d'emploi) ou des caractéristiques psychologiques (i.e. vulnérabilité au stress, faible estime de soi)*

*peuvent causer la dépression. Une personne qui croit souffrir des symptômes de dépression doit d'abord consulter un médecin ou un psychiatre. Celui-ci pourra le diriger vers deux types de traitement recommandés. Les médicaments antidépresseurs sont efficaces dans le traitement de la dépression puisqu'ils contribuent à corriger le déséquilibre chimique du cerveau. Les psychothérapies, principalement celles de type cognitivo-comportementales ou interpersonnelles, sont également efficaces pour diminuer les symptômes dépressifs. Toutefois, c'est la combinaison de la médication et de la psychothérapie qui produit les meilleurs résultats dans le traitement de la dépression.*

## Discussion

L'objet de cet essai était l'identification des caractéristiques du discours social des institutions nord-américaines à propos du construit social de la dépression. Par une analyse de contenu et l'élaboration de cartes conceptuelles, nous avons tenté de faire émerger des concepts, des unités de sens et des propositions qui permettent de répondre, au moins partiellement, à cette question. Notons que tout au long de notre processus de recherche, nous n'avons pas cherché à tester la véracité, la validité ou les appuis scientifiques des affirmations du discours social émergeant de notre corpus de texte, puisque cela ne faisait pas partie des objectifs poursuivis. Le travail effectué se voulait d'abord qualitatif, puis descriptif, afin de s'assurer que les données extraites représentaient fidèlement le message véhiculé par les institutions sélectionnées. À ce titre, il semble raisonnable de dire que nos données ne représentent rien de plus ou de moins que ce que le discours social de la dépression, même dans une forme incomplète, apporte comme informations (les limitations de notre étude seront détaillées dans cette section). Nous tenterons maintenant de proposer des pistes de réflexion à propos de ce discours qui n'aillent pas plus loin que la portée de nos résultats, tout en constituant un outil critique valable et utile pour le lecteur.

### **La dépression comme un « trouble du cerveau »**

La carte conceptuelle de la définition de la dépression mettait l'accent sur la différence marquée entre la tristesse et l'épisode dépressif majeur. La nature de cette différence n'était toutefois pas clairement précisée. La formulation la plus utilisée dans les références consultées était articulée autour de l'idée qu'on ne peut pas simplement « prendre sur soi » pour s'en sortir, comme ce serait supposément le cas avec la tristesse ordinaire. Cette distinction claire menait à définir la dépression comme une condition médicale sérieuse, diagnostiquée en fonction des critères diagnostiques du DSM et traitée d'abord par des professionnels de la santé.

L'une des étiologies proposées pour la dépression était le déséquilibre chimique des neurotransmetteurs du cerveau. Nous ne débattons pas ici de la valeur de cette hypothèse ou de son utilité clinique. Toutefois, nos résultats suggèrent clairement que les institutions consultées véhiculent le message que la dépression est un trouble du cerveau (*brain disorder*). Pour plus de clarté, sélectionnons chacun de ces concepts pour formuler une proposition qui allie nos trois cartes conceptuelles : *La dépression est un trouble du cerveau différent de la tristesse ordinaire, causé par un déséquilibre chimique au niveau des neurotransmetteurs.*

Il est possible d'effectuer plusieurs observations à propos de cette proposition. D'abord, le terme « trouble du cerveau » (*brain disorder*) est différent de « maladie du cerveau » (*brain disease*). Un trouble mental, comme nous l'avons déjà vu, est

caractérisé par un syndrome, une série de symptômes et d'atteintes fonctionnelles se présentant souvent ensemble et qui permettent d'effectuer le diagnostic. Ces symptômes, selon la description du DSM-5, *reflètent* des dysfonctionnements biologiques, psychologiques ou développementaux. C'est la raison pour laquelle il n'existe pas de test sanguin ou d'imagerie cérébrale que l'on peut utiliser dans le diagnostic de la dépression. Les symptômes perçus reflètent un dysfonctionnement, mais il est difficile de dire lequel avec précision. Dans le cas d'une « maladie du cerveau », bien qu'on ne puisse pas toujours détailler l'étiologie (quels facteurs ont mené à la maladie), il est tout de même souvent possible de déterminer la pathophysiologie de celle-ci. Par exemple, pour la maladie de Huntington, la mutation d'un gène conduit à la mort des cellules nerveuses des noyaux gris centraux du cerveau. Les personnes souffrant de la maladie de Parkinson subissent des pertes neuronales progressives au niveau de la substance noire (*locus niger*) et des faisceaux nigro-striés. Dans la sclérose en plaques, des plaques de démyélinisation apparaissent sur les axones des neurones du cerveau (la myéline permet la conduction optimale de l'influx nerveux d'un neurone à l'autre).

Les termes « trouble du cerveau » et « condition médicale sérieuse » semblent donc se retrouver à cheval entre le trouble mental, caractérisé par la description de symptômes psychologiques regroupés en syndrome où les processus neurologiques sous-jacents ne peuvent être identifiés clairement, et la maladie du cerveau, où les causes et les processus neurologiques sous-jacents ont été mis à jour. Dans le discours social des



institutions, c'est pourtant ce rationnel médical (un trouble du cerveau, une condition médicale sérieuse différente de la tristesse) qui justifie le traitement médical.

Cette position nous apparaît manquer de clarté. Est-ce que la dépression est un trouble mental caractérisé uniquement par l'identification de ses symptômes, comme le suggère sa présence à l'intérieur du DSM (qui est issu de l'approche catégorielle) ou une maladie du cerveau définie par un déficit au niveau de la sérotonine et de la noradrénaline, comme le suggèrent 13 de nos 17 références? Si le discours social des institutions est si catégorique dans sa définition du trouble, dans l'identification de ses causes et du traitement adapté, est-ce que l'épisode dépressif majeur a encore sa place dans un manuel qui décrit les syndromes *reflétant* des dysfonctionnements *sous-jacents*? Si c'est le cas, cela signifie que nous utilisons en ce moment une manière de diagnostiquer et de traiter la dépression qui est en-deçà de nos capacités réelles. Des tests médicaux devraient permettre ce diagnostic. Dans le cas inverse, si nous en sommes toujours à utiliser l'approche catégorielle, comment se fait-il que l'on accorde autant de poids et d'importance à la théorie du déséquilibre chimique du cerveau pour expliquer les symptômes dépressifs?

Le problème de l'exclusion du deuil reflète cette ambiguïté. Dans le DSM-IV-TR, il avait été décidé qu'on ne pouvait diagnostiquer un épisode dépressif majeur à une personne dans le deuil même si elle présentait des symptômes qui mènent normalement à ce diagnostic. Ainsi, la dépression était un trouble du cerveau, mais pas dans certaines

circonstances comme la perte d'un être cher. Un peu comme si le cerveau était sélectif dans son débalancement chimique. Les concepteurs du DSM-5 ont plutôt décidé de retirer cette exclusion en prétextant justement qu'une personne qui présente les symptômes d'un épisode dépressif majeur souffre bien d'un épisode dépressif majeur, peu important les circonstances. L'absurdité apparente de diagnostiquer un épisode dépressif majeur à la grande majorité des personnes endeuillées nous semble assez évidente. Le deuil est un processus normal, universel et intemporel dont la composante spirituelle peut difficilement être réduite à un trouble du cerveau. Ainsi, les deux positions, du point de vue de la « condition médicale sérieuse » et du « trouble du cerveau » deviennent difficiles à défendre efficacement. Si l'on conserve le critère d'exclusion du deuil, le message envoyé est : la dépression est un « trouble du cerveau », sauf dans le cas d'une personne en deuil, même si elle présente tous les symptômes. Si l'on supprime ce critère d'exclusion, les symptômes dépressifs deviennent le signe d'une « condition médicale sérieuse » même si la personne est en deuil et que l'on pourrait croire qu'il est « normal » qu'elle présente ces symptômes.

### **Le modèle biopsychosocial**

La carte conceptuelle s'attardant aux causes de la dépression a été construite pour refléter l'importance accordée au modèle biopsychosocial dans notre collecte de données. Les concepts majeurs détaillant l'étiologie de la dépression pouvaient tous être regroupés sous ce modèle.

Dans la section précédente, nous avons voulu mettre en lumière la position ambiguë du discours social des institutions à propos de la nature médicale de l'épisode dépressif majeur. L'utilisation d'un manuel diagnostique d'approche catégorielle et descriptive est difficile à justifier si l'on possède vraiment une connaissance exhaustive de la pathophysiologie d'un trouble ou d'une maladie. Toutefois, le déséquilibre chimique des neurotransmetteurs du cerveau ne constituait pas la seule approche étiologique proposée par le discours social des institutions. Cette théorie entre dans le modèle biopsychosocial en compagnie des autres concepts majeurs de ce thème : les événements de vie et l'environnement, les vulnérabilités psychologiques, la composante familiale et génétique et la possibilité qu'une maladie physique cause les symptômes de dépression.

De ce point de vue, les institutions consultées sont claires : La dépression est un phénomène complexe qui implique plusieurs aspects de la vie d'une personne, une combinaison de facteurs qui s'inter-influencent et dont la prise en charge nécessite une évaluation approfondie par un professionnel de la santé (un médecin ou un psychiatre). Deux approches sont suggérées pour en faire le traitement, la médication antidépressive et la psychothérapie d'approche cognitivo-comportementale ou interpersonnelle. Pour plus de clarté, voici la proposition qui ressort de ces considérations : *La dépression est un phénomène complexe qui peut être compris en fonction d'un modèle biopsychosocial. Les événements de vie, l'environnement, les vulnérabilités psychologiques, la génétique, le déséquilibre chimique des neurotransmetteurs du cerveau et certaines maladies physiques peuvent aider à en expliquer les symptômes. Le traitement le plus efficace*

*contre les symptômes de la dépression est la combinaison de la médication antidépressive et de la psychothérapie d'approche cognitivo-comportementale ou interpersonnelle.*

L'utilisation du modèle biopsychosocial pour expliquer la dépression nous apparaît comme une forme d'aveu d'ignorance. La multiplicité des causes et des facteurs qui contribuent à l'apparition et au maintien des symptômes dépressifs est reconnue par la majorité des institutions. Le message véhiculé apparaît comme : « Nous ne savons pas exactement ce qui cause la dépression, mais tous ces éléments peuvent être considérés dans l'explication ».

Cette approche ne susciterait pas de questionnements pour nous si le discours social émergeant à propos du traitement de la dépression s'accordait avec le modèle biopsychosocial proposé pour son étiologie. Pourquoi, en effet, proposer le médecin ou le psychiatre comme principale porte d'entrée vers le traitement si les causes du trouble sont aussi multiples et variées? On peut inférer que le médecin devrait être en mesure de mettre de côté l'hypothèse d'une maladie physique causant les symptômes dépressifs (ou encore d'en tenir compte dans son traitement) grâce à ses habiletés de diagnostic différentiel et des tests physiques à sa disposition. On pourrait aussi penser, si l'on en croit la définition de la dépression comme une « condition médicale sérieuse », que le médecin est capable d'identifier un déséquilibre chimique dans le cerveau menant à la dépression (nous avons toutefois souligné l'ambiguïté de la position psychiatrique à ce

sujet). Un médecin ayant le temps et le désir d'approfondir l'histoire personnelle de son patient pourra en outre établir un portrait global des antécédents familiaux et génétiques, des vulnérabilités psychologiques et environnementales et des événements de vie qui caractérisent l'individu souffrant de symptômes dépressifs. Suite à cela, il pourra établir le meilleur programme de traitement pour son patient. Toutes ces raisons semblent bonnes pour expliquer le rationnel de consultation d'un médecin ou d'un psychiatre comme première action dans le traitement de la dépression.

Là où nous avons l'impression que la médecine et la science empruntent des raccourcis, c'est dans la proposition des traitements qui suit cette première évaluation. Le modèle biopsychosocial constitue, comme nous l'avons souligné, une forme de paradoxe. D'un côté, la dépression est décrite comme un phénomène complexe qui doit être compris selon plusieurs facteurs. Nous ne possédons pas les outils nécessaires pour en faire le diagnostic physiologique. D'un autre côté, les traitements prescrits le sont sur la base d'une conception médicale et biologique.

D'abord, la médication antidépressive est réputée efficace grâce à son mécanisme d'action. Elle agirait sur le débalancement chimique des neurotransmetteurs du cerveau pour apaiser les symptômes dépressifs. Toutefois, comme il n'existe aucun test pour mesurer ces changements dans le cerveau, l'efficacité de la médication est validée en fonction de la diminution des symptômes. Cette diminution des symptômes est sentée

*refléter* un rééquilibrage des neurotransmetteurs du cerveau, mais il n'existe aucun moyen de savoir que c'est vraiment le cas.

L'autre traitement proposé, la psychothérapie de type cognitivo-comportementale ou interpersonnelle, devrait normalement avoir un effet sur les autres éléments à la source de la dépression. Le site Internet de l'Ordre des psychologues du Québec (2014), définit d'ailleurs la psychothérapie de cette manière :

Un traitement psychologique pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique qui a pour but de favoriser chez le client des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité ou dans son état de santé. Ce traitement va au-delà d'une aide visant à faire face aux difficultés courantes ou d'un rapport de conseils ou de soutien.

Cette définition semble en accord avec les concepts majeurs répertoriés à propos des causes de l'épisode dépressif majeur. La psychothérapie agirait donc pour corriger les problèmes et diminuer la souffrance d'un individu dans son fonctionnement psychologique, sa personnalité, son environnement social et ses relations interpersonnelles. Une fois de plus, son efficacité est constatée en fonction de la diminution ou de la disparition des symptômes dépressifs. Comme dans le cas de la médication antidépressive, il est difficile de dire avec précision de quelle manière l'intervention psychothérapeutique fonctionne. Les observations constatées sont réputées *refléter* des changements dans les comportements, les cognitions et les émotions. Par exemple, on peut croire que l'apprentissage d'une méthode de gestion du stress ou l'adoption d'un dialogue intérieur plus positif (deux interventions communes en

psychothérapie) permettent de diminuer les symptômes dépressifs. Aucune méthode scientifique ne permet de tracer une relation de cause à effet entre les deux éléments.

Là où le discours social des institutions emprunte à notre avis un « raccourci » dangereux, c'est dans la mise en commun d'abord d'un aveu d'ignorance à propos des causes exactes de la dépression (le modèle biopsychosocial) et la prescription de deux traitements « médicaux » réputés agir sur des symptômes dont on ne peut définir l'origine ou la cause. Les résultats de notre analyse de contenu soulignent cette opposition d'abord dans la définition de la dépression comme une « condition médicale sérieuse », ensuite dans le développement d'un modèle étiologique corrélationnel et multifactoriel puis par une proposition de traitements à « l'efficacité médicale » reconnue dans le traitement des symptômes. Comme si le « trou » entre les connaissances réelles et ce que l'on pose comme hypothèse, ce que l'on suppose, était rempli par une vérité scientifique apparemment solide.

### **Les prémisses du constructivisme social**

Nous avons détaillé, dans le contexte théorique de cet essai, les quatre prémisses du constructivisme social. Nous aimerions maintenant les réexaminer à la lumière des résultats obtenus et des cartes conceptuelles présentées. La première prémisses était que la compréhension du monde ne peut être un produit de la construction et de la mise à l'épreuve d'hypothèses. Dans le cas qui nous intéresse, cela pourrait signifier que les connaissances que l'on tente d'acquérir à propos du phénomène de la dépression sont



limitées par les conventions que nous utilisons. Les critères diagnostics sont élaborés dans un certain langage, un médium qui adapte la réalité aux exigences de la communication et en dresse du même coup les limites. Établir des hypothèses à propos de la dépression, c'est d'abord établir des hypothèses à propos de notre manière de parler de la dépression, et donc se départir du même coup de notre prétention à la vérité objective.

La seconde prémisse affirme que notre façon de concevoir le monde n'est rien d'autre que le résultat d'une entreprise active de coopération et de communication entre les personnes. Cela est particulièrement évident dans le cas des maladies mentales puisque le DSM est issu de ce processus de coopération et de communication. Les essais cliniques (*field trials*) utilisés pour approuver un diagnostic consistent en l'établissement consensuel entre plusieurs experts des critères observables supposés refléter une condition mentale suivie de la mise en application de ces critères auprès de la population. Les processus de coopération et de communication employés pour décrire les réalités que l'on désire nommer définissent alors notre façon de percevoir ces réalités. L'ajout ou le retrait de certains diagnostics dans les éditions successives du DSM apparaissent comme des exemples flagrants de ce mécanisme.

La troisième prémisse du constructivisme social est à notre avis celle qui supporte le mieux notre sujet d'étude. Elle affirme que l'utilisation d'une forme spécifique de connaissance n'est pas en lien avec sa validité mais plutôt avec la force des processus



sociaux qui en sous-tendent l'utilisation. L'épisode dépressif majeur comme une « condition médicale sérieuse » peut constituer un exemple de cette prémisse. De ce point de vue, le concept de dépression comme il est défini au sein d'un modèle médical devient un outil au service de certains processus sociaux. Parmi les suspects, nous pouvons nommer les intérêts commerciaux des compagnies pharmaceutiques, l'accélération du rythme de vie, la valorisation de la productivité, la culture de l'image et l'affaiblissement progressif de l'institution de la famille.

La dernière prémisse de ce modèle théorique évoque l'importance des ententes négociées entre les personnes à propos de la signification des symboles pour la vie en société. L'élaboration de règles claires par rapport à la définition d'un épisode dépressif majeur et, disons, le remboursement d'assurances associé, constitue un exemple de ce type d'entente. Une autre entente négociée, l'idée que la dépression est « différente de la tristesse », permet de distinguer les deux concepts et d'en parler différemment.

Ainsi, les assises théoriques du constructivisme social et de son penchant communicatif, le discours social, nous apparaissent comme des outils conceptuels pertinents à la compréhension du phénomène de la dépression tel que nous l'avons défini dans le cadre de cette analyse du discours social institutionnel à propos de la dépression.

### Limites de l'étude

Notre étude sur le discours social institutionnel à propos de la dépression comportait plusieurs limites importantes qu'il est nécessaire de prendre en compte lorsque l'on analyse ses résultats. D'abord, la méthode de sélection des données choisie ne permettait de couvrir qu'une petite partie du discours social. Les institutions retenues étaient les plus *bruyantes*, c'est-à-dire celles qui prennent le plus d'espace et résonnent le plus fortement lorsque l'on s'intéresse aux termes sélectionnés. Une analyse exhaustive du discours social aurait demandé que l'on prenne en compte toutes les institutions qui se rapportent de près ou de loin aux troubles de l'humeur et que l'on sélectionne un corpus de texte équivalent pour chacune de ces institutions. Ainsi, notre étude reflète un discours populaire, mais il nous est difficile d'affirmer dans quelle mesure il est possible de généraliser nos résultats à l'ensemble des institutions.

Aussi, nous avons choisi de mettre de côté un critère de sélection des données qui évaluerait le poids relatif de chaque institution. Elles ont toutes été traitées comme si les composantes de leur discours atteignait un nombre de égal de personnes et influençait l'opinion de la population générale et des professionnels de la santé de la même manière. Évidemment, on peut supposer qu'il n'en est rien et que, par exemple, l'American Psychiatric Association jouit d'une visibilité et d'un niveau d'influence supérieurs à un organisme comme Jeunesse J'écoute. Nous avons choisi de ne pas tenir compte de ce poids relatif puisqu'il est difficile d'évaluer précisément combien de personnes sont rejointes quotidiennement par un site Internet. De plus, l'ajout d'une variable

quantitative supplémentaire allait à l'encontre de notre objectif de base qui était de décrire le discours social institutionnel à propos de la dépression.

Ce caractère descriptif limitait notre étude dans son utilité clinique. En effet, la pertinence de connaître les caractéristiques du discours social institutionnel si on ne peut comparer ses propositions avec les données scientifiques et empiriques disponibles est limitée. Toutefois, Cette limite constitue aussi une avenue d'investigation ultérieure riche pour le chercheur qui s'intéresserait aux ressemblances et aux différences entre les propositions du discours social et l'état des connaissances actuel à ce sujet.

Enfin, le choix d'une analyse qualitative pour le traitement de nos données nous apparaissait comme la seule option envisageable face à notre objectif de départ. L'analyse de contenu permet de faire émerger des concepts, des idées et des thèmes à partir d'un corps de texte sélectionné selon une série de critères. Cependant, le traitement des données dans une telle analyse présente nécessairement une possibilité de biais de recherche. Il se peut que les thèmes ayant émergé de notre recherche reflètent une certaine vision du discours social institutionnel issue de notre opinion en tant que chercheur. De la même manière, la création de cartes conceptuelles nécessite l'organisation de l'information recueillie en fonction de la signification que l'on croit pouvoir en faire émerger. Les concepts sont positionnés, mis en relation et juxtaposés pour représenter clairement et de manière intelligible une grande quantité de données. Si cette opération peut être effectuée avec rigueur, elle s'inspire malgré tout d'un a priori

subjectif de l'examineur qui tente de construire du sens à l'aide des données recueillies. Dans une perspective constructiviste, cette opération est inévitable mais doit être conscientisée et utilisée à bon escient pour présenter d'une certaine façon les résultats obtenus sans les dénaturer.

## **Conclusion**

Cet essai tentait de décrire les caractéristiques du discours social à propos de la dépression. Les résultats obtenus montrent qu'elle est globalement comprise comme une maladie physique dont il est nécessaire de traiter les symptômes. Cette position génère beaucoup de questionnements chez moi ainsi que chez un nombre grandissant d'acteurs dans tous les domaines reliés de près ou de loin à la santé mentale. Les trois sujets couverts (définition, causes, traitements) comprennent à mon avis des contradictions et des ambiguïtés qui révèlent une construction sociale de la réalité scientifique adaptée aux besoins cliniques et économiques de l'ère du temps. La définition de l'épisode dépressif majeur comme un trouble du cerveau se trouve à cheval entre la conception médicale pure et les préceptes de l'approche catégorielle qui regroupe les troubles en fonction de l'observation des symptômes. Cette position ne serait pas un problème si, par la suite, on se gardait d'affirmer que la dépression est causée par une multitude de facteurs complexes qui s'inter-influencent, le modèle biopsychosocial. L'ambiguïté demeure lorsque les institutions affirment que, malgré cette apparente complexité, un déséquilibre chimique du cerveau se trouve à la base de la condition. Enfin, on traite le problème de la manière qui nous semble la plus adéquate dans les circonstances : une combinaison de médication sensée rétablir l'équilibre chimique du cerveau et de psychothérapie réputée efficace dans la réduction des symptômes.

Ce qui me semble à la limite de l'honnêteté et de la bonne foi, dans le discours social de la dépression, est que *l'on affirme en savoir davantage que ce que l'on sait réellement*. Dans un maniement subtil des mots et un savant agencement de concepts, l'on parvient à convaincre la population, les gens qui souffrent des symptômes et même les spécialistes de la santé mentale que l'on sait ce qui se passe alors que ce n'est pas vraiment le cas. En tant que psychologue, j'ai l'impression que cette façon de faire viole directement l'article 5 de mon code de déontologie : « Le psychologue exerce sa profession selon des principes scientifiques et professionnels généralement reconnus et de façon conforme aux règles de l'art en psychologie ». En fait, les principes utilisés dans le diagnostic et le traitement de la dépression sont généralement reconnus, mais il est difficile de dire à quel point ils sont scientifiques.

Je ne veux pas nier le concept de dépression, du moins pas en tant que syndrome. Je ne crois pas que l'on peut simplement « prendre sur soi » lorsque le désespoir, la tristesse, l'accablement et même les symptômes physiques prennent toute la place dans la vie d'un individu. Je crois que les gens qui se retrouvent dans une telle situation ont besoin et méritent d'être aidés et accompagnés sans se sentir jugés. J'affirme simplement, à la lumière des résultats obtenus dans le cadre de cet essai, que la conception du modèle médical n'a pas la force scientifique et empirique qu'elle prétend avoir et que prétendre que l'on sait sans savoir constitue une faute déontologique et clinique. La médicalisation des sentiments humains et l'élaboration des troubles mentaux par des humains comprennent des dangers qui éloignent les acteurs en présence

de l'objectivité médicale dont ils se réclament. Les limites de mon essai ne me permettent pas de mettre à jour les mécanismes qui sous-tendent ces opérations de construction sociale. Toutefois, Allen Frances, l'éditeur en chef du DSM-IV parti en croisade contre le DSM-5, n'hésite pas à pointer l'industrie pharmaceutique du doigt à ce chapitre :

Le modèle d'affaires de l'industrie pharmaceutique dépend de l'extension des limites de la maladie mentale. Elle utilise des techniques de marketing novatrices pour élargir son bassin de clients et convaincre les gens qui vont assez bien qu'ils sont probablement au moins un peu malades. [Traduction libre] (Frances, 2013)

C'est à mon avis ce qu'accomplit le discours social sur la dépression. En entretenant des positions ambiguës et contradictoires qui peuvent être méprises pour de la science, les institutions cautionnent une utilisation grandissante de médication antidépressive aux effets secondaires importants et à l'efficacité à long-terme peu reconnue. On peut ainsi se demander quels intérêts servent ces institutions, ceux de la population ou ceux de leurs commanditaires, et ne pas trouver de réponse satisfaisante dans les données émergeant de mon étude. Des voix commencent toutefois à s'élever partout dans le monde pour documenter et critiquer ce phénomène. Robert Whitaker, un journaliste scientifique américain, propose une analyse exhaustive sur la question dans son livre *Anatomy of an epidemic* (2010), suggérant que l'utilisation grandissante de médication psychopharmacologique alimenterait l'épidémie actuelle de diagnostics de maladie mentale plutôt que de l'endiguer. Allen Frances, pourtant lui-même éditeur du DSM-IV et pendant longtemps considéré comme l'un des psychiatres les plus influents aux États-Unis, a démarré une campagne d'information et de critique du DSM-5 qui a culminé



avec la parution de son livre *Saving normal* en 2013. Patch Adams, le médecin-clown réputé dans le monde pour son approche humaine de la médecine, critique les fondements de notre perception de la maladie mentale à travers toute son œuvre. Ces questionnements ne sont pas ceux de charlatans en quête d'une théorie du complot, mais plutôt d'hommes et de femmes éduqués et critiques qui croient que quelque chose doit changer.

Les résultats de mon analyse de contenu suscitent assez de questionnements pour mettre à jour des implications futures pour la recherche. En étudiant le discours social, j'ai principalement mis à jour les caractéristiques les plus *bruyantes* de ce qui se dit à propos de la dépression. Les institutions consultées avaient un poids médiatique important, du moins en ligne, comme en témoignait leur présence sur la première page de résultats fournie par le moteur de recherche Google. Elles étaient également consensuelles, la grande majorité d'entre elles s'entendant par exemple sur le caractère médical de la dépression et sur la nature des traitements efficaces.

Comment pourrait-on faire émerger le discours alternatif à ce sujet? Je sais déjà qu'il existe, puisque les lectures qui m'ont conduit à l'élaboration de cet essai se sont d'abord attardées à ce discours alternatif. Il est nécessairement moins présent et moins bruyant, mais il est organisé. Le site Internet *Mad in America*, une initiative de Robert Whitaker, regroupe plusieurs penseurs, utilisateurs du système, professionnels de la santé et autres critiques du modèle médical qui tentent d'en ébranler les fondements. En

parvenant à circonscrire et à définir le discours alternatif à propos de la dépression, il pourrait devenir pertinent de le comparer au discours social défini dans le cadre de cet essai. De quelle façon sont-ils semblables? En quoi sont-ils fondamentalement opposés?

Une autre ouverture prometteuse face à mes résultats pourrait consister en une comparaison des deux approches. Comment les clients/patients traités selon une approche médicale et basée sur les symptômes s'en sortent-ils à court, moyen et long-terme? Comment le modèle alternatif choisit-il d'aider les gens qui souffrent des mêmes symptômes, et quels résultats sont obtenus de cette manière? Plusieurs méthodes alternatives étaient mentionnées dans les résultats de mon étude, mais ils constituaient des concepts mineurs, des thèmes marginaux placés en périphérie de la lignée dominante de la psychothérapie et des antidépresseurs. Si, comme le montrent les résultats de mon essai, nous en savons moins que ce que nous affirmons savoir dans le domaine de la dépression, ne serait-il pas normal de commencer à accorder une plus grande place à une explication et un modèle alternatif de traitements?

Le nombre de nord-américains obtenant un diagnostic de dépression n'a cessé d'augmenter au cours des vingt dernières années. Cette affirmation est contre-intuitive si l'on applique un modèle médical à sa définition, son étiologie et son traitement. Si l'on en sait réellement autant qu'on le dit, le nombre de personnes satisfaisant aux critères diagnostiques devrait *diminuer* et non *augmenter*. Cette situation est inacceptable du point de vue de l'intégrité professionnelle et de l'utilisation que l'on doit faire des

connaissances à notre disposition. La construction sociale d'une réalité qui convienne à des intérêts commerciaux n'a rien à voir avec la médecine, la psychologie ou la relation d'aide. C'est une opération déformante qui réduit l'expérience humaine à une série de symptômes devant être traités par des professionnels dont la crédibilité est bâtie sur des fondations scientifiques qui ne sont pas toujours aussi solides qu'on voudrait le croire. Peut-être est-il temps de changer de vision.

## Références

- American Psychological Association. (2007). *APA Dictionary of Psychology*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Andreasen, N. C., & Black, D. W. (2006). *Introduction textbook of psychiatry* (4 éd.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Angenot, M. (1988). Pour une théorie du discours social : problématique d'une recherche en cours. *Littérature*, 70, 82-98.
- Babb, L. (1965). *The Elizabethan malady: A study of melancholia in English literature from 1580 to 1642*. Michigan: Michigan State University Press.
- Baker, E. K. (1979). The relationship between locus of control and psychotherapy: A review of the literature. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 351-362. doi: 10.1037/h0085901
- Berger, P., & Luckmann, T. (1966). *La construction sociale de la réalité*. Paris : Armand Colin.
- Berrios, G. E., & Porter, R. (1995). Mood disorders. Dans N. Y. U. Press (Éd.), *A history of clinical psychiatry* (pp. 384-408). New York: New York University Press.
- Borthwick, A., Holman, C., Kennard, D., McFetridge, M., Messruther, K., & Wilkes, J. (2001). The relevance of moral treatment to contemporary mental health care. *Journal of Mental Health*, 10(4), 427-439. doi: 10.1080/09638230120041191
- Burton, R. (1857). *The anatomy of melancholy*: JW Moore.
- Éditions Larousse. (2014). *Dictionnaire de français Larousse*. Page consultée le 6 janvier 2014 de <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/maladie/48809>
- Ferrari, A. J., Somerville, A. J., Baxter, A. J., Norman, R., Patten, S. B., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013). Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: A systematic review of the epidemiological literature. *Psychological Medicine*, 43(3), 471-481.
- Frances, A. (2013). *Saving normal: An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma, and the medicalization of ordinary life*. États-Unis: HarperCollins.

- Gergen, K. J. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40(3), 266-275.
- Gibbons, M. B. C., Rothbard, A., Farris, K. D., Wiltsey Stirman, S., Thompson, S. M., Scott, K., . . . Crits-Christoph, P. (2011). Changes in psychotherapy utilization among consumers of services for major depressive disorder in the community mental health system. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(6), 495-503. doi: 10.1007/s10488-011-0336-1
- Gotlib, I. H., & Hammen, C. L. (2008). *Handbook of depression* (2<sup>e</sup> éd.). New York: Guilford Press.
- Greenberg, G. (2013). *The book of woe: The DSM and the unmaking of psychiatry*. New York: Penguin Group.
- Hergenhahn, B. R. (2007). *Introduction à l'histoire de la psychologie*. Québec: Modulo.
- Johnstone, R. W. (2003). William Cullen. *Periodicals Archive Online*, 3, 33-46.
- Kessler, R. C., Berglund P., Demler O., Jin R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Kraepelin, E. (1921). Manic depressive insanity and paranoia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 53(4), 350.
- Lawlor, C. (2012). *From melancholia to Prozac: A history of depression*. New York: Oxford University Press.
- Lieberman, J. A. (2003). History of the use of antidepressants in primary care. *Journal of clinical Psychiatry*, 5(7). Repéré à <http://www.psychiatrist.com/pcc/pccpdf/v05s07/v05s0702.pdf>
- Miles, M. B., Huberman, M. A., & Saldana, J. (1994). *Qualitative data analysis: A Methods Sourcebook*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Misbach, J., & Henderikus, J. S. (2006). Medicalizing melancholia. *Journal of the History of Behavioral Sciences*, 42(1), 41-59.
- Mood disorders society of Canada. (2014). *La dépression fait mal*. Page consultée le 6 janvier 2014 de <http://www.depressionhurts.ca/fr/>

- National Institute of Mental Health. (2014). *Major depressive disorders among adults*. Page consultée le 5 janvier 2014 de [http://www.nimh.nih.gov/statistics/1mdd\\_adult.shtml](http://www.nimh.nih.gov/statistics/1mdd_adult.shtml)
- Novak, D. J., & Canas, A. J. (2006). *The theory underlying concept maps and how to construct them. Technical Report IHMC*. Repéré à <http://cmap.ihmc.us/Publications/ResearchPapers/TheoryUnderlyingConceptMaps.pdf>
- Olfson, M., & Marcus, S. C. (2009). National patterns in antidepressant medication treatment. *Archives of General Psychiatry*, 66(8), 848-856. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.81
- Ordre des Psychologues du Québec. (2014). *Définition de la psychothérapie*. Page consultée le 26 mai 2014 de <https://www.ordrepsy.qc.ca/fr/public/la-psychotherapie/definition-de-la-psychotherapie.sn>
- Piatelli Palmarini, M. (1979). *Théories du langage, théories de l'apprentissage : le débat entre Piaget et Chomsky*. Paris : Du Seuil.
- Pinel, P. (1809). *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. Paris: J. Ant. Brosson.
- Pradhan, P. V. (1982). Homosexuality treatment by behaviour modification. *Indian Journal of Psychiatry*, 24(1), 80-83.
- Pratt, L. A., & Brody, D. J. (2008). *Depression in the United States household population, 2005–2006*. NCHS data Brief, National Center for Health Statistics(7). Repéré à <http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db07.pdf>
- Radden, J. (2003). Is this dame melancholy?: Equating today's depression and past melancholia. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 10(1), 37-52.
- Raskin, J. D. (2002). Constructivism in psychology: Personal construct psychology, radical constructivism, and social constructionism. *American Communication Journal*, 5(3). Repéré à <https://faculty.newpaltz.edu/jonathanraskin/files/Raskin-2002-ACJ-reprint-updated-appendix.pdf>
- Schutt, R. K. (2006). *Investigating the social world*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Watson, J. B. (1919). *Psychology from the Standpoint of a Behaviorist*. Philadelphia: J. B. Lippincott.

- Whitaker, R. (2002). *Mad in America. Bad science, bad medicine and the enduring mistreatment of the mentally ill*. New York: Basic Books.
- Whitaker, R. (2010). *Anatomy of an epidemic*. New York: Broadway Paperbacks.
- Woolley, D. W., & Shaw, E. (1954). A biochemical and pharmacological suggestion about certain mental disorders. *Rockefeller Institute for medical research*, 40, 228-231.
- World Health Organization. (2014). *Depression fact sheet*. Page consultée le 5 janvier 2014 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/index.html>
- Yanni, C. (2007). *The architecture of madness: Insane asylums in the United States*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.



Rapport-Gratuit.com

**Appendice A**

Corps de texte utilisé pour l'analyse de contenu

## **Définition**

### American Psychiatric association

Depression is a serious medical illness that negatively affects how you feel, the way you think and how you act. Depression has a variety of symptoms, but the most common are a deep feeling of sadness or a marked loss of interest or pleasure in activities. Other symptoms include:

- Changes in appetite that result in weight losses or gains unrelated to dieting;
- Insomnia or oversleeping;
- Loss of energy or increased fatigue;
- Restlessness or irritability;
- Feelings of worthlessness or inappropriate guilt;
- Difficulty thinking, concentrating, or making decisions;
- Thoughts of death or suicide or attempts at suicide.

Depression is common. It affects nearly one in 10 adults each year—nearly twice as many women as men. It's also important to note that depression can strike at any time, but on average, first appears during the late teens to mid-20s. Depression is also common in older adults. Fortunately, depression is very treatable.

### **How Depression and Sadness Are Different**

The death of a loved one, loss of a job, or the ending of a relationship are difficult experiences for a person to endure. It is normal for feelings of sadness or grief to develop in response to such stressful situations. Those experiencing trying times often might describe themselves as being “depressed.” But sadness and depression are not the same. While feelings of sadness will lessen with time, the disorder of depression can continue for months, even years. Patients who have experienced depression note marked differences between normal sadness and the disabling weight of clinical depression.

### Association des médecins psychiatres du Québec et Revivre – Association québécoise de soutien aux personnes souffrant de troubles anxieux, dépressifs ou bipolaires

#### **Qu'est-ce que la dépression?**

Il est très important de bien faire la nuance entre ce qu'on appelle la déprime, qui n'est en fait qu'une réaction dépressive normale à la suite de certains événements de la vie, et la dépression, qui est une véritable maladie nécessitant une attention particulière et des traitements adéquats.

La déprime est une réaction à des facteurs sociaux et psychologiques (ex. : deuil, séparation, divorce, perte d'emploi, faillite, etc.) qui engendrent des états dépressifs normaux. Ces phénomènes ont une durée limitée dans le temps et laissent habituellement

place à une humeur réactive, c'est-à-dire que la personne réagit encore à certains plaisirs et autres stimuli.

Dans le cas de dépression majeure, il existe des facteurs biologiques et héréditaires chez les personnes qui en sont atteintes. La durée d'une véritable dépression est habituellement longue et peut même s'étendre sur une ou deux années si elle n'est pas traitée adéquatement. De plus, la personne dépressive ne réagit pas aux stimuli et trouve donc peu ou pas de plaisir à quelque activité que ce soit.

### **Quelques données sur la dépression**

- 17 % des personnes seront atteintes de dépression à un moment donné au cours de leur vie;
- chaque année, 5 % des personnes sont atteintes de dépression;
- la maladie s'avère plus fréquente chez la femme durant la période fertile, soit de la puberté à la ménopause;
- chez l'homme, la dépression est plus fréquente à partir de 40 ans;
- un grand nombre d'adolescents et de personnes âgées souffrent de dépression;
- tous les peuples sont sujets à la dépression, quelle que soit leur race ou leur religion;
- le taux de dépression est plus élevé chez les personnes dont l'histoire familiale présente des problèmes de dépression, alcoolisme ou une perte parentale avant l'âge de 13 ans.

### Canadian Mental Health Alliance

A major depressive disorder — usually just called “depression” — is different than the “blues”. Someone experiencing depression is grappling with feelings of severe despair over an extended period of time. Almost every aspect of their life can be affected, including their emotions, physical health, relationships and work. For people with depression, it does not feel like there is a “light at the end of the tunnel” — there is just a long, dark tunnel.

Mood disorders are conditions that cause people to feel intense, prolonged emotions that negatively affect their mental well-being, physical health, relationships and behavior. Almost 10 per cent of Canadians experience a mood disorder at some point in their lives. While we can all have brief episodes of “highs” and “lows”, we generally do not experience extreme, extended swings in our emotions. An internal sense of control tends to moderate big mood swings and stabilize our ups and downs.

### Depression and bipolar support alliance

Depression is a treatable medical illness involving an imbalance of brain chemicals called neurotransmitters and neuropeptides. It's *not* a character flaw or a sign of personal weakness. Just like you can't "wish away" diabetes heart disease, or any other physical illness, you can't make depression go away by trying to "snap out of it."

Episodes of depression often follow stressful events like marital problems or the death of a loved one. People who have recurrent episodes of major depression are sometimes said to have "unipolar depression" (or what used to be called "clinical depression"), because they only experience periods of low, or depressed mood (unlike someone with bipolar disorder who goes through periods of both low *and* high mood).

While depression sometimes runs in families, many people with the illness have no family history of depression. The exact causes of depression still are not clear. What we *do* know is that both genetics and a stressful environment, or life situation, contribute to its cause. Usually, it's not one or the other, but a combination of both.

#### Douglas institut universitaire en santé mentale

La dépression est plus qu'un vague à l'âme passager. Cette maladie entrave la capacité d'une personne à fonctionner dans sa vie quotidienne et a des effets négatifs sur sa santé physique. Toutefois, dans la vaste majorité des cas, il est possible de soigner la dépression.

#### Types de dépressions

- Dépression majeure : une période de dépression modérée à intense qui dure plus de deux semaines;
- Dysthymie : trouble de l'humeur chronique présentant des symptômes modérés de dépression;
- Dépression post-partum : éprouvée par certaines femmes après la naissance d'un enfant;
- Dépression et psychose : une personne déprimée perd le contact avec la réalité. Elle peut avoir des hallucinations (perception de voix et/ou vision de gens ou de choses qui n'existent pas) ou exprimer des délires (raisonnement non fondé dans la réalité);
- Troubles affectifs saisonniers : dépression déclenchée par les conditions climatiques ou une période particulière de l'année.

#### Qui en est atteint?

- 8 % des adultes sont touchés par la dépression;
- La dépression se manifeste généralement, pour la première fois, au cours de l'adolescence ou au début de l'âge adulte;
- La dépression peut atteindre des individus de tout âge, ethnie ou milieu social;
- Les coûts en soins de santé et la perte de productivité qui peuvent être associés à la dépression sont des préoccupations qui touchent toute la société.

#### Fondation des maladies mentales

Chacun a eu, dans sa vie, plusieurs occasions d'être plus ou moins triste, de traverser des périodes de déprime suivant l'expression populaire. Il est sain que les émotions de la vie courante puissent s'exprimer ainsi. Cependant, quand la « déprime » prend le dessus sur

les humeurs habituelles d'une personne et empêche celle-ci de mener une existence normale, quand les symptômes sont persistants et intenses et que, malgré le temps, rien ne semble s'arranger, alors ce n'est plus de la « déprime », mais plutôt une dépression. La dépression est donc bien plus qu'une tristesse occasionnelle ou que le simple fait « d'avoir les bleus ».

Bien souvent, aucun événement précis ne permet d'expliquer l'apparition et la persistance des symptômes.

### **La dépression majeure**

C'est à sa tristesse quotidienne et durable qu'on reconnaît d'abord la personne déprimée. Le malade se sent seul et désespéré; il n'a plus d'intérêt pour son entourage, il se sent isolé, fatigué et il pleure facilement.

À ces signes extérieurs de dépression, il faut ajouter la culpabilité et la dépréciation de soi-même. La personne déprimée peut devenir très critique envers elle-même et s'accuser de tous les torts, elle se sent très coupable. En conséquence, elle se dévalorise sévèrement et perd l'estime d'elle-même. Il y a une importante perte d'intérêt pour tout ce qui l'intéressait jusque-là. Son intérêt sexuel est souvent diminué ou absent. La personne déprimée n'a plus de plaisir. Elle présente par moments des idées de mort et de suicide.

La personne très déprimée pourra subir une perte d'appétit importante ainsi qu'une perte de poids substantielle. Le malade souffrira sévèrement d'insomnie et d'un ralentissement général de toutes ses activités. La personne très déprimée doit faire un effort surhumain pour chaque activité de la vie : se lever, manger et même parler semblent au-delà de ses forces.

### Institut universitaire en santé mentale de Québec (troubles de l'humeur)

Troubles de la santé mentale caractérisés par une **instabilité de l'humeur non maîtrisable**.

Ces maladies se répercutent sur le comportement, la personnalité et les perceptions. La personne atteinte peut être **dépressive, exaltée** ou les deux.

Ces personnes souffrent d'une profonde détresse ou de handicaps dans leurs activités sociales, professionnelles et éducatives.

### Ladépressionfaitmal.com

La dépression n'est pas simplement un changement d'humeur temporaire ou un signe de faiblesse personnelle. Il s'agit d'un problème médical grave entraînant de nombreux symptômes émotionnels, cognitifs, physiques et comportementaux.

Nombreux sont ceux qui ont honte ou ont peur de demander de l'aide. D'autres prennent leurs symptômes à la légère, ce qui les voue à souffrir en silence. Il est important de se souvenir que la dépression n'est pas un défaut de personnalité ni un problème que vous avez causé vous-même.

Au Canada, environ 1 personne sur 10 aura un épisode de trouble dépressif majeur (le diagnostic donné aux personnes souffrant de dépression) à une période donnée de sa vie.

Malheureusement, de nombreuses personnes, inconscientes du fait que la dépression est courante, cherchent à éviter les traitements, car elles s'inquiètent de ce que les autres pourraient penser d'elles. Elles pensent qu'elles sont les seules, alors que la dépression est en fait un problème médical très répandu :

- La dépression est l'une des principales causes d'invalidité dans le monde;
- Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de souffrir de dépression;
- Les personnes ayant des antécédents familiaux de dépression peuvent être plus enclines à être atteintes de cette maladie;
- Les personnes ayant une maladie chronique peuvent aussi être susceptibles à ce trouble.

#### Mental Health America

##### Basic Facts About Clinical Depression:

- Clinical depression is one of the most common mental illnesses, affecting more than 19 million Americans each year. This includes major depressive disorder, manic depression and dysthymia, a milder, longer-lasting form of depression;
- Depression causes people to lose pleasure from daily life, can complicate other medical conditions, and can even be serious enough to lead to suicide;
- Depression can occur to anyone, at any age, and to people of any race or ethnic group. Depression is never a "normal" part of life, no matter what your age, gender or health situation;
- Unfortunately, although about 70% of individuals with depression have a full remission of the disorder with effective treatment, fewer than half of those suffering from this illness seek treatment. Too many people resist treatment because they believe depression isn't serious, that they can treat it themselves or that it is a personal weakness rather than a serious medical illness.(Baker, 1979)

#### Mental Health Canada

A depressive disorder is an illness that involves the body, mood, and thoughts. It affects the way a person eats and sleeps, the way one feels about oneself, and the way one thinks about things. A depressive disorder is not the same as a passing blue mood. It is not a sign of personal weakness or a condition that can be willed or wished away. People with a depressive illness cannot merely "pull themselves together" and get better. Without treatment, symptoms can last for weeks, months, or years. Appropriate treatment, however, can help most people who suffer from depression.

### Ministère de la santé et des services sociaux

La vie est ponctuée de toutes sortes d'émotions qui la rendent parfois plus facile ou difficile, et qui influencent l'humeur.

L'humeur est un état d'esprit où prédomine une émotion (humeur anxieuse, mauvaise ou bonne humeur). Une émotion est un sentiment général qui colore de façon soutenue les comportements et la lecture du monde qui entoure l'individu (colère, tristesse, joie, etc.). C'est une expérience vécue à l'intérieur de l'individu. D'autres parts, l'affect est l'expression extérieure de l'émotion vécue. Les êtres humains ont accès à une vaste gamme d'émotions et d'affects pour les exprimer. Ces émotions ne sont ni bonnes ni mauvaises, mais sont agréables ou souffrantes selon le cas. L'individu se sent normalement en contrôle de ses émotions et de ses affects, en particulier parce que l'intensité de son expérience émotionnelle ne le dépasse pas.

Par contre, pour certains, les moments difficiles prennent une ampleur démesurée à tel point que la vie se limite à une souffrance constante. Il peut alors s'agir d'une maladie nommée « dépression ».

Cette maladie fréquente, sous diverses formes, touchera près d'une personne sur cinq au cours de sa vie. La dépression ne discrimine pas : elle peut en effet affecter les enfants, les adolescents ou les adultes jeunes et vieux, peu importe leur race, leur condition sociale ou leur éducation. Elle atteint toutefois deux fois plus fréquemment les femmes que les hommes.

La dépression se caractérise par la présence pendant au moins deux semaines de plusieurs des éléments suivants :

- une grande tristesse ou une perte majeure d'intérêt dans les activités professionnelles, sociales ou familiales;
- des problèmes d'appétit avec perte ou gain de poids;
- des troubles du sommeil (insomnie ou hypersomnie);
- un ralentissement psychomoteur ou une agitation psychomotrice;
- une grande fatigue ou une perte d'énergie;
- des sentiments de culpabilité inappropriée ou le sentiment de ne rien valoir;
- une grande difficulté de concentration ou une quasi-constante indécision;
- des pensées récurrentes de mort ou des idées suicidaires qui reviennent sans cesse.

Il existe différentes formes de maladie dépressive :

- la dépression « pure » : l'humeur triste et les autres symptômes décrits plus haut prédominent;
- la maladie affective bipolaire (communément appelée maniaco-dépression) : les périodes de dépression alternent avec des périodes de grande excitation, énergie,



euphorie ou irritabilité qu'on nomme manie. Ces changements d'humeur sont incontrôlables et parfois fréquents;

- la dépression saisonnière ou trouble affectif saisonnier : chaque année, un sentiment de grande déprime apparaît à l'arrivée de l'hiver. Des traitements simples existent pour ce problème, probablement causé par le manque de lumière pendant les mois d'hiver;
- la dépression post-partum : la dépression postnatale ou post-partum (que certains désignent par « baby blues ») est une forme de dépression majeure qui dure et non une légère tristesse passagère suivant la naissance de son bébé. En plus des autres symptômes de la dépression, la mère peut démontrer :
  - un manque d'intérêt à l'égard du bébé et de ses proches;
  - un sentiment de peur d'être une « mauvaise mère »;
  - un sentiment d'inquiétude à l'égard du bien-être du bébé;
  - de l'agressivité ou des pensées violentes à l'égard du bébé ou d'elle-même.

Les personnes atteintes d'un trouble de l'humeur, dont la dépression, sont plus à risque d'avoir certaines autres conditions psychiatriques. En particulier, elles sont à risque accru pour les problèmes de drogue ou d'alcool, le trouble panique, le trouble obsessionnel-compulsif et la phobie sociale.

#### Mood disorder association of Ontario

Depression is more than being sad or feeling grief after a loss. Depression is a medical condition, just like diabetes or heart disease. Day after day, depression affects your thoughts, feelings, physical health and behaviors. It affects normal day-to-day activities. For diagnostic purposes, a depressive episode must be experienced at a certain level of severity for a minimum duration of two weeks.

#### National Alliance for Mental Illness (NAMI) É-U

Major depression is a mood state that goes well beyond temporarily feeling sad or blue. It is a serious medical illness that affects one's thoughts, feelings, behavior, mood and physical health. Depression is a life-long condition in which periods of wellness alternate with recurrences of illness.

Each year depression affects 5-8 percent of adults in the United States. This means that about 25 million Americans will have an episode of major depression this year alone. Depression occurs 70 percent more frequently in women than in men for reasons that are not fully understood. Without treatment, the frequency and severity of these symptoms tend to increase over time.

For more information on depression in women, visit NAMI's Women and Depression section.

Major depression is also known as clinical depression, major depressive illness, major affective disorder and unipolar mood disorder. It involves some combination of the



following symptoms: depressed mood (sadness), poor concentration, insomnia, fatigue, appetite disturbances, excessive guilt and thoughts of suicide. Left untreated, depression can lead to serious impairment in daily functioning and even suicide, which is the 10th leading cause of death in the U.S. Researchers believe that more than one-half of people who die by suicide are experiencing depression. Devastating as this disease may be, it is treatable in most people. The availability of effective treatments and a better understanding of the biological basis for depression may lessen the barriers that can prevent early detection, accurate diagnosis and the decision to seek medical treatment.

#### National Institute of Mental Health (NIMH) É-U

Everyone occasionally feels blue or sad. But these feelings are usually short-lived and pass within a couple of days. When you have depression, it interferes with daily life and causes pain for both you and those who care about you. Depression is a common but serious illness.

Many people with a depressive illness never seek treatment. But the majority, even those with the most severe depression, can get better with treatment. Medications, psychotherapies, and other methods can effectively treat people with depression.

#### Pfizer

More than just feelings of unhappiness, clinical or major depression is a mood disorder—a medical illness that involves both the body and mind. The difference between clinical depression and feeling unhappy or blue is an inability to shake this feeling of sadness, which will last more than two weeks at least. Also, the sad or despairing mood will affect your ability to work or go to school, as well as negatively impact your social relationships. Your day-to-day activities will be harder to perform, and in severe cases, you may feel like life is hardly even worth living. The symptoms can be confusing because they are not just limited to your mind and mood, but may also become physical. Fortunately, for this chronic and very real medical condition, there are many different and often effective treatments available.

#### Société pour les troubles de l'humeur du Canada

Sans trop y penser, les gens ont recours à la phrase « Je suis tellement déprimé » pour dire qu'ils ont le cafard. Cependant, un état temporaire de mélancolie – ce qui arrive à tout le monde – n'a rien à voir avec la vraie dépression. La vraie dépression n'est pas la mélancolie, la tristesse ni même le chagrin. Il s'agit d'un sentiment accablant de désespoir tellement sombre que les personnes qui l'ont ressenti sont d'avis qu'il s'agit de la pire douleur qu'elles aient jamais subie. La dépression est une maladie mentale qui peut être traitée. Bien que les gens aient changé d'attitude, la stigmatisation associée aux maladies mentales fait en sorte que bien des gens atteints de dépression ne cherchent pas à obtenir de traitement. Pourtant, ceux qui le font ont une excellente chance de se rétablir. Les chercheurs estiment que les personnes qui reçoivent un traitement pour soigner la dépression y régissent bien.

### Jeunesse J'écoute

En tant qu'adolescent, tu vis des changements qui ont des effets sur ton humeur, ton comportement et tes sentiments. Tes émotions en sont toutes chambardées et il est normal d'avoir des hauts et des bas. Tout le monde a le cafard de temps en temps. Si ces émotions s'étendent sur plus de quelques semaines sans amélioration, il est possible que tu souffres de dépression.

La dépression, c'est plus que le sentiment de tristesse. Quand tu fais une dépression, tu as l'impression de perdre tout espoir et tu ne penses pas pouvoir t'en sortir.

### **Causes**

#### American Psychiatric Association

Depression can affect anyone—even a person who appears to live in relatively ideal circumstances. But several factors can play a role in the onset of depression:

#### *Biochemistry*

Abnormalities in two chemicals in the brain, serotonin and norepinephrine, might contribute to symptoms of depression, including anxiety, irritability and fatigue. Other brain networks undoubtedly are involved as well; scientists are actively seeking new knowledge in this area.

#### *Genetics*

Depression can run in families.

#### *Personality*

People with low self-esteem, who are easily overwhelmed by stress, or who are generally pessimistic appear to be vulnerable to depression.

#### *Environmental factors*

Continuous exposure to violence, neglect, abuse or poverty may make people who are already susceptible to depression all the more vulnerable to the illness. Also, a medical condition (e.g., a brain tumor or vitamin deficiency) can cause depression, so it is important to be evaluated by a psychiatrist or other physician to rule out general medical causes.

Association des médecins psychiatres du Québec et Revivre – Association québécoise de soutien aux personnes souffrant de troubles anxieux, dépressifs ou bipolaires

### **Facteurs environnementaux**

La dépression peut être provoquée par divers facteurs environnementaux :

- habitudes de vie;
- consommation de drogues;

- climat de travail malsain;
- chômage;
- famille monoparentale.

### **Facteurs biologiques**

Chez la personne aux prises avec une dépression majeure, certains changements au niveau des neurotransmetteurs s'effectuent :

- une baisse de la sérotonine, qui entraîne des sentiments dépressifs, d'anxiété et des pensées obsédantes, ainsi qu'une perte de sommeil et une diminution de l'appétit;
- une baisse de noradrénaline qui provoque une perte d'énergie, une perte de motivation ainsi que des pensées négatives;
- une baisse de la dopamine, qui entraîne une diminution des sentiments de plaisir et une difficulté au niveau de la concentration.

Du point de vue hormonal, on peut remarquer d'autres phénomènes biologiques vécus par la personne dépressive :

- chez la femme, une fluctuation hormonale s'effectue durant les cycles fertiles ainsi que durant la grossesse et après l'accouchement, et chez l'homme, il y a une baisse progressive des niveaux d'androgènes après 40 ans;
- dysfonction de la glande thyroïde;
- augmentation de la libération du cortisol relié au stress;
- la fonction immunitaire est également amoindrie.

### **Facteurs psychologiques**

Certains facteurs psychologiques sont notés lors d'une dépression :

- un sentiment de rejet et de perte face aux personnes aimées, et ce, même si celles-ci sont encore près d'elle;
- une sévérité envers sa propre personne, une conscience très rigide, une volonté de se punir pour tout ce qu'elle a fait de mauvais dans le passé;
- des pensées négatives, une certitude d'être une mauvaise personne, que tout ce qui l'entoure est mauvais et que tout sera toujours mauvais;
- une impression que la vie est sans valeur, sans espoir et qu'il n'y a pas d'aide possible.

### Canadian Mental Health Association

A combination of factors can make a person more susceptible to depression. These include a physical illness; certain medications; stress; biochemical imbalances in the brain, hormones or immune system; and a pre-disposition towards a negative view of life. A family history also seems to contribute towards the likelihood of someone developing a clinical depression.

### Depression and bipolar support alliance

Depression is a treatable medical illness involving an imbalance of brain chemicals called neurotransmitters and neuropeptides. It's *not* a character flaw or a sign of personal weakness. Just like you can't "wish away" diabetes, heart disease, or any other physical illness, you can't make depression go away by trying to "snap out of it."

Episodes of depression often follow stressful events like marital problems or the death of a loved one. People who have recurrent episodes of major depression are sometimes said to have "unipolar depression" (or what used to be called "clinical depression"), because they only experience periods of low, or depressed mood (unlike someone with bipolar disorder who goes through periods of both low *and* high mood).

While depression sometimes runs in families, many people with the illness have no family history of depression. The exact causes of depression still are not clear. What we *do* know is that both genetics and a stressful environment, or life situation, contribute to its cause. Usually, it's not one or the other, but a combination of both.

### Douglas institut universitaire en santé mentale

La dépression est souvent incomprise par la population générale. Est-ce une maladie au sens traditionnel? Est-ce une simple réaction aux événements de la vie? Si une réaction est normale lors d'une situation particulière, est-ce que le problème est moins important?

À la base, la dépression peut être envisagée comme une maladie ou une réaction. La meilleure façon de comprendre la dépression est de chercher à saisir les multiples causes et éléments qui influencent l'humeur. Pour débiter, il faut être conscient que nous sommes des êtres vivants. L'essence de ce que nous sommes se trouve dans notre cerveau : nos pensées, nos attitudes, nos humeurs, notre intelligence et tout ce qui fait de nous des humains. Il est alors facile d'affirmer que les troubles psychologiques sont causés par des déséquilibres biochimiques.

D'un autre côté, notre biochimie a certainement subi les influences de notre éducation et de nos expériences. C'est pour ces raisons qu'il faut considérer les processus internes et externes lorsqu'on tente de comprendre la dépression.

### **Maladie**

Certaines formes de dépression peuvent être comprises de la même manière que toute autre maladie. Dans ce cas, il semble qu'il y ait une dysfonction au niveau du fonctionnement cérébral. La chimie du cerveau semble avoir été altérée d'une telle façon qu'elle a un grand impact sur l'humeur et crée des sautes d'humeur qui ne semblent pas liées à des événements externes. La dépression bipolaire, qui présente des sautes d'humeur importantes, passant des états de dépression profonde à des moments où la personne se sent presque surhumaine, est un exemple de ce qui pourrait être considéré comme une affection médicale.

### **Biochimie**

Cela étant dit, il est possible et même probable que les mécanismes biologiques nous affectent tous et qu'ils soient d'importants éléments déclencheurs des dépressions de toute forme, même lorsque le cerveau semble fonctionner normalement. Bien que nous ne connaissions pas encore exactement la manière dont ils nous affectent, nous savons par exemple que les hormones et l'état nutritionnel influencent l'humeur.

### **Tempérament inné**

Si vous avez eu plus d'un enfant ou si vous avez plusieurs frères et sœurs, vous avez sûrement déjà remarqué combien le tempérament est unique à chaque individu. Il est clair que nous naissons avec un ensemble de traits et de tendances qui nous sont propres. Certains sont plus aventureux et d'autres sont plus hésitants. Certains se fâchent plus facilement, alors que d'autres vont prendre les choses avec plus de légèreté. De la même manière, certaines personnes semblent heureuses tout le temps alors que d'autres auront tendance à être sérieuses ou pessimistes.

### **Influences environnementales**

Notre tempérament inné est évidemment un élément central de notre personnalité, mais nos traits de caractère sont influencés de manière importante par nos expériences. Nous sommes modelés par nos valeurs familiales, par la culture de notre société et par toutes les expériences que nous avons traversées. Ce mélange unique fait que deux personnes différentes ne vivront pas de la même manière les mêmes situations particulières et n'en retireront pas les mêmes acquis.

### **Les événements qui changent le cours d'une vie**

Bien que nous expérimentions les événements par le biais de nos valeurs personnelles et de nos croyances, certains sont tellement exigeants que la dépression est inévitable. La mort d'un être cher, par exemple, aura un effet marquant sur chacun de nous. La dépression dans ce cas est considérée comme une réaction normale bien que sérieuse. Chaque personne réagit différemment. Bien que nous ayons tous besoin d'un certain temps pour retrouver un niveau normal d'activités, certaines personnes trainent la dépression au cours d'une plus longue période que ce qui est observé normalement.

### **Une succession d'événements**

La grande majorité des gens qui consultent pour une dépression ne le font pas à la suite d'un élément isolé. La plupart du temps, ils ont lutté contre la dépression et ses symptômes pendant la majeure partie de leur vie. Ils rapportent généralement un historique de vie parsemé d'échecs réels ou fictifs. Bien qu'un événement marquant puisse avoir déclenché un épisode dépressif et les avoir poussé à consulter, cette vulnérabilité était sans doute déjà présente.

### **La menace commune, la personnalité**

Le résultat des facteurs décrits plus haut est la personnalité qui nous définit. Les variables biochimiques et le tempérament inné interagissent avec notre développement.

Les personnalités qui font surface en nous, affectent la façon dont nous réagissons aux événements. C'est notre compréhension des événements et nos réactions qui nous rendent vulnérables à la dépression.

Certaines personnalités sont simplement plus sujettes à la dépression. Par exemple, des personnes qui manquent d'assurance se sentiront souvent prises dans des situations qui ne leur conviennent pas; les perfectionnistes vont toujours être insatisfaits d'eux-mêmes ou fâchés contre les autres; les dépendants vont se retrouver régulièrement dans des situations où l'on profitera d'eux. C'est pour cette raison qu'il faut essayer de comprendre nos habitudes si nous voulons nous protéger contre la dépression.

#### Fondation des maladies mentales

La dépression est une maladie complexe ayant de nombreuses causes génétiques, psychologiques et sociales. Toutefois, les résultats et analyses de récentes études suggèrent que la dépression est fondamentalement un trouble cérébral, souvent déclenché par des événements extérieurs.

- Certains facteurs génétiques jouent un rôle dans la création du déséquilibre chimique dans le cerveau d'une personne lorsqu'elle vit une dépression;
- La perte d'un être cher, tout autant que la détérioration d'un statut professionnel (par exemple la perte d'un emploi) ou des relations conjugales, entraînant une diminution de l'estime de soi, peuvent être des facteurs déclenchant une dépression.

Une maladie physique peut très bien conduire à la dépression une personne jusque-là très active. La dépression complique alors la maladie physique qui, en s'aggravant, empire la dépression.

#### Institut universitaire en santé mentale de Québec

Dans les troubles de l'humeur, l'équilibre biochimique du cerveau est perturbé. L'origine de cette perturbation est inconnue. Les troubles de l'humeur ont plusieurs causes.

- **Biologiques**
  - Hérité;
  - Déséquilibre au niveau du cerveau;
  - Certaines maladies (ex : Parkinson ou AVC).
- **Psychosociaux**
  - Facteurs de stress.
- **Environnementaux**
  - Consommation abusive de drogues ou d'alcool.



### Ladépressionfaitmal.com

De nombreux chercheurs pensent que la dépression est causée par un déséquilibre des substances chimiques présentes naturellement dans le cerveau et le corps qu'on appelle les neurotransmetteurs. Les neurotransmetteurs contribuent au transport des messages entre les cellules nerveuses. La sérotonine, la noradrénaline et la dopamine sont des exemples de ces neurotransmetteurs. On pense que, dans le cerveau, la sérotonine et la noradrénaline sont associées à l'humeur ainsi qu'à la régulation et à la réduction des sensations de douleur provenant du corps. La dopamine agirait sur l'appétit, ainsi que sur la perte de plaisir, d'énergie et de motivation.

### Mental Health America

#### Causes of Clinical Depression:

Many things can contribute to clinical depression. For some people, a number of factors seem to be involved, while for others a single factor can cause the illness. Oftentimes, people become depressed for no apparent reason.

- Biological - People with depression typically have too little or too much of certain brain chemicals, called "neurotransmitters." Changes in these brain chemicals may cause or contribute to clinical depression;
- Cognitive - People with negative thinking patterns and low self-esteem are more likely to develop clinical depression;
- Gender - Women experience clinical depression at a rate that is nearly twice that of men;
- While the reasons for this are still unclear, they may include the hormonal changes women go through during menstruation, pregnancy, childbirth and menopause. Other reasons may include the stress caused by the multiple responsibilities that women have;
- Co-occurrence - Clinical depression is more likely to occur along with certain illnesses, such as heart disease, cancer, Parkinson's disease, diabetes, Alzheimer's disease and hormonal disorders;
- Medications - Side effects of some medications can bring about depression;
- Genetic - A family history of clinical depression increases the risk for developing the illness;
- Situational - Difficult life events, including divorce, financial problems or the death of a loved one can contribute to clinical depression.

### Mental health Canada

Some types of depression run in families, suggesting that a biological vulnerability can be inherited. This seems to be the case with bipolar disorder. Studies of families in which members of each generation develop bipolar disorder found that those with the illness have a somewhat different genetic makeup than those who do not get ill. However, the reverse is not true: Not everybody with the genetic makeup that causes vulnerability to bipolar disorder will have the illness. Apparently additional factors, possibly stresses at home, work, or school, are involved in its onset.

In some families, major depression also seems to occur generation after generation. However, it can also occur in people who have no family history of depression. Whether inherited or not, major depressive disorder is often associated with changes in brain structures or brain function.

People who have low self-esteem, who consistently view themselves and the world with pessimism or who are readily overwhelmed by stress, are prone to depression. Whether this represents a psychological predisposition or an early form of the illness is not clear.

In recent years, researchers have shown that physical changes in the body can be accompanied by mental changes as well. Medical illnesses such as stroke, a heart attack, cancer, Parkinson's disease, and hormonal disorders can cause depressive illness, making the sick person apathetic and unwilling to care for his or her physical needs, thus prolonging the recovery period. Also, a serious loss, difficult relationship, financial problem, or any stressful (unwelcome or even desired) change in life patterns can trigger a depressive episode. Very often, a combination of genetic, psychological, and environmental factors is involved in the onset of a depressive disorder. Later episodes of illness typically are precipitated by only mild stresses or none at all.

#### Ministère de la santé et des services sociaux

On sait que les cellules de cerveau sont en communication constante entre elles. Elles utilisent les neurotransmetteurs à cette fin. Ce sont les neurotransmetteurs qui régissent les émotions, les mouvements, les pensées, les fonctions cognitives (mémoire, concentration, jugement, etc.) et les fonctions de survie (sommeil, appétit, digestion, élimination, contrôle de la douleur, réflexes, etc.).

Dans la dépression, l'équilibre des neurotransmetteurs est perturbé. Cependant, l'origine de cette perturbation est inconnue. La dépression n'a pas une cause unique, mais résulte souvent d'un ensemble de facteurs qui, combinés, entraînent l'apparition des symptômes. Ces facteurs sont parfois :

- **Biologiques :**
  - L'hérédité;
  - des changements de l'équilibre de certains neurotransmetteurs ou hormones;
  - certaines maladies telles que la maladie de Parkinson ou un accident vasculaire cérébral.
- **psychosociaux :** des facteurs de stress dans la vie d'un individu qui l'amènent à une perte d'estime de soi semblent souvent associés à l'apparition d'un épisode dépressif.
- **environnementaux :** consommation abusive ou soutenue de drogues ou d'alcool.



### Mood disorder association of Ontario

It's unknown exactly what causes depression. There are a variety of potential factors:

- Family history and genetics — inherited traits, including psychological vulnerability, and relatives with depression;
- Life events, such as a loss of a loved one, financial problems, medical illness or high stress;
- Biological factors unique to the individual, as well as hormonal changes due to physical conditions;
- Early childhood trauma.

### National Alliance for Mental Illness (NAMI)

The general scientific understanding is that depression does not have a single cause; it arises from multiple factors that may need to occur simultaneously. A person's life experience, genetic inheritance, age, sex, brain chemistry imbalance, hormone changes, substance abuse and other illnesses all play significant roles in the development of a depression. It also may be that there is no observable trigger leading to the illness; depression may occur spontaneously and be unassociated with any life crisis, physical illness or other currently known risks.

The occurrence of mood disorders and suicides tend to run in families. We know that a biologically inherited tendency to develop depression is associated with a younger age of depression onset, and that new onset depression occurring after age 60 is less likely due to genetic predisposition. Life factors seem to influence whether an inherited, genetic tendency will ever lead to an episode of major depression.

Certain aspects of life, such as marital status, financial standing and where a person lives, do have some bearing on whether someone develops depression, but it can be a case of "the chicken of the egg." For instance, though depression is more common among people who are homeless, it may be that depression strongly influences why any given person becomes homeless. We also know that long-lasting stressors like unemployment or a difficult marriage play a more significant role in developing depression than sudden stressors like an argument or receiving bad news.

Traumatic experiences may not only contribute to one's general state of stress, but also seem to alter how the brain functions for years to come. Early-life traumatic experiences have been shown to cause long-term changes in how the brain responds to future fears and stresses. This may be what accounts for the greater lifetime incidence of major depression in people who have a history of significant childhood trauma.

Other proposed genetic pathways in the development of depression include changes observed in the regional brain functioning. For instance, imaging studies have shown consistently that the left, front portion of the brain becomes less active during depression. Also, brain patterns during sleep change in a characteristic way. Depression is

also associated with changes in how the pituitary gland and hypothalamus respond to hormone stimulation.

Other factors that have been linked to depression include a history of sleep disturbances, medical illness, chronic pain, anxiety, attention-deficit hyperactivity disorder, alcoholism or drug abuse. Our current understanding is that major depression can have many causes and develop from a variety of genetic pathways.

#### National Institute of Mental Health (NIMH)

Most likely, depression is caused by a combination of genetic, biological, environmental, and psychological factors.

Depressive illnesses are disorders of the brain. Longstanding theories about depression suggest that important neurotransmitters—chemicals that brain cells use to communicate—are out of balance in depression. But it has been difficult to prove this.

Brain-imaging technologies, such as magnetic resonance imaging (MRI), have shown that the brains of people who have depression look different than those of people without depression. The parts of the brain involved in mood, thinking, sleep, appetite, and behavior appear different. But these images do not reveal why the depression has occurred. They also cannot be used to diagnose depression.

Some types of depression tend to run in families. However, depression can occur in people without family histories of depression too. Scientists are studying certain genes that may make some people more prone to depression. Some genetics research indicates that risk for depression results from the influence of several genes acting together with environmental or other factors. In addition, trauma, loss of a loved one, a difficult relationship, or any stressful situation may trigger a depressive episode. Other depressive episodes may occur with or without an obvious trigger.

Research indicates that depressive illnesses are disorders of the brain.

#### Pfizer

Though depression affects people of all ages, about twice as many women as men are diagnosed with clinical depression. The age groups with the highest rates of depression are those under 20 years old, with adolescence being the usual age of onset for depression.

Depression is also an issue for seniors, with those living in long-term care facilities experiencing depression at a rate of up to 9 in 10.

Other risk factors for developing depression include:

- Having relatives with depression;
- Having a traumatic experience as a child;
- Having personality traits such as low self-esteem, worrying, being overly dependent on others, perfectionism and hiding your feelings;
- Experiencing stressful life events, such as the death of a loved one, divorce, the loss of a job, retirement, serious financial problems, and family conflict;
- Experiencing unusual physiological changes, such as childbirth, and viral or other infections.

#### Société pour les troubles de l'humeur du Canada

Les causes de la dépression soulèvent le vieux débat inné – acquis. Est-ce le résultat d'antécédents familiaux (gènes) ou d'un vécu difficile? Les experts s'entendent pour dire que l'on doit examiner ce qui est inné et ce qui est acquis :

**Antécédents familiaux** – Si des membres de votre famille immédiate ont subi la dépression, vous pourriez avoir une tendance héréditaire à cette maladie. Votre physiologie héréditaire joue également un rôle dans les changements subis au cours de l'existence tels que l'accouchement ou la ménopause – ces deux derniers sont associés à l'augmentation du risque de dépression.

**Récents événements** – le divorce, la mort d'un proche, la perte d'un emploi, une maladie chronique, la retraite ou le fait de fréquenter une nouvelle école.

**Vécu** – traumatismes d'ordre sexuel, physique ou émotif pendant l'enfance, très grande négligence ou abandon. Également les traumatismes pendant la vie adulte tels que la violence conjugale, la consommation de drogues ou d'alcool, le viol, le vol, la guerre, le kidnapping, ou le fait d'être témoin d'actes de violence – pour ne nommer que quelques événements traumatisants auxquels les gens sont susceptibles d'être exposés.

**Pensées et comportements** – On pourrait avoir développé une vision négative du monde comme de penser que la malchance s'abat toujours sur soi, qu'on est une mauvaise personne, et que le monde n'est pas un endroit hospitalier. Les pensées influent sur l'humeur – et vice versa. Ces facteurs peuvent entraîner des comportements réactionnels comme le retrait social et, dans certains cas, l'automédication au moyen de drogues ou de l'alcool alors que l'on tente de gérer ses symptômes soi-même. Jusqu'à 40 % des personnes atteintes de dépression sont aux prises avec une consommation excessive d'alcool. Dans les cas extrêmes, les personnes se négligent complètement (elles ne se nourrissent pas convenablement, ne se lavent pas, et n'entretiennent pas leur logis).

### Jeunesse j'écoute

Parfois, les gens font une dépression à la suite de grands changements dans leur vie, comme :

- un divorce dans la famille;
- une rupture de relation;
- le décès d'un proche;
- un déménagement;
- des conflits à la maison.

En d'autres occasions, la dépression survient sans aucune raison. La dépression peut être causée par des facteurs corporels, psychologiques ou environnementaux ou par une combinaison des trois. Parfois, la dépression peut être génétique, c'est-à-dire que si un membre de ta famille a déjà eu des problèmes de dépression, tu peux être enclin à en faire une aussi.

### **Traitement**

#### American Psychiatric Association

For many people, depression cannot always be controlled for any length of time simply by exercise, changing diet, or taking a vacation. It is, however, among the most treatable of mental disorders; the majority of people with depression eventually respond well to treatment, and almost all patients gain some relief from their symptoms.

Before a specific treatment is recommended, a psychiatrist should conduct a thorough diagnostic evaluation, consisting of an interview and possibly a physical examination. The purpose of the evaluation is to reveal specific symptoms, medical and family history, cultural settings and environmental factors to arrive at a proper diagnosis and to determine the best treatment.

#### *Medication*

Antidepressants may be prescribed to correct imbalances in the levels of chemicals in the brain. These medications are not sedatives, "uppers" or tranquilizers. Neither are they habit-forming. Generally antidepressant medications have no stimulating effect on those not experiencing depression.

Antidepressants may produce some improvement within the first week or two of treatment. Full benefits may not be realized for two to three months. If a patient feels little or no improvement after several weeks, his or her psychiatrist will alter the dose of the medication or will add or substitute another antidepressant.

Psychiatrists usually recommend that patients continue to take medication for six or more months after symptoms have improved. After two or three episodes of major

depression, long-term maintenance treatment may be suggested to decrease the risk of future episodes.

### *Psychotherapy*

Psychotherapy, or “talk therapy,” is sometimes used alone for treatment of mild depression; for moderate to severe depression, it is often used in combination with antidepressant medications. Psychotherapy may involve only the individual patient, but it can include others. For example, family or couples therapy can help address specific issues arising within these close relationships. Group therapy involves people with similar illnesses. Depending on the severity of the depression, treatment can take a few weeks or substantially longer. However, in many cases, significant improvement can be made in 10 to 15 sessions.

Depression is never normal and always produces needless suffering. With proper diagnosis and treatment, the vast majority of people with depression will overcome it. If you are experiencing symptoms of depression, see your family physician or psychiatrist, describe your concerns and request a thorough evaluation.

Association des médecins psychiatres du Québec et Revivre – Association québécoise de soutien aux personnes souffrant de troubles anxieux, dépressifs ou bipolaires

### **Traitements**

Les traitements psychologiques, biologiques et communautaires de la dépression ont pour but d’améliorer l’état général de la personne atteinte en tenant compte des différents facteurs biopsychosociaux en cause.

#### *Les psychothérapies*

En début de traitement, les psychothérapeutes peuvent venir en aide aux personnes atteintes de la façon suivante :

- en leur offrant du support et de l’information;
- en organisant des rencontres d’information avec la famille;
- en les impliquant dans leur rétablissement.

En période de crise, la personne en dépression majeure peut recevoir une aide individuelle spécifique :

- via une thérapie cognitivo-comportementale;
- via une thérapie interpersonnelle.

Après la période de crise, le processus suivant pourra être entrepris :

- une thérapie plus en profondeur avec la personne;
- une démarche thérapeutique impliquant les proches.

Durant tout ce processus, la référence de la personne dépressive et de ses proches à des organismes communautaires, tel Revivre, s'avère très utile.

#### *Le traitement biologique*

La dépression est traitée à l'aide de médicaments appelés antidépresseurs. Cette médication régularise le niveau des neurotransmetteurs et permet de retrouver assez rapidement (normalement en quelques semaines) :

- le sommeil;
- l'appétit;
- un regain d'énergie;
- du plaisir;
- des pensées positives; • une meilleure concentration;
- une baisse de l'anxiété.

Si le premier choix d'antidépresseur ne fonctionne pas, des combinaisons d'antidépresseurs ou des ajouts d'autres traitements peuvent potentialiser l'humeur :

- hormones (œstrogènes, testostérones, extraits de la glande thyroïde);
- tryptophane;
- stabilisateurs de l'humeur (lithium, anticonvulsivants);
- neuroleptiques atypiques;
- psychostimulants.

Les antidépresseurs doivent être prescrits pour une période d'au moins six mois après la rémission de la maladie, afin de minimiser le risque de récurrence. Toutefois, le traitement pourra être prolongé si les troubles dépressifs persistent. Les antidépresseurs ne créent aucune accoutumance, mais devraient, à la fin du traitement, être cessés progressivement.

Le traitement de la dépression par les antidépresseurs est efficace chez 75 % des personnes souffrant de dépression. Il importe de mentionner que l'on doit viser la rémission complète de la maladie.

#### Canadian mental health association

Just like any other disease, mental illness responds better to early identification and treatment. Depression, in particular, responds very well to treatment. Both depression and bipolar disorder can be treated with psychotherapy, counseling, education and medication. Electroconvulsive therapy, or ECT, has proven to be therapeutic for those who do not respond to other treatments. Self-help groups are also very beneficial in getting – and staying – on the road to recovery.

A supportive network of family and friends is also very helpful. A depressed individual may not want the company of others, or conversely continuously wants the company of



certain people. If you are a friend or family member, try to be patient and non-judgmental; listen rather than talk, and keep an open mind to their thoughts and feelings. Don't let the stigma of mental illness – yours or that of others – prevent you from getting the help that is required. You would not hesitate to go to your doctor for a broken leg; seeking help for depression is no different. If you or someone you know is showing signs of depression or bipolar disorder, talk with your family doctor.

#### Depression and bipolar support alliance

Depression and bipolar disorder are mood disorders—real physical illnesses that affect a person's moods, thoughts, body, energy, and emotions. Both illnesses, especially bipolar disorder, tend to follow a cyclical course of ups and downs.

Treatment for these illnesses can also have ups and downs. Wellness might not happen overnight. It is normal to wish you could feel better faster or to worry that you will never feel better. However, you *can* feel better and you can do things to help yourself.

Relief of symptoms is only the first step in treating depression or bipolar disorder. Wellness, or recovery, is a return to a life that you care about. Recovery happens when your illness stops getting in the way of your life.

You decide what recovery means to you. Talk to your health care provider (HCP) about what you need to achieve this recovery. Your HCP can provide the treatment(s) and/or medication(s) that work best for you. Along the way, you have a right to ask questions about the treatments you are getting and choose the treatments you want. It can also be helpful to work with a therapist, family member, or fellow support group participant to help define your recovery. Your definition may change at different times in your life.

Psychotherapy (also known as talk therapy) can be an important part of treatment for depression or bipolar disorder (manic depression). A good therapist can help you cope with feelings and symptoms, and change behavior patterns that may contribute to your illness.

Talk therapy is not just “talking about your problems”; it is also working toward solutions. Some therapy may involve homework, such as tracking your moods, writing about your thoughts, or participating in social activities that have caused anxiety in the past. You might be encouraged to look at things in a different way or learn new ways to react to events or people.

Most of today's psychotherapy is brief and focused on your current thoughts, feelings and life issues. Focusing on the past can help explain things in your life, but focusing on the present can help you cope with the present and prepare for the future. You might see your therapist more often at the beginning of treatment, and later, as you learn to manage problems and avoid triggers, you might go to psychotherapy appointments less often.

*Psychotherapy can help you:*

- Understand your illness;
- Define and reach wellness goals;
- Overcome fears or insecurities;
- Cope with stress;
- Make sense of past traumatic experiences;
- Separate your true personality from the mood swings caused by your illness;
- Identify triggers that may worsen your symptoms;
- Improve relationships with family and friends;
- Establish a stable, dependable routine;
- Develop a plan for coping with crises;
- Understand why things bother you and what you can do about them;
- End destructive habits such as drinking, using drugs, overspending or unhealthy sex.

**Interpersonal therapy (IPT)** was originally developed to treat depression. It has since been adapted for bipolar and other disorders. It is time-limited and goal-oriented, and addresses a person's symptoms, social relationships and roles. IPT focuses on what is happening "here and now" and attempts to help a person change, rather than just understand his or her actions and reactions. The patient and therapist examine current and past relationships. IPT does not focus on unconscious or subconscious motivations, wishes or dreams. It looks at conscious, outward action and social adjustment. It does not try to change the personality, but rather to teach new skills that can lessen symptoms.

An IPT therapist is an active supporter of the patient on the wellness journey. The therapist does not assign homework, but may encourage a patient to engage in social activities. The therapist helps the patient review his or her symptoms and relate these symptoms to one of four things: grief over a loss, conflicts with others, changes in life status such as moving or changing jobs or isolation/ lack of social skills. The therapist and patient then work through specific situations, one by one, to relieve symptoms and stress.

**Cognitive-behavioral therapy (CBT)** combines cognitive therapy, which involves examining how thoughts affect emotions, and behavioral therapy, which involves changing a person's reactions to challenging situations. CBT is goal-oriented and works best when the patient takes an active role. One aspect of CBT helps a person recognize the automatic thoughts or core beliefs that contribute to negative emotions. The therapist helps the person see that some of these thoughts and beliefs are false or don't make sense and helps the person change them. Types of automatic thoughts may include focusing on one negative idea (an unkind person) and applying the negative quality to everything (the human race in general); viewing things as "all good" or "all bad"; or applying labels such as "loser," "no good," or "worthless." Types of core beliefs may



include, “I have to succeed at everything”; “Everyone has to love me”; “It’s a disaster if things don’t go the way I plan or expect”; or “I can’t change the miserable way I am.”

The behavioral aspect of CBT takes place after a person has a more calm state of mind. The person can then take actions that help him or her move closer to planned goals. For example, if depression has caused someone to withdraw from life, that person may be encouraged to participate in hobbies or spend time with friends. Or a person may be gently coached, under supervision, to confront situations, things or people that cause fear or panic. Through practice, a person learns new, healthier behaviors.

With CBT, the therapist assigns homework. It may include journaling, reviewing notes or tapes of the therapy session, or trying a new approach to an old problem. There may also be exercises to make a person more aware of his or her own thoughts and actions without judging them.

The most important parts of any type of therapy are partnership, communication, goals, collaboration, trust, understanding and action. Successful therapy can help a person change thoughts, beliefs, perceptions, actions and moods for the better.

#### Douglas institut universitaire en santé mentale

Les deux traitements principaux sont psychologiques ou pharmacologiques. Peu importe la cause, les deux formes de traitements peuvent être bénéfiques. Parfois, la combinaison des deux traitements est plus efficace.

#### **Traitement psychologique**

Pour des dépressions légères à modérées, le traitement psychologique appelé thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est généralement considéré comme étant le meilleur choix. Si la réponse n’est pas adéquate, la médication peut être ajoutée.

#### **Traitement pharmacologique**

Pour les dépressions modérées à sévères, une combinaison d’antidépresseurs et de TCC est généralement recommandée dès le début. En réalité, des facteurs additionnels comme l’attitude face à la médication, ou la disponibilité et l’accessibilité aux services psychologiques, jouent souvent un rôle déterminant pour le choix des traitements.

Les antidépresseurs agissent sur la chimie du cerveau. La plupart des gens se sentent moins importunés par les événements lorsqu’ils prennent des médicaments et arrivent donc à mieux gérer les situations. La thérapie cognitivo-comportementale vise à changer la façon dont nous interagissons avec le monde soit en nous enseignant de nouvelles habiletés ou en examinant et en changeant les attitudes qui affectent comment nous réagissons et interprétons les événements autour de nous. Elle peut nous aider à déterminer nos limites. Elle peut nous enseigner à questionner nos standards, nos attributions et nos biais. Elle peut nous aider à développer un meilleur sens des priorités et à trouver une balance entre notre vie professionnelle et personnelle.

### *Prévention de la dépression et du burnout*

Voici une courte liste de suggestions que vous pouvez considérer si vous croyez être vulnérable au burnout.

#### **Apprenez à bien travailler sans être débordé**

La plupart d'entre nous n'aurait aucun problème à fuir un magasin de chaussures si la paire de chaussures que nous voulions coûtait 500\$. Nous aurions l'impression qu'ils ne valent pas l'effort requis pour gagner cet argent. Alors pourquoi ne pouvons-nous pas fuir le travail qui demande trop de nous, pas en termes d'argent, mais plutôt en terme d'efforts que cela nécessite pour gagner cet argent?

#### **La vie est un marathon**

Le coureur qui court le premier kilomètre rapidement parce qu'il a l'énergie s'épuisera probablement avant la fin. Le secret est de garder un rythme raisonnable qui peut être maintenu tout au long de la course. Dans nos vies professionnelles, nous avons souvent l'énergie pour donner un petit effort d'extra afin d'atteindre un but, impressionner un patron ou faire de l'argent de plus, mais nous considérons rarement les conséquences à long terme d'un tel rythme. Avoir le temps de faire des choses qui ne semblent peut-être pas productives, comme prendre du temps pour vos passions personnelles et vos passe-temps, ou tout simplement prendre le temps de s'asseoir, est essentiel pour garder un rythme de vie raisonnable.

#### **Reconnaissez vos standards personnels trop élevés**

Pour ce faire, vous devez apprendre à vous fier au jugement des autres. Ne vous fiez pas sur votre propre jugement personnel biaisé, surtout si n'avez jamais l'impression que ce que vous faites est suffisamment bien. Essayez de baser votre jugement sur des mesures de performance objectives, comme des notes ou un montant de ventes. Demandez-vous comment vous jugeriez un collègue avec les mêmes chiffres. Habituellement, le jugement est beaucoup moins dur. Et rappelez-vous, le fait qu'une tâche peut toujours être mieux rendue avec plus de temps ne signifie pas qu'elle n'est pas déjà mieux que ce qui est demandé.

#### **Changez d'environnement**

Soyez capables d'admettre à vous-même lorsque c'est le temps pour un changement et choisissez un travail qui convient davantage à votre personnalité. Cela est beaucoup plus facile que de tenter de changer radicalement votre nature. Par exemple, un procrastinateur aura beaucoup plus de facilité à répondre au téléphone dans un département de service à la clientèle, où il doit être disponible et compétent, comparativement à un emploi où il aurait à produire des rapports écrits sans échéance définie.

La dernière étape appartient aux collègues et employeurs. Ils doivent reconnaître que les bons employés, les « demande-à », doivent être protégés. Lorsqu'un important projet doit être réalisé et que nous avons deux employés ou collègues – un employé compétent

et surchargé et un employé moins compétent qui a des temps libres – qui allons-nous approcher pour faire le projet? Le fait que les bons employés font généralement du bon travail ne signifie pas qu'ils ont des ressources illimitées. Les laisser respirer un peu permettra à tout le monde de s'impliquer et rendra le milieu de travail meilleur.

#### Fondation des maladies mentales

La dépression est une maladie qui ne doit jamais être prise à la légère. Par conséquent, il est important de consulter un médecin dès les premiers symptômes afin de recevoir un diagnostic rapidement. Certaines maladies physiques peuvent avoir des symptômes semblables à ceux de la dépression. C'est pour cette raison qu'en présence d'une dépression, un bilan de santé et un examen médical devraient être faits.

La première personne à qui vous devriez parler de vos symptômes est votre médecin de famille qui saura prendre les mesures nécessaires. Sachez que la dépression, si elle est bien diagnostiquée, est une maladie qui se traite facilement et assez rapidement. Non traitée, elle peut s'aggraver et même conduire au suicide. La combinaison de psychothérapie et d'antidépresseurs est sans doute la meilleure formule thérapeutique.

Sachez aussi que l'hospitalisation est rarement nécessaire lors du traitement. Il est important de savoir qu'il existe de nombreux groupes d'entraide et de soutien qui peuvent vous aider.

#### **La psychothérapie**

La psychothérapie permet de travailler les aspects psychologiques et sociaux qui pourraient être reliés à l'épisode dépressif.

Plusieurs types de psychothérapies sont possibles, mais deux d'entre eux se sont avérés scientifiquement efficaces pour le traitement de la dépression : la thérapie cognitivo-comportementale et la thérapie interpersonnelle.

#### *La thérapie cognitivo-comportementale*

La thérapie cognitivo-comportementale, très structurée, est considérée comme un traitement à court terme, très orienté sur le moment présent. Elle vise à changer les pensées dysfonctionnelles qui accompagnent la dépression et qui peuvent effectivement déclencher ou perpétuer des épisodes dépressifs. Cette thérapie peut procurer une aide efficace aux personnes qui souffrent de dépression légère ou modérée. Elle peut également contribuer à prévenir les rechutes. Une distorsion des schémas de pensée perturbe ce que la personne pense d'elle-même, de ses relations avec les autres et de son rapport avec le monde en général. Au cours de la thérapie cognitivo-comportementale, ces distorsions des schémas de pensée sont identifiées et de nouveaux schémas sont élaborés. Des exercices sont proposés au patient pour qu'il mette en pratique ces nouveaux schémas. La thérapie cognitivo-comportementale est intensive et comporte une vingtaine de séances à raison d'une séance par semaine; le traitement dure habituellement de cinq à six mois.

### *La thérapie interpersonnelle*

C'est une thérapie à court terme qui vise à atténuer les symptômes de dépression. L'hypothèse de départ est que la majorité des personnes déprimées ont des relations interpersonnelles perturbées.

Cela fait partie de la maladie. Les thérapeutes qui emploient cette technique croient que si on peut résoudre les difficultés qui marquent ces relations interpersonnelles, on peut aussi stabiliser les symptômes de dépression. Dans la thérapie interpersonnelle, le thérapeute se concentrera avec la personne sur l'amélioration de l'un des aspects suivants, habituellement en se centrant sur celui qui est le plus problématique :

- Le chagrin ou le deuil;
- L'adaptation à un nouveau rôle;
- Les tensions interpersonnelles (exemple : conflit permanent avec un collègue de travail);
- Les déficits interpersonnels (un manque d'habiletés de communication qui nuit sur le plan relationnel).

Règle générale, la thérapie interpersonnelle s'effectue au rythme d'une séance par semaine pendant environ 16 semaines. Elle peut se poursuivre par des séances de rappel mensuelles jusqu'à ce que la personne n'en ressente plus le besoin. Elle est aussi efficace que les antidépresseurs dans le cas de dépressions légères ou modérées.

### *Les antidépresseurs*

Les antidépresseurs permettent la normalisation des neurotransmetteurs et aident à retrouver rapidement, normalement entre deux et trois semaines, le sommeil, l'appétit, un regain d'énergie, du plaisir et des pensées positives.

Les antidépresseurs ne créent aucune dépendance, contrairement à la croyance populaire. La médication doit être prescrite pour une période d'environ quatre à six mois pour minimiser le risque de rechute. Par contre, le traitement biologique devra être prolongé si les troubles dépressifs persistent.

Des études indiquent qu'on peut obtenir de meilleurs résultats si l'utilisation des antidépresseurs s'accompagne d'une thérapie interpersonnelle.

### *La luminothérapie*

Dans le cas de dépression saisonnière, le médecin pourra prescrire un traitement de luminothérapie, qui utilise une lumière spéciale agissant comme stimulant.

### Institut universitaire en santé mentale de Québec

Le premier traitement d'un trouble de l'humeur peut durer de plusieurs mois à deux ans. Un traitement offrant une psychothérapie, des médicaments ou une combinaison des deux s'avère souvent efficace.

- Thérapie cognitive-comportementale;
- Thérapie interpersonnelle;
- Antidépresseurs;
- Stabilisateurs de l'humeur.

[Ladépressionfaitmal.com](http://Ladépressionfaitmal.com)

### **Médicament**

Si votre médecin recommande des médicaments, assurez-vous de parler avec lui des options de traitement qui s'offrent à vous.

### **Psychothérapie**

Il existe plusieurs formes de psychothérapie. La thérapie cognitivo-comportementale est la forme la plus étudiée et elle constitue un traitement efficace de la dépression. Elle aide les personnes à corriger les schémas de pensées négatives et à mieux s'adapter au monde qui les entoure.

La psychothérapie comporte peu de risques connus et est généralement considérée sûre.

### **Modifications du style de vie**

La dépression peut toucher de nombreux aspects différents de votre vie. Par conséquent, votre médecin pourrait recommander des changements précis à apporter à votre style de vie, par exemple en matière d'exercice physique, de la nutrition et du sommeil. [Communiquer avec vos amis et votre famille](#) pour demander leur soutien, ainsi que prendre le temps d'être avec d'autres personnes plus souvent, peut également s'avérer bénéfique.

Obtenir de l'aide pour votre dépression peut changer votre vie. N'attendez pas, la dépression est une maladie qui peut et doit être traitée.

Commencez par parler à un proche ou à un ami aujourd'hui pour lui dire ce que vous ressentez. Il peut aussi vous aider [à parler à un médecin](#). Imprimez les résultats de [la liste de vérification des symptômes](#) pour entamer la conversation avec un ami ou un proche.

### **Mental Health America**

Treatments for Clinical Depression:

Clinical depression is very treatable, with more than 80% of those who seek treatment showing improvement. The most commonly used treatments are antidepressant medication, psychotherapy or a combination of the two. The choice of treatment depends on the pattern, severity, persistence of depressive symptoms and the history of the illness. As with many illnesses, early treatment is more effective and helps prevent

the likelihood of serious recurrences. Depression must be treated by a physician or qualified mental health professional.

### Mental Health Canada

#### **Diagnostic Evaluation and Treatment**

The first step to getting appropriate treatment for depression is a physical examination by a physician. Certain medications as well as some medical conditions such as a viral infection can cause the same symptoms as depression, and the physician should rule out these possibilities through examination, interview, and lab tests. If a physical cause for the depression is ruled out, a psychological evaluation should be done, by the physician or by referral to a psychiatrist or psychologist.

A good diagnostic evaluation will include a complete history of symptoms, i.e., when they started, how long they have lasted, how severe they are, whether the patient had them before and, if so, whether the symptoms were treated and what treatment was given. The doctor should ask about alcohol and drug use, and if the patient has thoughts about death or suicide. Further, a history should include questions about whether other family members have had a depressive illness and, if treated, what treatments they may have received and which were effective.

Last, a diagnostic evaluation should include a mental status examination to determine if speech or thought patterns or memory have been affected, as sometimes happens in the case of a depressive or manic-depressive illness.

Treatment choice will depend on the outcome of the evaluation. There are a variety of antidepressant medications and psychotherapies that can be used to treat depressive disorders. Some people with milder forms may do well with psychotherapy alone. People with moderate to severe depression most often benefit from antidepressants. Most do best with combined treatment: medication to gain relatively quick symptom relief and psychotherapy to learn more effective ways to deal with life's problems, including depression. Depending on the patient's diagnosis and severity of symptoms, the therapist may prescribe medication and/or one of the several forms of psychotherapy that have proven effective for depression.

Electroconvulsive therapy (ECT) is useful, particularly for individuals whose depression is severe or life threatening or who cannot take antidepressant medication. ECT often is effective in cases where antidepressant medications do not provide sufficient relief of symptoms. In recent years, ECT has been much improved. A muscle relaxant is given before treatment, which is done under brief anesthesia. Electrodes are placed at precise locations on the head to deliver electrical impulses. The stimulation causes a brief (about 30 seconds) seizure within the brain. The person receiving ECT does not consciously experience the electrical stimulus. For full therapeutic benefit, at least several sessions of ECT, typically given at the rate of three per week, are required.

### *Medications*

There are several types of antidepressant medications used to treat depressive disorders. These include newer medications chiefly the selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) the tricyclics, and the monoamine oxidase inhibitors (MAOIs). The SSRIs and other newer medications that affect neurotransmitters such as dopamine or norepinephrine generally have fewer side effects than tricyclics. Sometimes the doctor will try a variety of antidepressants before finding the most effective medication or combination of medications. Sometimes the dosage must be increased to be effective. Although some improvements may be seen in the first few weeks, antidepressant medications must be taken regularly for 3 to 4 weeks (in some cases, as many as 8 weeks) before the full therapeutic effect occurs.

Patients often are tempted to stop medication too soon. They may feel better and think they no longer need the medication. Or they may think the medication isn't helping at all. It is important to keep taking medication until it has a chance to work, though side effects (see section on Side Effects on page 13) may appear before antidepressant activity does. Once the individual is feeling better, it is important to continue the medication for at least 4 to 9 months to prevent a recurrence of the depression. Some medications must be stopped gradually to give the body time to adjust. *Never* stop taking an antidepressant without consulting the doctor for instructions on how to safely discontinue the medication. For individuals with bipolar disorder or chronic major depression, medication may have to be maintained indefinitely.

Antidepressant drugs are not habit-forming. However, as is the case with any type of medication prescribed for more than a few days, antidepressants have to be carefully monitored to see if the correct dosage is being given. The doctor will check the dosage and its effectiveness regularly.

For the small number of people for whom MAO inhibitors are the best treatment, it is necessary to avoid certain foods that contain high levels of tyramine, such as many cheeses, wines, and pickles, as well as medications such as decongestants. The interaction of tyramine with MAOIs can bring on a hypertensive crisis, a sharp increase in blood pressure that can lead to a stroke. The doctor should furnish a complete list of prohibited foods that the patient should carry at all times. Other forms of antidepressants require no food restrictions.

*Medications of any kind* prescribed, over-the counter, or borrowed *should never be mixed without consulting the doctor.* Other health professionals who may prescribe a drug such as a dentist or other medical specialist should be told of the medications the patient is taking. Some drugs, although safe when taken alone can, if taken with others, cause severe and dangerous side effects. Some drugs, like alcohol or street drugs, may reduce the effectiveness of antidepressants and should be avoided. This includes wine, beer, and hard liquor. Some people who have not had a problem with alcohol use may be



permitted by their doctor to use a modest amount of alcohol while taking one of the newer antidepressants.

Antianxiety drugs or sedatives are not antidepressants. They are sometimes prescribed along with antidepressants; however, they are not effective when taken alone for a depressive disorder. Stimulants, such as amphetamines, are not effective antidepressants, but they are used occasionally under close supervision in medically ill depressed patients.

Questions about any antidepressant prescribed, or problems that may be related to the medication, should be discussed with the doctor.

Lithium has for many years been the treatment of choice for bipolar disorder, as it can be effective in smoothing out the mood swings common to this disorder. Its use must be carefully monitored, as the range between an effective dose and a toxic one is small. If a person has preexisting thyroid, kidney, or heart disorders or epilepsy, lithium may not be recommended. Fortunately, other medications have been found to be of benefit in controlling mood swings. Among these are two mood-stabilizing anticonvulsants, carbamazepine (Tegretol ®) and valproate (Depakote ®). Both of these medications have gained wide acceptance in clinical practice, and valproate has been approved by the Food and Drug Administration for first-line treatment of acute mania. Other anticonvulsants that are being used now include lamotrigine (Lamictal ®) and gabapentin (Neurontin ®): their role in the treatment hierarchy of bipolar disorder remains under study.

Most people who have bipolar disorder take more than one medication including, along with lithium and/or an anticonvulsant, a medication for accompanying agitation, anxiety, depression, or insomnia. Finding the best possible combination of these medications is of utmost importance to the patient and requires close monitoring by the physician.

### *Side Effects*

Antidepressants may cause mild and, usually, temporary side effects (sometimes referred to as adverse effects) in some people. Typically these are annoying, but not serious. However, any unusual reactions or side effects or those that interfere with functioning should be reported to the doctor immediately. The most common side effects of tricyclic antidepressants, and ways to deal with them, are:

- **Dry mouth** it is helpful to drink sips of water; chew sugarless gum; clean teeth daily;
- **Constipation** bran cereals, prunes, fruit, and vegetables should be in the diet;
- **Bladder problems** emptying the bladder may be troublesome, and the urine stream may not be as strong as usual; the doctor should be notified if there is marked difficulty or pain;



- **Sexual problems** sexual functioning may change; if worrisome, it should be discussed with the doctor;
- **Blurred vision** this will pass soon and will not usually necessitate new glasses;
- **Dizziness** rising from the bed or chair slowly is helpful;
- **Drowsiness as a daytime problem** this usually passes soon. A person feeling drowsy or sedated should not drive or operate heavy equipment. The more sedating antidepressants are generally taken at bedtime to help sleep and minimize daytime drowsiness.

The newer antidepressants have different types of side effects:

- **Headache** this will usually go away;
- **Nausea** this is also temporary, but even when it occurs, it is transient after each dose;
- **Nervousness and insomnia (trouble falling asleep or waking often during the night)** these may occur during the first few weeks; dosage reductions or time will usually resolve them;
- **Agitation (feeling jittery)** if this happens for the first time after the drug is taken and is more than transient, the doctor should be notified;
- **Sexual problems** the doctor should be consulted if the problem is persistent or worrisome.

### *Herbal Therapy*

In the past few years, much interest has risen in the use of herbs in the treatment of both depression and anxiety. St. John's wort (*Hypericum perforatum*), an herb used extensively in the treatment of mild to moderate depression in Europe, has recently aroused interest in the United States. St. John's wort, an attractive bushy, low-growing plant covered with yellow flowers in summer, has been used for centuries in many folk and herbal remedies. Today in Germany, Hypericum is used in the treatment of depression more than any other antidepressant. However, the scientific studies that have been conducted on its use have been short-term and have used several different doses.

Because of the widespread interest in St. John's wort, the National Institutes of Health (NIH) conducted a 3-year study, sponsored by three NIH components the National Institute of Mental Health, the National Center for Complementary and Alternative Medicine, and the Office of Dietary Supplements. The study was designed to include 336 patients with major depression of moderate severity, randomly assigned to an 8-week trial with one-third of patients receiving a uniform dose of St. John's wort, another third sertraline, a selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) commonly prescribed for depression, and the final third a placebo (a pill that looks exactly like the SSRI and the St. John's wort, but has no active ingredients). The study participants who responded positively were followed for an additional 18 weeks. At the end of the first phase of the study, participants were measured on two scales, one for depression and one for overall functioning. There was no significant difference in rate of response for depression, but

the scale for overall functioning was better for the antidepressant than for either St. John's wort or placebo. While this study did not support the use of St. John's wort in the treatment of major depression, ongoing NIH-supported research is examining a possible role for St. John's wort in the treatment of milder forms of depression.

The Food and Drug Administration issued a Public Health Advisory on February 10, 2000. It stated that St. John's wort appears to affect an important metabolic pathway that is used by many drugs prescribed to treat conditions such as AIDS, heart disease, depression, seizures, certain cancers, and rejection of transplants. Therefore, health care providers should alert their patients about these potential drug interactions.

Some other herbal supplements frequently used that have not been evaluated in large-scale clinical trials are ephedra, ginkgo biloba, echinacea, and ginseng. Any herbal supplement should be taken only after consultation with the doctor or other health care provider.

### *Psychotherapies*

Many forms of psychotherapy, including some short-term (10-20 week) therapies, can help depressed individuals. "Talking" therapies help patients gain insight into and resolve their problems through verbal exchange with the therapist, sometimes combined with "homework" assignments between sessions. "Behavioral" therapists help patients learn how to obtain more satisfaction and rewards through their own actions and how to unlearn the behavioral patterns that contribute to or result from their depression.

Two of the short-term psychotherapies that research has shown helpful for some forms of depression are interpersonal and cognitive/behavioral therapies. Interpersonal therapists focus on the patient's disturbed personal relationships that both cause and exacerbate (or increase) the depression. Cognitive/behavioral therapists help patients change the negative styles of thinking and behaving often associated with depression.

Psychodynamic therapies, which are sometimes used to treat depressed persons, focus on resolving the patient's conflicted feelings. These therapies are often reserved until the depressive symptoms are significantly improved. In general, severe depressive illnesses, particularly those that are recurrent, will require medication (or ECT under special conditions) along with, or preceding, psychotherapy for the best outcome.

### Ministère de la Santé et des Services sociaux

Il existe des traitements éprouvés de la dépression, et plus vous consultez tôt, plus ces traitements ont des chances de vous soulager. Dans la majorité des cas, un traitement offrant une psychothérapie, des médicaments antidépresseurs ou une combinaison des deux s'avère très efficace. Les experts en dépression s'accordent généralement pour recommander la thérapie cognitive-comportementale ou la thérapie interpersonnelle.

Pour trouver un psychothérapeute dont l'approche vous convient et avec qui vous vous sentirez à l'aise, informez-vous auprès de votre médecin de famille, de votre centre de santé et de services sociaux, de l'Ordre des psychologues du Québec ([www.ordrepsy.qc.ca](http://www.ordrepsy.qc.ca)) ou de l'Association des médecins psychiatres du Québec ([www.ampq.org](http://www.ampq.org)).

Les antidépresseurs agissent en rétablissant l'équilibre entre les différents neurotransmetteurs du cerveau qui régissent les émotions, les fonctions cognitives (mémoire, concentration, etc.) et les fonctions somatiques (sommeil, appétit, énergie, etc.). Si votre médecin vous en prescrit, il est important de les prendre fidèlement et d'être patient. En effet, refaire l'équilibre dans votre cerveau peut prendre un certain temps, parfois même jusqu'à quatre à huit semaines. Ensuite, pour éviter une rechute, il est très important de continuer le traitement tel que prescrit même si vous vous sentez mieux. Le traitement d'un premier épisode dépressif peut durer de plusieurs mois à une année ou deux, selon la sévérité. La survenue de plusieurs épisodes amènera probablement votre médecin à vous proposer une médication antidépressive à vie.

L'objectif d'un antidépresseur est la rémission des symptômes et non seulement la réduction ou un soulagement partiel des symptômes. Parfois, il arrive qu'un médicament entraîne des effets indésirables ou des effets secondaires. Si c'est le cas, n'hésitez pas à en parler avec votre médecin. **N'arrêtez pas votre médicament sans en avoir discuté avec lui.** Un autre médicament est peut-être alors indiqué.

#### Mood disorder Association of Ontario

The most common forms of treatment for depression are antidepressant medication and psychotherapy. The most effective treatment is generally a combination of both. Some individuals suffering from depression may need a hospital stay or an outpatient treatment program until symptoms improve.

There are several types of antidepressant medication available, and they are categorized by how they work on the naturally occurring chemicals in your brain that affect your mood. Finding the right medication or medications will likely take trial and error. Patience is required, as some medications need eight weeks or more to take full effect, but don't give up if you don't find the right medication right away.

Complementary treatment, such as peer support groups or other support programs, may be helpful.

Finally, additional treatments such as massage, mindfulness meditation, shiatsu, therapeutic touch, aromatherapy, tai chi, Pilates and yoga can also help to improve wellness.

## National Alliance on Mental Illness (NAMI)

### *Treating Major Depression*

Although depression can be a devastating illness, it often responds to treatment. The key is to get a specific evaluation and a treatment plan. Today, there are a variety of treatment options available for depression. There are three well-established types of treatment for depression: medications, psychotherapy and electroconvulsive therapy (ECT). A new treatment called transcranial magnetic stimulation (rTMS), has recently been cleared by the FDA for individuals who have not done well on one trial of an antidepressant. For some people who have a seasonal component to their depression, light therapy may be useful. In addition, many people like to manage their illness through alternative therapies or holistic approaches, such as acupuncture, meditation, and nutrition. These treatments may be used alone or in combination. However, depression does not always respond to medication. Treatment resistant depression (TRD) may require a more extensive treatment regimen involving a combination of therapies.

### *Medications*

It often takes two to four weeks for antidepressants to start having an effect, and six to 12 weeks for antidepressants to have their full effect. In some cases, people may have to try various doses and different antidepressants before finding the one or the combination that is most effective. Friends and relatives will sometimes notice an improvement on medication before the depressed person will notice any changes. Antidepressants are not habit forming, however they should not be stopped abruptly as withdrawal symptoms (muscle aches, stomach upset, headaches) may occur.

### *Psychotherapy*

There are several types of psychotherapy that have been shown to be effective for depression, including cognitive behavioral therapy (CBT) and interpersonal therapy (IPT). In general, these two types of therapies are short-term; treatments usually last only 10-20 weeks. Research has shown that mild to moderate depression can often be treated successfully with either medication or psychotherapy alone. However, severe depression appears more likely to respond to a combination of these two treatments.

***Cognitive behavioral therapy (CBT)*** helps to change the negative thinking and behavior associated with depression while teaching people how to unlearn the behavioral patterns that contribute to their illness. The goal of this therapy is to recognize negative thoughts or mindsets (e.g., "I can't do anything right") and replace them with positive thoughts (e.g., "I can do this correctly"), leading to more effective, beneficial behavior. It is also noted that simply changing one's behavior can lead to an improvement in thoughts and mood. This might be as simple as leaving the house and taking a 15-minute walk every day.

*Interpersonal therapy (IPT)* focuses on improving personal relationships that may contribute to a person's depression. The therapist teaches people to evaluate their interactions with others and to become aware of self-isolation and difficulties getting along with, relating to or understanding others.

*Psychodynamic therapy* is often more available than CBT and IPT in many communities, but researchers in depression recommend it less often due to a relative lack of data indicating that it works for this condition. In fact, one study found that psychodynamic psychotherapy was no more effective than a placebo for depression.

*Psychoeducation* involves teaching a person about his or her illness, how to treat it and how to recognize signs of relapse so that he or she can get necessary treatment before the illness worsens or occurs again.

*Family psychoeducation* helps to reduce distress, confusion and anxieties within the family and can help the person recover.

*Self-help and support groups* for people and families dealing with mental illnesses are becoming more widely available. In this venue, people rely on their lived experience to share frustrations and successes, referrals to qualified specialists and community resources and information about what works best when trying to recover. They also share friendships and hope for themselves, their loved ones and others in the group.

#### *Electroconvulsive Therapy (ECT)*

ECT is a highly effective treatment for severe depression episodes and for severe depression with psychosis. When medication and psychotherapy are not effective in treating severe symptoms—such as acute psychosis or thoughts of suicide—or if a person cannot take antidepressants, ECT may be considered. ECT can be combined with antidepressants for some individuals. Memory problems can follow ECT treatments, so a careful risk-benefit assessment needs to be made for this important and effective intervention.

#### *Transcranial Magnetic Stimulation (TMS)*

In October 2008, the FDA cleared the use of TMS for major depression. Early returns indicate it to be a low-risk intervention that may help a person who has not responded to one antidepressant trial. At this time, TMS does not appear to be effective for major depression with psychotic features. More will be learned about this new treatment as research continues.

#### *Complementary and Alternative Medicine (CAM)*

CAM refers to alternative forms of medicine that are not considered part of conventional (Western) medicine. In recent years, CAM has become increasingly popular, but no CAM strategy has won the FDA approval. While there is still limited data showing support for many CAM practices and some inconsistency in results, there are studies which

support the usefulness of CAM strategies that are considered to have minimal if any adverse effects. One practice that has shown some promise for the treatment and management of bipolar disorder, as well as other mental illnesses, are omega-3 fatty acids, which are commonly found in fish oil. Some researchers hypothesize that omega-3 may be beneficial in treating mental illness because of its ability to protect or supports the replenishing of neurons and connections in areas of the brain that are affected by these illnesses.

#### *Aerobic Exercise*

Studies and literature now support that aerobic exercise can aid in treating mild depression. A 2005 study at the University of Texas Southwest Medical Center was the first study to look at exercise alone in treating mild to moderate depression in adults aged 20-45 showed that depressive symptoms were reduced almost 50 percent in individuals who participated in 30-minute aerobic exercises three to five time a week. Harvard Medical school notes exercise enhances the action of endorphins, and endorphins reduce the perception of pain as well as potentially have the ability to improve mood. In addition, exercise stimulates the neurotransmitter norepinephrine, which may directly improve a person's mood. For mild to moderate depression, aerobic exercise is usually a key component to a treatment plan. For more on exercise and wellness, visit NAMI's Hearts & Minds program.

#### *Friends and Family*

There are many actions a caregiver can take to provide help to a loved one living with depression. Offering emotional support, talking a listening carefully to what a loved one is experiencing and learning about the illness so you can understand what your friend or relative is experiencing are all great ways to be supportive.

Caregivers also need support and the opportunity to talk to people who understand and can help. It is common for both the person living with the illness and family members to experience grief because of the drastic changes in their lives and the trauma that previous episodes may have caused.

Individuals living with mental illness, and their families, must work together to discuss past episodes so that they can clearly recognize the early signs of a developing episode. Whatever the indicator of possible relapse is, everyone should agree on what the objective signs of a possible episode are.

#### National Institute of Mental Health (NIMH)

**Antidepressants** primarily work on brain chemicals called neurotransmitters, especially serotonin and norepinephrine. Other antidepressants work on the neurotransmitter dopamine. Scientists have found that these particular chemicals are involved in regulating mood, but they are unsure of the exact ways that they work. The latest information on medications for treating depression is available on the U.S. Food and Drug Administration (FDA) website.

All antidepressants must be taken for at least 4 to 6 weeks before they have a full effect. You should continue to take the medication, even if you are feeling better, to prevent the depression from returning.

Medication should be stopped only under a doctor's supervision. Some medications need to be gradually stopped to give the body time to adjust. Although antidepressants are not habit-forming or addictive, suddenly ending an antidepressant can cause withdrawal symptoms or lead to a relapse of the depression. Some individuals, such as those with chronic or recurrent depression, may need to stay on the medication indefinitely.

### *Psychotherapy*

Several types of psychotherapy—or "talk therapy"—can help people with depression.

Two main types of psychotherapies—cognitive-behavioral therapy (CBT) and interpersonal therapy (IPT)—are effective in treating depression. CBT helps people with depression restructure negative thought patterns. Doing so helps people interpret their environment and interactions with others in a positive and realistic way. It may also help you recognize things that may be contributing to the depression and help you change behaviors that may be making the depression worse. IPT helps people understand and work through troubled relationships that may cause their depression or make it worse.

For mild to moderate depression, psychotherapy may be the best option. However, for severe depression or for certain people, psychotherapy may not be enough. For teens, a combination of medication and psychotherapy may be the most effective approach to treating major depression and reducing the chances of it coming back. Another study looking at depression treatment among older adults found that people who responded to initial treatment of medication and IPT were less likely to have recurring depression if they continued their combination treatment for at least 2 years.

### Pfizer

#### **How is depression treated?**

According to the Canadian Mental Health Association, depression is the most treatable of mental illnesses. Treatments generally depend on the type and severity of depression you have. Most milder cases will be managed by a family physician, who can treat you with medication, counselling, or a mix of both. Your doctor will also be able to refer you to other community resources. More severe cases can lead to a referral to a psychiatrist, who can then treat you as an outpatient, or may even admit you to a hospital if necessary.

The treatments most commonly used for clinical depression include medications, psychoeducation, psychotherapy, and sometimes electroconvulsive therapy is recommended. These treatments can be used alone or in combination. Often, it is helpful for a person's loved ones to learn about depression, which can be done through reading,

speaking with a mental health professional, or attending family and caregiver support and education groups.

### *Medications*

Medications are used quite successfully to treat depression, often with psychotherapy. Early intervention with medications can help prevent a severe depression, and allow people to use talk therapy more efficiently. For severe depressions, medications may help people get back to regular routines and activities by restoring their moods to more normal levels.

The different types of antidepressants are generally categorized by which natural chemicals they affect in your brain to help change your mood. They can also be broken down into categories of older and newer drugs. The following chart provides a very brief overview of several types of antidepressants currently available in Canada.

Medications are often increased gradually to optimize their effects. The first weeks may be more about managing any side effects rather than real symptom relief, which can take a while to begin for some. But don't be discouraged, the side effects can be managed, on the way to realizing your symptom relief.

### *Psychoeducation*

This part of therapy focuses on helping patients and their family members and partners learn about depression and its treatment, and even how to deal with any concerns about the stigma of mental illness. For the patient, this process can provide an opportunity to talk about feelings related to living and learning to cope with depression. It can take place in groups or in one-on-one counselling with a healthcare professional.

For family or partners, psychoeducation is meant to shed some light on what the affected person is going through. Ways to help the patient are discussed, as well as the limitations to any help that can be offered by loved ones. Family and friends can meet directly with the healthcare providers of their loved one, or go to family support and education groups.

### *Psychotherapy*

Psychotherapy is a term used to describe treatment that involves talking through issues with a psychotherapist. This form of therapy is meant to relieve distress by allowing patients to talk about and express feelings, by helping to change attitudes, behavior and habits that may be contributing to depression, and by exploring more helpful or adaptive ways of coping. It is often used along with medication in the treatment of depression.

Many different healthcare professionals are trained in the various models of psychotherapy, including doctors, social workers, psychologists and other mental health professionals. Whether administered in a hospital, clinic,



or private practice, psychotherapy is built upon a trusting, supportive and comfortable relationship between patient and therapist.

Common types of psychotherapy include:

- **Short-term therapy**, which usually lasts up to 16 weeks, and focuses on current events, not past ones. May involve interpersonal therapy to examine the role of relationships to the disorder, or cognitive behavioral therapy (CBT) to explore how negative thoughts and interpretations of events may be contributing to depression;
- **Long-term therapy**, which may last a year or more, and is more broad in focus. Often explores relationship of childhood events and current triggers to depression;
- **Group therapy**, which usually involves 8 to 12 patients led by one or two mental health professionals who guide the process and provide structure and direction when needed.

#### *Electroconvulsive therapy (ECT)*

Also known as shock therapy, electroconvulsive therapy has been around for years, and misunderstood for almost all that time. This is due in part to the rather crude procedure practiced in its early years, which led to short- and long-term memory loss. Fortunately, most patients recovered from these effects after about six months.

Interestingly, ECT remains the most effective treatment for clinical depression. It is often used as a last resort, however, as it still arouses fear in people, and remains shrouded in misconceptions. Less intrusive therapies, such

#### Société pour les troubles de l'humeur du Canada

Après avoir reconnu qu'ils ont besoin d'aide, la plupart des gens se tournent vers leur médecin de famille. Le médecin de famille se fie à la description que le patient fait de ses symptômes émotifs et comportementaux afin d'établir un diagnostic. On décrit souvent la dépression comme étant un « déséquilibre chimique » dans le cerveau. Cela signifie que certains neurotransmetteurs (les éléments chimiques du cerveau) ne sont pas au niveau où ils devraient être afin de maintenir une humeur positive. Les neurotransmetteurs qui influent sur l'humeur sont la sérotonine, la noradrénaline et la dopamine.

#### **Médicaments**

Le traitement le plus courant pour la dépression comporte des médicaments conçus pour augmenter les niveaux de ces neurotransmetteurs et, par le fait même, améliorer l'humeur. Des faits probants démontrent que les personnes atteintes d'une légère dépression devraient opter pour d'autres interventions au début, telles que la psychothérapie et des changements quant au mode de vie. Cependant, une grave dépression nécessite des médicaments (de concert avec d'autres traitements) afin

d'atteindre le rétablissement. Le sujet traitant des médicaments et de la dépression est complexe. Il existe plusieurs marques comportant différentes formules chimiques, chacune conçue pour agir un peu différemment sur le cerveau. Il faut aussi tenir compte des effets secondaires. De plus, ces médicaments n'agissent pas immédiatement sur l'humeur. Leur effet peut se faire attendre pendant deux à huit semaines – une expérience frustrante si vous n'avez pas obtenu le bon médicament dès le premier essai et que vous devez à présent essayer autre chose. N'abandonnez pas – vous finirez par trouver le médicament qui vous convient. Voici un aperçu des antidépresseurs les plus prescrits. Ils sont regroupés en catégories en fonction de leur composition chimique et des neurotransmetteurs sur lesquels ils agissent.

### **Anciens antidépresseurs**

**Antidépresseurs tricycliques** : Ils augmentent les niveaux de sérotonine et de noradrénaline. En voici des exemples : nortriptyline (Pamelor ou Aventyl – également appelé Norventyl), desipramine (Norpramin), amitriptyline (Elavil) et imipramine (Tofranil).

**Inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO)** : ils interviennent dans la dégradation des neurotransmetteurs associés à la dépression et les gardent à des niveaux propres à améliorer l'humeur. En voici des exemples : phénelzine (Nardil), et isocarboxazide (Marplan).

Ces catégories d'antidépresseurs plus anciens sont toujours prescrites pour certaines personnes puisqu'elles leur convient. Cependant, elles comportent de nombreux effets secondaires dont la somnolence, la sécheresse de la bouche, le gain de poids, la constipation, une vision embrouillée et la dysfonction érectile.

### **Nouveaux antidépresseurs**

Ces antidépresseurs fonctionnent quelque peu différemment, mais leur principal avantage réside dans la diminution des effets secondaires.

**Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)** : Ils augmentent les niveaux de sérotonine dans le cerveau. Parmi les effets secondaires, on retrouve la nausée, l'augmentation de l'appétit et la dysfonction érectile. En voici des exemples : fluoxétine (médicament d'origine : Prozac), paroxétine (médicament d'origine : Paxil), sertraline (médicament d'origine : Zoloft), citalopram (médicament d'origine : Celexa), et Cipralex (escitalopram).

**Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine/noradrénaline (ISRSN)** : On pense que ce groupe de médicaments agit à la fois sur la sérotonine et la noradrénaline présents dans le cerveau. Voici des exemples de ces antidépresseurs : la venlafaxine XR (Effexor XR), la duloxétine (Cymbalta) et le succinate de desvenlafaxine (Pristiq).

Inhibiteurs sélectifs de la recaptation de la noradrénaline et de la dopamine (ISRND) : Un exemple d'ISRND est le bupropion (Wellbutrin). Ils entraînent moins d'effets secondaires liés à la dysfonction érectile.

Antipsychotiques pour le traitement de la dépression : Dans certains cas, un antipsychotique peut être utilisé en plus d'un antidépresseur. Voici des exemples de médicaments indiqués pour un tel usage : le fumarate de quétiapine (Seroquel, formule originale, et Seroquel XR, libération prolongée). Ces médicaments sont approuvés pour le traitement des phases maniaque et dépressive du trouble bipolaire. Trouver le bon médicament nécessite des visites régulières chez le médecin et le pharmacien. Ces derniers peuvent aider leurs patients dans leur recherche avec le soutien de la famille et des amis.

### **Électroconvulsothérapie**

L'électroconvulsothérapie implique de faire passer un bref courant électrique à travers le cerveau. Elle est administrée sous anesthésie. On a recours à l'électroconvulsothérapie particulièrement chez les personnes qui ne réagissent pas bien aux antidépresseurs ou qui représentent un risque élevé de suicide. Bien que la recherche démontre que l'électroconvulsothérapie est efficace, elle demeure controversée particulièrement lorsqu'il s'agit des effets secondaires signalés. Il est important de mener sa propre enquête (ou de laisser les proches s'en charger si vous ne pouvez le faire) au sujet de l'électroconvulsothérapie avant d'opter pour ce traitement pour soi-même.

### **Psychothérapie**

La recherche a démontré que les médicaments combinés à la thérapie constituent la façon la plus efficace de traiter la dépression. Il existe différentes formes de thérapie. Interpersonnelle – un patient et son thérapeute explorent les blessures du passé, les relations présentes et les objectifs futurs, en examinant comment s'y prendre pour en arriver à une vie plus saine. Par définition, la thérapie conjugale ou familiale fait en sorte qu'un patient et ses proches participent à des séances communes où ils examinent comment établir de meilleurs rapports entre eux. La thérapie de groupe rassemble les personnes qui ont en commun un problème particulier afin qu'elles examinent certaines façons de faire – ou choix qu'elles ont faits – qui leur ont apporté des difficultés. Les membres du groupe mettent également en commun des conseils et des stratégies d'adaptation pour une vie plus saine.

La thérapie comportementale cognitive (TCC) est le modèle de thérapie qu'on associe le plus au traitement de la dépression ou de l'anxiété. La TCC a fait l'objet d'une recherche approfondie et a donné des résultats positifs. L'idée de base de la TCC est que nos pensées (cognitions) influent sur la manière dont on se sent (l'humeur) et mène à des agissements (comportements). Tout compte fait, il est difficile de déterminer lequel est arrivé en premier; les pensées et les humeurs négatives qui conduisent à des comportements malsains – ou des comportements malsains qui conduisent à des humeurs ou à des pensées négatives.

### **Psychoéducation et autogestion**

La psychoéducation est le nom donné à des groupes officiels à vocation éducative – dirigés par des professionnels de la santé mentale – qui aident à comprendre la dynamique de la dépression, les choix de traitement et les ressources d'aide disponibles. L'autogestion joue un rôle majeur dans l'autonomisation et le rétablissement. Cela signifie que la personne commence à assumer ses responsabilités quant à l'acquisition de connaissances liées à sa maladie et elle fait l'expérience de mécanismes d'adaptation afin d'améliorer ses habiletés d'autogestion.

### **Soutien des pairs et effort autonome**

Plusieurs sont d'avis que rien ne peut remplacer le fait d'être parmi ceux qui « ont déjà passé par là ». Les pairs ne sont pas des soignants professionnels, mais plutôt des compagnons de route qui ont souffert de dépression et se sont battus pour se rétablir – tout comme vous. Dans de rares circonstances, les pairs peuvent être rémunérés par des organismes œuvrant en santé mentale afin de rendre visite à des patients et d'offrir un soutien ou de diriger des programmes à l'intention des pairs. La plupart du temps, il s'agit de bénévoles non rémunérés qui veulent empêcher que d'autres personnes aient à subir la souffrance qu'ils ont subie. L'entraide ou l'aide mutuelle est une autre forme de soutien des pairs où ces derniers se rassemblent en groupes. L'effort autonome se caractérise par la sécurité – on se trouve parmi des gens qui comprennent, ce qui fait qu'on peut se vider le cœur sans craindre d'être jugé. Chacun a quelque chose à donner et tous les membres donnent et reçoivent du soutien.

### **Mener une vie équilibrée**

Tout comme les personnes qui ont été aux prises avec des maladies physiques, les personnes qui ont subi la dépression doivent faire l'examen de leur mode de vie. L'alimentation, l'exercice, le sommeil, les amis et le développement d'habiletés saines permettant de s'adapter au stress sont des éléments importants du rétablissement. De fait, on a démontré que l'exercice (même à petite dose) soulage les symptômes de la dépression. Le fait de prendre le temps d'étudier votre mode de vie et de faire les ajustements nécessaires conduit à une meilleure estime de soi et à une vie plus équilibrée.

### Jeunesse j'écoute

Une dépression qui s'étend sur une longue période peut avoir des conséquences négatives sur ta santé, ta vie sociale et tes travaux scolaires. Il est très important de chercher l'aide d'un professionnel si tu éprouves, pendant plus de deux semaines, quatre ou cinq des symptômes énumérés ci-dessus.

Seul un médecin peut diagnostiquer la dépression. Il existe trois façons de traiter la plupart des types de dépression :

- avec médicament;
- avec thérapie;
- une combinaison des deux méthodes.

Lors de la thérapie, tu peux parler en toute confiance de tes sentiments avec un professionnel formé pour t'aider à comprendre et à modifier les comportements, les pensées ou les relations qui causent ta dépression. Rappelle-toi que les intervenants sont des professionnels qui veulent t'aider et qui comprennent ce que tu vis.

Si un médecin te prescrit des médicaments antidépresseurs pour t'aider à te remonter le moral, tu dois les prendre tel qu'indiqué. Avise ton médecin dès que tu cesses de prendre tes médicaments. Si tu as des questions sur les médicaments que tu prends, parles-en au médecin qui te les a prescrits.

**Appendice B**  
Tableaux de compilation des données

Tableau 4

*Compilation des données (Définition de la dépression)*

	<b>Total</b>		
Jeunesse J'écoute			•
Société des troubles de l'humeur du Canada	•		
Pfizer			•
National Institute of Mental Health	•	•	
National Alliance on Mental Illness	•	•	
Mood disorders association of Ontario			•
Ministère de la santé et des services sociaux	•	•	
Mental Health Canada			•
Mental Health America		•	
La dépression fait mal	•	•	
Institut universitaire en santé mentale de Québec			•
Fondation des maladies mentales			•
Douglas institut universitaire en santé		•	
Depression and bipolar support alliance	•		
Canadian Mental Health Association		•	
Association des médecins psychiatres du Québec	•	•	
American Psychiatric Association	•	•	
<b>Condition médicale sérieuse</b>	<b>8</b>		
<b>Problème commun</b>		<b>9</b>	
<b>Différence tristesse/dépression</b>			<b>13</b>
<b>Plus fréquent chez la femme</b>			<b>4</b>
<b>Facteurs multiples (biopsychosocial)</b>			<b>2</b>
<b>Plusieurs aspects de la vie affectés</b>			<b>9</b>
<b>Doit/peut être traitée</b>			<b>9</b>
<b>Débalancement chimique</b>			<b>2</b>

Tableau 4

*Compilation des données (Définition de la dépression) (suite)*

	<b>Total</b>	
	Jeunesse J'écoute	
	Société des troubles de l'humeur du Canada	●
	Pfizer	
	National Institute of Mental Health	
	National Alliance on Mental Illness	●
	Mood disorders association of Ontario	
	Ministère de la santé et des services sociaux	●
	Mental Health Canada	
	Mental Health America	●
	La dépression fait mal	●
	Institut universitaire en santé mentale de Québec	
	Fondation des maladies mentales	●
	Douglas institut universitaire en santé	●
	Depression and bipolar support alliance	●
	Canadian Mental Health Association	
	Association des médecins psychiatres du Québec	●
	American Psychiatric Association	●
Ne pas hésiter à chercher traitement		3
Lien avec histoire familiale		3
Début ado. ou jeune adulte		2
Symptômes du DSM		5
Peut arriver à n'importe qui		3
Maladie chronique		2



Tableau 5

*Compilation des données (Causes de la dépression)*

	<b>Total</b>
Jeunesse J'écoute	●
Société des troubles de l'humeur du Canada	●
Pfizer	●
National Institute of Mental Health	●
National Alliance on Mental Illness	●
Mood disorders association of Ontario	●
Ministère de la santé et des services sociaux	●
Mental Health Canada	●
Mental Health America	●
La dépression fait mal	●
Institut universitaire en santé mentale de Québec	●
Fondation des maladies mentales	●
Douglas institut universitaire en santé	●
Depression and bipolar support alliance	●
Canadian Mental Health Association	●
Association des médecins psychiatres du Québec	●
American Psychiatric Association	●
<b>Plusieurs facteurs (biopsychosocial)</b>	<b>12</b>
<b>Déb. Chimique du cerveau</b>	<b>13</b>
<b>Forme hyp. déb. Chimique</b>	<b>5</b>
<b>Génétique/familial</b>	<b>14</b>
<b>Personnalité/facteurs psycho.</b>	<b>8</b>
<b>Événements de vie Facteurs env.</b>	<b>15</b>
<b>Condition méd./maladie phys.</b>	<b>10</b>









**Appendice C**  
Description de contenu

### **3.1 Définition**

#### Condition médicale sérieuse

Exprime l'idée que la dépression est une maladie ou une condition médicale sérieuse qui ne doit pas être prise à la légère.

#### Problème commun

Statistiques appuyant le fait que la dépression est un problème commun partagé par une partie significative de la population (entre 5 et 20 % selon les sources).

#### Différence tristesse/dépression

La dépression est différente de la tristesse ou de la déprime dans son intensité, sa durée et les conséquences qu'elle a sur la vie des gens qui en souffrent. On ne peut pas simplement « prendre sur soi » pour s'en sortir.

#### Plus fréquent chez la femme

La dépression est plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Cette idée peut être appuyée par des statistiques.

#### Biologie, hérédité, environnement etc...

La dépression est associée entre autres à des facteurs héréditaires, biologiques et environnementaux. Insiste sur la multiplicité des causes et des éléments impliqués.

#### Plusieurs aspects de la vie sont affectés

La dépression affecte les sphères sociales, professionnelles et familiales. Elle influence les pensées, les comportements et les émotions et peut avoir des conséquences sur la santé physique.

#### Besoin de traitements/efficacité des traitements

S'ils ne sont pas traités, les symptômes de dépression peuvent demeurer ou devenir plus graves. Les gens qui souffrent de dépression ont besoin de traitements. La dépression est traitable et guérissable. Les traitements sont efficaces et reconnus.

#### Neurotransmetteurs/base biologique

Il existe une base biologique à la dépression. Les neurotransmetteurs du cerveau sont impliqués dans la dépression.

#### Pas un signe de faiblesse

La dépression n'est pas un signe de faiblesse. Les gens ne devraient pas avoir peur d'avoir l'air faible en cherchant de l'aide pour une dépression.

#### Lien avec histoire familiale

L'apparition de la dépression peut être en lien avec l'histoire familiale de la personne qui en souffre.

Début adolescence/jeune adulte

Les premiers épisodes dépressifs apparaissent généralement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte.

Symptômes DSM

Énumération des symptômes du DSM pour définir la dépression.

Peut arriver à n'importe qui

La dépression peut arriver à n'importe qui, peu importe son âge, son sexe, son origine ethnique ou sa position sociale.

Maladie chronique

La dépression est une maladie chronique qui perdure tout au long de la vie.

**3.2 Causes**Condition médicale sérieuse

Exprime l'idée que la dépression est une maladie ou une condition médicale sérieuse qui ne doit pas être prise à la légère.

Problème commun

Statistiques appuyant le fait que la dépression est un problème commun partagé par une partie significative de la population (entre 5 et 20 % selon les sources).

Différence tristesse/dépression

La dépression est différente de la tristesse ou de la déprime dans son intensité, sa durée et les conséquences qu'elle a sur la vie des gens qui en souffrent. On ne peut pas simplement « prendre sur soi » pour s'en sortir.

Plus fréquent chez la femme

La dépression est plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Cette idée peut être appuyée par des statistiques.

Biologie, hérédité, environnement etc...

La dépression est associée entre autres à des facteurs héréditaires, biologiques et environnementaux. Insiste sur la multiplicité des causes et des éléments impliqués.

Plusieurs aspects de la vie sont affectés

La dépression affecte les sphères sociales, professionnelles et familiales. Elle influence les pensées, les comportements et les émotions et peut avoir des conséquences sur la santé physique.



Besoin de traitements/efficacité des traitements

S'ils ne sont pas traités, les symptômes de dépression peuvent demeurer ou devenir plus graves. Les gens qui souffrent de dépression ont besoin de traitements. La dépression est traitable et guérissable. Les traitements sont efficaces et reconnus.

Neurotransmetteurs/base biologique

Il existe une base biologique à la dépression. Les neurotransmetteurs du cerveau sont impliqués dans la dépression.

Pas un signe de faiblesse

La dépression n'est pas un signe de faiblesse. Les gens ne devraient pas avoir peur d'avoir l'air faible en cherchant de l'aide pour une dépression.

Lien avec histoire familiale

L'apparition de la dépression peut être en lien avec l'histoire familiale de la personne qui en souffre.

Début adolescence/jeune adulte

Les premiers épisodes dépressifs apparaissent généralement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte.

Symptômes DSM

Énumération des symptômes du DSM pour définir la dépression.

Peut arriver à n'importe qui

La dépression peut arriver à n'importe qui, peu importe son âge, son sexe, son origine ethnique ou sa position sociale.

Maladie chronique

La dépression est une maladie chronique qui perdure tout au long de la vie.

**3.3 Traitements**Nécessité d'une évaluation approfondie et multidisciplinaire

Une évaluation approfondie par plusieurs professionnels différents est nécessaire avant d'aboutir à un diagnostic d'épisode dépressif majeur.

Antidépresseurs pour corriger un déséquilibre chimique dans le cerveau

La dépression est associée à un déséquilibre chimique au niveau de certains neurotransmetteurs du cerveau. Les antidépresseurs agissent pour corriger ce déséquilibre chimique et ramener l'équilibre. Les neurotransmetteurs impliqués dans la dépression sont la sérotonine et la noradrénaline.

#### Antidépresseurs ne causent pas de dépendance

Les AD ne causent pas de dépendance. Les gens qui souffrent de dépression ne devraient pas avoir peur d'en consommer sous peur d'en devenir dépendants.

#### Améliorations après 1-4 semaines

Une personne qui commence à prendre des AD doit attendre de 1 à 4 semaines avant de ressentir une différence au niveau de son humeur.

#### Quelques mois sur AD avant de ressentir les effets maximums

Une personne qui commence à prendre des antidépresseurs doit attendre quelques mois avant de ressentir les effets maximums sur son humeur et son niveau de fonctionnement.

#### Consommer AD +/- 6 mois après la rémission

Une personne qui prend des antidépresseurs et voit ses symptômes diminuer ou disparaître doit attendre une période de plus ou moins 6 mois avant de cesser de les prendre afin de diminuer le risque de récurrence.

#### Utilisation à long-terme pour dépression chronique

Certaines personnes souffrant de dépression chronique devront prendre des antidépresseurs toute leur vie.

#### Efficacité de la psychothérapie

Les traitements psychothérapeutiques sont efficaces pour traiter la dépression. Une personne qui souffre de dépression a davantage à s'impliquer dans un processus de psychothérapie.

#### Efficacité combinaison AD/PT

La psychothérapie combinée à la prise d'antidépresseurs constitue le traitement le plus efficace contre la dépression.

#### Efficacité thérapie de couple/de groupe

La thérapie de groupe ou de couple (approche systémique) peut être utile pour traiter la dépression

#### Rémission possible/ne pas hésiter à consulter

Une personne qui constate des symptômes de dépression chez elle ne devrait pas hésiter à consulter un médecin puisque la rémission est possible et qu'il est possible d'obtenir de l'aide.

#### Nécessité de voir un médecin/psychiatre

Une personne qui constate des symptômes de dépression devrait consulter un médecin ou un psychiatre. Les médecins et les psychiatres sont les professionnels de la santé qui sont formés pour traiter la dépression.

Efficacité de la thérapie cognitive-comportementale et de la thérapie interpersonnelle

La TCC et la thérapie interpersonnelle sont efficaces dans le traitement de la dépression. L'efficacité de ces deux types de thérapie a été prouvée scientifiquement.

Ajustement de la dose et/ou du type d'AD

Si le patient ne sent pas mieux après quelques semaines, il doit en parler à son médecin afin que celui-ci puisse ajuster la dose et/ou le type d'AD que consomme le patient.

Efficacité des AD

Les antidépresseurs sont efficaces dans le traitement de la dépression. Ils permettent de rétablir l'équilibre chimique des neurotransmetteurs du cerveau.

Existence de traitements efficaces

Des traitements existent pour la dépression. La plupart des gens y réagissent bien.

Thérapie électroconvulsive efficace

Pour certaines personnes qui ne réagissent pas à la médication ou à la thérapie et dont la dépression est chronique et sévère, la thérapie électroconvulsive peut constituer un traitement alternatif potentiel. La TEC n'est pas dangereuse.

Réseau de support

Un réseau de support solide et un entourage social empathique peuvent aider à traiter la dépression.

Explication des caractéristiques de la psychothérapie

Les différents types de psychothérapies et leurs caractéristiques sont expliqués

Modifications du style de vie

Des modifications au style de vie et des changements dans les habitudes et l'hygiène de vie peuvent avoir un impact sur les symptômes de la dépression

Efficacité luminothérapie

Pour les gens souffrant de dépression saisonnière, la luminothérapie peut constituer une option de traitement.

Explication types d'AD

Explication à propos des types d'antidépresseurs, sur quels neurotransmetteurs ils agissent et de quelle façon ils fonctionnent dans le corps

Explication effets secondaires

Les effets secondaires possibles suite à la prise d'antidépresseurs sont expliqués

#### Existence de traitements alternatifs

Des traitements alternatifs aux principaux traitements proposés (médication et psychothérapie) existent et peuvent être utilisés pour traiter les symptômes de dépression.

#### AD ne devraient pas être arrêtés abruptement

Une personne qui prend des antidépresseurs doit en parler à son médecin avant d'arrêter de les prendre. Arrêter une médication brusquement peut occasionner une rechute

#### Efficacité de l'exercice physique

Un mode de vie actif peut aider à améliorer les symptômes de la dépression. L'activité physique est efficace pour les dépressions légères et modérées.

#### Efficacité de la psychoéducation

La psychoéducation est une méthode efficace pour traiter certains symptômes de la dépression