

La dépression, mal du siècle ?

Hugo BOTTEMANNE

LES CARNETS DE L'INSTITUT DIDEROT

La dépression, mal du siècle ?

Hugo BOTTEMANNE

NOVEMBRE 2022

Sommaire

Avant-propos

André Comte-Sponville

p. 7

La dépression, mal du siècle ?

Hugo Bottemanne

p. 13

Questions de la salle

p. 47

Les publications de l'Institut Diderot

p. 67

Avant-propos

Pourquoi inviter un psychiatre à l'Institut Diderot ? Parce que nous avons le sentiment que la France s'enfonçait dans une sorte de déprime, qui nous semblait à la fois mystérieuse et inquiétante. Jean-Claude Seys, Président de notre institut, m'en fit un jour la remarque : « C'est quand même étonnant ! La France n'a jamais été aussi riche (le PIB a dépassé en 2022 celui, jusque-là inégalé, de 2019), l'État n'a jamais autant dépensé (59 % du PIB, record absolu, soit 13 points de plus que les prélèvements obligatoires, donc à crédit), et les Français n'ont jamais été aussi mécontents ! » Cherchez l'erreur ! Il nous semblait au moins possible qu'elle ne soit pas d'ordre intellectuel mais relève plutôt de ce que Gilles Deleuze, à propos de Spinoza, appelait les « passions tristes » (la haine, la colère, la peur, l'envie, le regret...), qui viennent obscurcir ou perturber le jugement.

Notre hypothèse rejoignait le constat, si joliment paradoxal, de l'écrivain Sylvain Tesson : « La France est un paradis dont les habitants se croient en enfer. » On pourrait lui objecter qu'il y a beaucoup de misère, de souffrances et d'injustices dans notre pays. Il en serait vraisemblablement d'accord. Mais lui, qui a beaucoup

voyagé, sait bien que ce n'est pas mieux ailleurs, ou plutôt que dans la plupart des pays, moins riches ou moins protecteurs, c'est bien pire !

Bref, il nous a semblé qu'une part au moins du pessimisme ambiant pouvait relever de la psychologie, voire de la psychopathologie, et que cela justifiait qu'on s'interroge à nouveaux frais sur la frontière, dans ces domaines, entre le normal et le pathologique. D'où l'invitation du docteur Hugo Bottemanne, psychiatre (il est chef de clinique à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière) mais aussi chercheur en neurosciences et en philosophie... Merci à lui d'avoir accepté le sujet que nous lui avons proposé (« La dépression : mal du siècle ? »), et de l'avoir si richement et clairement traité.

Que nous dit-il ? Que la dépression est « la plus vague et la plus universelle des affections de l'esprit ». On ne connaît pas de société qui en soit exempte, et sa prévalence tend à s'accroître, au point qu'on peut actuellement parler d'une épidémie : on estime qu'il y a quelque 300 millions de dépressifs dans le monde. Sont-ils proportionnellement plus nombreux en France ? C'est difficile à évaluer, tant les critères diagnostiques peuvent varier d'un pays à l'autre. Mais, chaque année, 10 % de nos compatriotes ont des idées suicidaires, quelque 200 000 d'entre eux font une tentative de suicide, dont environ 10 000 en mourront, ce qui constitue un taux de suicide sensiblement supérieur à la moyenne européenne et la « deuxième cause de mortalité pour les 10-25 ans, juste après les accidents de la route ». Problème de santé

publique, donc, qui ne concerne pas les seuls médecins ou malades, mais l'ensemble de notre collectivité – et chacun d'entre nous, individuellement, dans ce qu'il a de plus fragile ou douloureux.

Qu'est-ce que la dépression ? Un trouble de l'humeur, qui se caractérise moins par la tristesse (on peut être triste sans être dépressif, voire être dépressif sans être triste) que par l'anhédonie (l'incapacité à ressentir du plaisir, le fait de n'avoir plus de goût à rien), le vide affectif, l'asthénie (une fatigue extrême, qui ne s'améliore pas, voire empire, avec le repos), des troubles du sommeil, la démotivation, l'incapacité à agir (le burn out est une forme de dépression « en contexte professionnel »), enfin la rumination d'idées noires, autrement dit de croyances exagérément pessimistes ou de jugements dépréciatifs, que ce soit sur soi-même, sur le monde ou sur l'avenir.

Tous ces troubles, observe notre psychiatre, ne sont pas sans rapport avec la condition humaine ordinaire, spécialement quand les religions reculent, quand les liens sociaux ou familiaux se détendent ou se délitent, quand les valeurs elles-mêmes semblent incertaines ou obsolètes (ce que Durkheim appelait « l'anomie », où il voyait, en tant que sociologue, une cause majeure de suicides). Pas besoin d'être dépressif pour être malheureux, inquiet ou désabusé ! Hugo Bottemanne, citant Cioran, va jusqu'à évoquer « une spiritualité de la dépression », qui étonne souvent par son réalisme ou sa lucidité : la vision du déprimé « peut parfois être nette, chirurgicale, détaillant l'inanité de l'existence avec la précision d'un horloger

disséquant un mécanisme complexe ». On pense à l'étonnante et profonde formule de Gérard de Nerval, lui-même maniaco-dépressif et qui finira par se pendre (mais c'est une idée qu'on trouve aussi chez Freud) : « La mélancolie est une maladie qui consiste à voir les choses comme elles sont. » N'oublions pas pourtant les distorsions cognitives et affectives qui vont avec (la pathologie de la croyance, des affects et de la motivation), lesquelles distinguent la dépression, comme maladie, du simple sentiment du malheur, du tragique ou de la difficulté de vivre (ce que notre conférencier appelle « les états normaux de tristesse, de deuil ou d'angoisse »). C'est par quoi peut-être l'exposé du docteur Bottemanne sera le plus utile au plus grand nombre d'entre nous : en décrivant les symptômes de la dépression et en précisant les critères qui permettent de la distinguer d'humeurs normalement sombres ou accablées, il nous aide à y voir plus clair sur nous-mêmes et sur les autres !

Ajoutons, avant de lui laisser la parole, qu'il a le bon goût de terminer par deux bonnes nouvelles.

La première, c'est l'efficacité des antidépresseurs, qu'il ne faut pas confondre avec les anxiolytiques, ce qui confirme que la dépression, même d'origine psychique, est bien aussi « un trouble cérébral ». La thérapie médicamenteuse, par ses succès, éclaire en retour l'étiologie (« le traitement devient un outil pour comprendre le phénomène »), ce qui apporte de l'eau au moulin des monistes (ceux qui pensent, comme Spinoza, Hugo Bottemanne ou votre serviteur, que « l'âme et le corps sont une seule et même

chose »), sans invalider en rien les facteurs sociaux ou affectifs de la dépression, ni l'efficacité des démarches psychothérapeutiques (l'une des voies les plus prometteuses, dans le traitement de la dépression, étant « la combinaison de traitements pharmacologiques et psychothérapeutiques »).

La seconde bonne nouvelle, qui m'a davantage surpris, c'est que « l'évolution naturelle de la dépression, même sans traitement, est la guérison ». Cela me ramène à mon point de départ : aux Français et à leurs états d'âme. Comme il n'est pas question de mettre tout un peuple sous antidépresseurs, ni simplement d'attendre qu'il aille mieux, il nous reste à contribuer à cette « évolution naturelle » vers une vision plus saine ou plus équilibrée de notre pays, de ses difficultés et de ses ressources. Comment ? En favorisant une meilleure évaluation de notre situation collective, en redonnant aux Français la fierté de ce qu'ils sont et la confiance en ce qu'ils peuvent, en développant, spécialement chez les jeunes, le goût de l'action, de l'effort et de la réussite. Vaste programme, qui relève plus de la politique que de la psychiatrie, donc de nos élus plus que de nos médecins. Il n'est pas exclu, toutefois, que notre institut puisse aussi y contribuer. Le contraire de la ruminantion, c'est le débat public. Le contraire des idées noires, ce sont des idées claires.

André Comte-Sponville
Directeur général de l'Institut Diderot

La dépression : mal du siècle ?

« Là où croît le péril, croît aussi ce qui sauve »
Hölderlin (« Patmos », 1803)

Au cœur de nombreux enjeux sociétaux, culturels et politiques, la dépression est pourtant un phénomène encore méconnu, banalisé, ou occulté. Or ce trouble est aujourd'hui la première cause de handicap mondial, tant chez l'adulte que chez l'adolescent. On estime que 5 % des adultes souffrent d'un trouble dépressif, soit environ 300 millions de personnes à travers le monde. Pour certains, cette épidémiologie dramatique atteste que la dépression est devenue un véritable emblème du mal de vivre moderne, touchant toute la population, toutes les classes sociales, tous les âges. Un spectre hante le monde : le spectre de la dépression.

À la fois la plus vague et la plus universelle des affections de l'esprit, elle constitue pourtant pour d'autres l'exemple parfait d'une nouvelle hérésie psychiatrique, reflet de notre folie culturelle, nous poussant sans cesse à pathologiser le réel pour mieux le comprendre, le contrôler,

l'annihiler. Elle ne serait somme toute qu'une médicalisation excessive de la douleur, un prétexte pour le développement de nouveaux opiums pharmacologiques de l'âme, dont les médicaments antidépresseurs seraient le parangon parfait. En somme, le nouveau visage du « malaise dans la civilisation ».

Mais de quoi parle-t-on exactement lorsque l'on évoque la dépression ? Il ne s'agit pas de cette déprime passagère, du vague à l'âme léger qui empoigne lors des premières lueurs de l'hiver, ou encore de la douleur familière de la perte ou de l'inconstance du quotidien. Pour la comprendre, il nous faut délaissier les représentations faussées qui l'auroient, et revenir à son cœur : la sémiologie de la dépression. Reprendre, pour quelques instants, le regard du clinicien et aller au chevet de ceux dont l'esprit s'est muré dans le cachot du désespoir.

I. LA DÉPRESSION, PATHOLOGIE DE LA TRISTESSE ?

Dans le DSM-5, le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, la dépression est désignée comme une « pathologie de l'affect », et intégrée dans le doux vocable de « trouble de l'humeur ». Pour le grand public, c'est d'ailleurs généralement l'émotion négative, et en particulier la tristesse, qui constitue le *primum movens* de la dépression. Être déprimé, c'est être triste, être désespéré : la douleur morale devient le cœur de cette affection, pour le meilleur et pour le pire.

On retrouve cette conception dans toute la tradition hippocratique, avec la célèbre bile noire, définissant la mélancolie, ou l'humeur noire, identifiée comme la tristesse. Pour Claude Galien (II^e siècle après J.-C.), « la mélancolie est une maladie de l'esprit, sans fièvre, avec tristesse profonde et éloignement pour les choses les plus chères ». L'exégèse hippocratique qui se poursuivra en Occident jusqu'au XVI^e siècle continuera d'ailleurs à drainer cette prépondérance de la tristesse face à toute autre forme de symptôme, nourrissant les représentations « romantiques » de la dépression.

Ce romantisme dépressif se retrouve d'ailleurs dans les représentations artistiques occidentales de la mélancolie bourgeoise, langueur de l'âme lassée par un quotidien doucereux sans surprise ni difficulté. Suivant l'expression japonaise consacrée pour le *memento mori*, la dépression devient alors « la belle douleur des choses » ou le « sunt lacrimae rerum » de l'Énéide. On retrouve dans des œuvres comme *Nostalgia* de Charles Bagniet (1872) la figure du déprimé à la posture lourde, le corps soutenu par des coussins, le visage figé dans une mimique vide, le regard tourné vers l'éternité silencieuse. Tristesse constitutive, essence du mal.

Mais renversons un premier mythe : la dépression n'est pas un état de tristesse. C'est la première chose que j'ai apprise auprès du Pr. Philippe Fossati, chef du département de psychiatrie à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière. La tristesse en constitue parfois l'une des facettes, mais il serait vain d'essayer d'essentialiser ce trouble en se fondant

sur cette dimension émotionnelle. Il existe même des dépressions dans lesquelles la tristesse est absente, inexistante, rendue impossible par les caractéristiques de la maladie. Il y a des dépressions qui sont des « au-delà » de la tristesse, pour lesquelles le mot tristesse est vidé de toute sa sémantique.

Lorsqu'elle est présente, cette tristesse dépressive ne ressemble d'ailleurs en rien à celle que nous connaissons : certains patients parlent de poignards qui viendraient percer leur cœur, d'autres de feu brûlant leur poitrine, ou encore d'un poids douloureux écrasant leur musculature. Il ne s'agit pas que d'une différence d'intensité avec notre tristesse du quotidien, mais bien d'une différence de nature. Difficile de comprendre la phénoménologie émotionnelle de la dépression sans en porter soi-même la cicatrice.

Cette tristesse a souvent une temporalité circadienne : c'est à la fin de la nuit et au début de la matinée que le déprimé se sent généralement le plus mal. Les aiguillons de la tristesse pointent au petit matin et s'atténuent à la tombée de la nuit, sans que cette cyclicité soit nécessairement liée à l'environnement individuel. Chez d'autres, le poignard s'aiguisé tout au long de la journée et perce le soir, précipitant le déprimé dans une nuit de douleur. Le métronome de la tristesse bat son rythme mystérieux, souvent déconnecté du monde, échappant à toute forme de contrôle de la part du sujet.

II. LA DÉPRESSION, PATHOLOGIE DU PLAISIR ?

Dès lors, comment caractériser la dépression, ce mal qui n'est pas de la tristesse, et qui pourtant s'auréole souvent des atours de la tristesse ? En miroir de la douleur morale, l'autre versant de la symptomatologie dépressive implique une perte de la capacité à ressentir du plaisir, bientôt remplacée par un implacable vide affectif. Progressivement, un désintéret pour le monde s'installe, le présent devient terne, d'un impitoyable ennui. La sève du sujet le quitte, le transformant bientôt en fantôme de lui-même.

Cette abrasion hédonique vient frapper le quotidien sensoriel. Tout le spectre d'expérience du sujet semble abrasé, précipitant l'individu dans un monde sans saveur. Pour Sophocle, « quand un homme a le tort de lâcher ce qui faisait sa joie, (...) cet homme-là ne vit plus : c'est un cadavre qu'un souffle anime encore » (*Antigone*, v. 1165-67). Les arômes qui autrefois le régalaient semblent maintenant être insipides, comme si tous les aliments étaient faits de cendres. L'un de mes patients m'a dit une fois que lorsqu'il croquait la croûte du pain, il lui semblait grignoter des pierres. La sensorialité devient monolithique.

Cette perte du plaisir peut toucher tous les objets, ou en épargner certains. Il y a des sujets déprimés qui continuent à apprécier les aliments, mais sont privés du plaisir social, d'autres conservent le plaisir sexuel, mais perdent celui des repas. Cet état fantomatique s'accompagne

d'ailleurs généralement de troubles des fonctions instinctuelles : la libido est abolie, le plaisir sexuel inexistant, le désir absent. Le corps maigrit, touché par une anorexie qui vient signer la perte de l'appétit. La vie s'évanouit dans ce corps qu'un souffle anime encore.

Pour autant, cette perte du plaisir ne signe pas nécessairement une perte de l'affection pour les objets hédoniques. Lorsque le sujet déclare qu'il n'a de goût pour rien, il peut subsister un attachement à ces choses vidées de leur saveur primaire. Un collectionneur d'art refusera de vendre ses toiles, mais ne prendra plus aucun plaisir à les contempler. Une mère conservera son amour infini pour son nourrisson, mais ne ressentira plus aucune émotion lorsqu'il lui sourit.

Lorsque l'anhédonie s'aggrave, elle vient briser la boussole du plaisir et du déplaisir. D'un simple abrasement affectif, le sujet déprimé expérimente alors une véritable « anesthésie affective ». Il perd la capacité à estimer la valence, qui désigne le caractère positif ou négatif des expériences du monde. La frontière entre ce qui est bon ou mauvais est abolie, le monde apparaît d'une teinte grisâtre. Tout son spectre de valeurs est bouleversé par la dépression, et il navigue à l'aveugle.

Plus encore, les considérations à propos de la valence des expériences peuvent s'inverser. Des choses considérées collectivement comme aversives, regrettables, douloureuses, peuvent soudainement être interprétées par le sujet déprimé comme agréables ou souhaitables. La

douleur, la mort, la perte apparaissent soudainement désirables. Certains patients déprimés, apprenant qu'ils sont atteints d'une maladie mortelle et douloureuse qui les emportera prochainement, jugeront cette nouvelle appréciable. Toute la douce mécanique de la vie, cette horloge complexe réglée par des millénaires d'évolution, se retrouve soudainement brisée.

III. LA DÉPRESSION, PATHOLOGIE DE LA MOTRICITÉ ?

Cette conception anhédonique résonne avec d'autres manières de penser la dépression, notamment comme « pathologie de la motivation », arguant que le déprimé est avant tout sans énergie, sans but, sans volition¹, ou comme « pathologie du temps », pour laquelle le déprimé est sans avenir, enfermé dans un passé sombre sans cesse réactualisé dans l'ombre du présent. La capacité du sujet à juger la valence de ses expériences est cruciale pour s'orienter dans le monde, déterminer la manière dont il l'explore, dont il interagit avec lui. Ce retour à la volition est primordial pour comprendre la dépression, car c'est justement cet équilibre évolutif fragile entre le plaisir et la douleur qui s'y retrouve bouleversé.

Progressivement, notre regard se déplace, quittant le domaine éthéré de la pensée pour s'intéresser aux profondeurs du corps. Il ne s'agit plus là seulement d'un esprit

1. Acte de volonté.

douloureux, mais d'un corps qui souffre. En effet, le sujet déprimé est marqué par cette fatigue extrême, appelée « asthénie », le frappant dès le réveil, à la sortie du lit, s'insinuant dans chacun de ces mouvements, comme si toute sa musculature s'était muée en plomb. Le mouvement du déprimé est ralenti, sa parole lente. Son esprit lui-même semble figé, avec ce que les psychiatres appellent la « bradypsychie », le ralentissement de la pensée.

Cette fatigue, et c'est là l'un des principaux pièges de la dépression, ne s'améliore pas avec le repos. Plus encore, elle empire : le sommeil diurne, la sieste, l'alitement la renforcent. Lorsque le déprimé se réfugie dans la tiédeur des draps, occultant la lumière du jour en cherchant un sommeil réparateur, il creuse le lit de la fatigue qui l'agrippera encore les jours suivants, de plus en plus fermement, jusqu'à lui ôter même toute possibilité de mouvement. Le déprimé s'enlise dans le repos. C'est un naufragé qui lutte dans un marécage.

Ce trouble de la motricité est aussi un trouble de la temporalité. Des auteurs célèbres, Erwin Straus, Hubertus Tellenbach, ou Eugène Minkowski, ont analysé avec précision cette suspension du temps mélancolique. Le sujet déprimé peut décrire une phénoménologie temporelle déstructurée, dans laquelle chaque seconde semble durer des heures, où certaines semaines disparaissent comme si elles avaient été absorbées. Cet allongement temporel est d'ailleurs souvent associé à une douleur du présent, rendant insupportable pour le sujet la simple perspective d'une nouvelle journée, et participant à l'effet antal-

gique de la tombée de la nuit qui annonce la petite mort chimique du sommeil.

Dans certaines formes de mélancolie, on retrouve même une suspension de l'ordre chronologique : l'inscription des actions du sujet se perd dans une nébuleuse temporelle. Passé, présent et avenir deviennent indistincts. Souvenirs, perceptions et imagination se mêlent. À son paroxysme, une inertie mélancolique s'installe, dans laquelle la notion de temps elle-même finit par disparaître. Cette sémiologie temporelle est renforcée par la perturbation des rythmes biologiques, notamment les rythmes circadiens liés au sommeil. Le sujet déprimé souffre souvent d'une terrible insomnie d'endormissement, associée à des angoisses qui maintiennent un éveil douloureux. S'installe aussi une insomnie douloureuse de la dernière partie de la nuit, avec un réveil nocturne à quatre heures du matin, en sueur, harassé par le désespoir, sans possibilité de retrouver le sommeil. Pour d'autres, le corps est comme privé de toute substance vitale, de toute force, et l'esprit attiré par un sommeil diurne qui enferme le sujet dans une clinophilie ² (du grec *klinès*, le lit) continue. Progressivement, les cycles du jour et de la nuit deviennent indistincts.

Ces changements circadiens sont la trace visible de toute une gamme de modifications neurophysiologiques et endocriniennes retrouvées dans la dépression, touchant par exemple le cycle du cortisol et de la mélatonine, la

2. Fait de rester allongé au lit pendant des heures au cours de la journée.

variabilité naturelle du rythme cardiaque, la tension artérielle au repos, la réactivité tactile, ou encore la nociception³ viscérale. Toute une mécanistique du corps qui s'associe aux perturbations de l'esprit, sans que l'on comprenne encore très bien la causalité de cette interaction déficiente.

IV. LA DÉPRESSION, PATHOLOGIE DE LA CROYANCE ?

Parmi tous les autres, la « croyance dépressive » est probablement le symptôme le plus caractéristique, le plus central dans cette clinique si spécifique. Désignées sous le vocable de « cognitions dépressives » et consacrées par le psychiatre Aaron Beck, ces croyances dépressives imprègnent toute la pensée du sujet déprimé. Elles sont caractérisées par leur thématique, généralement négative, aversive ou comportant une dimension de perte. Aaron Beck les a définies selon une triade désormais célèbre : des croyances sur soi-même, sur le monde et sur le futur, mais il existe probablement autant de thématiques que nous avons d'objets sur lesquels fixer notre intentionnalité.

On retrouve parmi les thématiques de ces croyances l'autodévalorisation, associée à un sentiment d'incapacité, d'être englué, ou enfermé dans des schémas impossibles

3. Se dit d'une douleur déclenchée par une agression de l'organisme (traumatisme, infection, inflammation, maladie...).

à rompre. On y retrouve aussi des croyances d'indignité, comportant une auto-accusation, des reproches pour les fautes du passé ou une culpabilité pour les impuissances du présent. Le sujet déprimé croit souvent que ses proches le rejettent, que sa condition pèse sur eux d'un poids douloureux dont il doit les débarrasser, le précipitant vers le suicide. On y retrouve également la nostalgie d'un passé inexistant ou des remords de choix impossibles, une appréhension d'un avenir perçu plein de menaces, ou comme la persistance infinie d'une douleur, sans répit, sans repos, si ce n'est la mort.

Ces thématiques négatives sont au cœur des ruminations, terme technique désignant le caractère circonvolutoire et répétitif du contenu de la pensée, s'achoppant sans cesse aux mêmes convictions négatives qui emplissent progressivement tout l'espace mental du sujet. Ces ruminations s'engrangent elles-mêmes, participant à des phénomènes de généralisation cognitive : des croyances négatives primaires viennent alors nourrir des convictions de plus en plus complexes, s'étendant à tout le spectre expérientiel du sujet. La mauvaise graine prend terre et se dissémine dans le sol meuble.

Le plus terrible est que ces croyances sont malgré tout agrippées à la réalité sensorielle du sujet, se nourrissant au gré de son expérience du monde, comme des sangsues gorgées de sang. Les croyances dépressives apparaissent certes comme des erreurs de la pensée, mais elles restent des erreurs intelligibles, ressemblant à celles que nous générons lorsque nous sommes face aux

inévitables malheurs de l'existence. Elles gardent l'empreinte singulière du réel, et nous paraissent étonnamment familières.

La culpabilité intense du sujet se fixera par exemple sur des éléments du quotidien : un choix professionnel, un regret amoureux, une dispute familiale, l'achat d'un appartement ou d'un animal de compagnie. Tout devient prétexte à la flagellation. Les reproches que le sujet déprimé s'adresse ne sont pas sans rapport avec ses préoccupations habituelles : elles en sont un ersatz, échantillonnant tout ce qu'il peut y avoir de malheureux dans la trivialité de l'existence.

Ces croyances dépressives sont cruciales pour mener une investigation sur la dépression : d'une certaine manière, elles constituent le cœur de la phénoménologie dépressive, de ce qui affleure pour le sujet. Lorsque le malade nous dit : « ma vie n'a aucune valeur », il synthétise en une phrase un ensemble de pensées, d'émotions, de comportements et de perceptions, réunissant une expérience singulière du monde en un acte de parole qui travestit généralement la complexité du cheminement cognitif. Le clinicien vient recueillir le produit fini, le discours constitué.

Par ailleurs, la description de ces croyances dépressives est ardue, car elle reste engluée dans un cadre linguistique qui définit souvent des thématiques arbitraires, tronçonnant la phénoménologie dépressive en fonction des ressources linguistiques disponibles. Il existe un gouffre sémantique entre notre désignation francophone du désespoir, le

hopelessness anglophone, la *Stimmung* germanophone, ou encore la richesse descriptive de la douleur morale en mandarin, japonais, ou en farsi. Peut-être autant de réalités phénoménologiques de la dépression qu'il existe de manières de la raconter.

L'un des faits frappants pour le psychiatre est que ces croyances dépressives sont parfois d'un pragmatisme terrifiant, condensant avec précision la réalité aversive de l'environnement. D'une certaine manière, le déprimé porte un regard sans ambages sur le monde. Sa vision peut parfois être nette, chirurgicale, détaillant l'inanité de l'existence avec la précision d'un horloger disséquant un mécanisme complexe. Là où certains se gorgeraient d'illusions sur leur avenir, la nature des rapports humains, leur place dans la société, le déprimé oppose une perspective parfois lucide.

Dépouillé des oripeaux du pathologique, ce réalisme dépressif porte une dimension universelle. Cioran nous rappelle dans *La Tentation d'exister* (1956) que « la lucidité, ne l'oublions pas, est le propre de ceux qui, par incapacité d'aimer, se désolidarisent aussi bien des autres que d'eux-mêmes ». C'est en cela qu'il existe une spiritualité de la dépression. Lorsqu'il nous parle, le déprimé nous offre aussi un regard singulier sur notre condition. Lorsque les atours métaphysiques du monde sont ôtés, ne laissant voir que les ossements malingres. La rencontre avec le désespoir, d'une certaine manière, ouvre aussi de nouvelles perspectives sur le monde dont beaucoup de philosophes seraient probablement jaloux. La dépression

apparaît alors presque comme une synthèse de l'expérience de la condition humaine.

Mais ce réalisme peut s'estomper. Dans certaines formes gravissimes de dépression, le rapport du sujet au réel se disloque, provoquant des symptômes que l'on qualifie de psychotiques : des hallucinations auditives, avec des voix d'hommes ou de femmes susurrant des invectives, des insultes, ou encore des injonctions à se donner la mort, directement à l'intérieur de la tête ou dans l'oreille. Des croyances dépressives délirantes peuvent se constituer, formant des blocs rigides face aux expériences du quotidien : la nécromimie, croyance que l'on est mort, que notre corps est en train de pourrir, mais que l'on continue à agir dans le monde, suspendu dans une éternité de douleur. Les pensées perdent progressivement de leur cohérence, la logique du sujet se brise, s'estompant sous nos yeux.

Le syndrome de Cotard est retrouvé dans les formes les plus sévères de mélancolie, associant des idées de damnation et d'immortalité, la conviction d'être maudit, et condamné à souffrir éternellement sur terre. On y retrouve également des croyances de dysmorphie corporelle et de négation d'organe, avec la sensation que la frontière entre le corps et le monde est abolie, ou que certains organes vitaux majeurs, comme les intestins ou le cœur, ont disparu.

Le réalisme dépressif est aussi discutable dans le positionnement du sujet déprimé face à sa propre mort. On estime qu'environ 10 % des Français ont des pen-

sées suicidaires, gardées majoritairement secrètes, dans le silence des foyers. Nous avons chaque année en France plus de 200 000 tentatives de suicide, à l'origine d'environ 10 000 morts. Dans le monde, on estime qu'environ 800 000 morts chaque année sont liées au suicide. On estime ainsi qu'environ 8 % de la population fera une tentative de suicide au cours de sa vie, et que 2 % des adultes présentent un risque suicidaire élevé. Concernant le taux de récurrence, il est de 22 % pour les hommes et de 35 % pour les femmes. Ces chiffres sont dramatiquement élevés, le taux de suicide français est l'un des plus élevés d'Europe, deuxième cause de mortalité pour les 10-25 ans, juste après les accidents de la route.

Ces idées suicidaires ne constituent pas un bloc unifié, superposable à chaque individu. Bien au contraire. Il en existe une multitude de formes. Parfois, le sujet justifie son désir de mort par la souffrance atroce du quotidien : le suicide est alors perçu à visée antalgique de la douleur morale, comme une thérapeutique puissante face à la condition humaine. D'autres fois, il s'agit de soulager les proches du poids de la dépression, prenant alors la forme d'un suicide altruiste. Plus rarement, on y retrouve l'implication des croyances délirantes que nous avons évoquées, avec l'idée d'une damnation pour laquelle le suicide serait une échappatoire. La plupart du temps, les idées suicidaires sont directement associées aux croyances dépressives, dont elles constituent la « mise en acte ».

Les moyens suicidaires sont aussi divers : des plus violents, la pendaison, l'accident automobile provoqué, la

crémation, la précipitation, aux plus classiques, phlébotomie, intoxication médicamenteuse volontaire. Chez certains sujets déprimés, il persiste une appréhension de la douleur physique ou de l'infirmité qui participe au caractère anxiogène du passage à l'acte. Pour d'autres, l'intensité de la douleur morale ou l'incapacité à ressentir toute forme d'émotion abolit l'inhibition suicidaire, favorisant les passages à l'acte violents.

Dans la dépression, le suicide se retrouve aussi au carrefour de dynamiques contradictoires. La psychologie du sujet le pousse à se donner la mort, mais l'abrasement de la volition lui ôte la possibilité de le faire. Certains patients décrivent avec une précision terrible la difficulté motrice qu'ils ont eue à nouer la corde pour se pendre. Ces dynamiques psychologiques et motrices antithétiques sont célèbres pour ce que les psychiatres désignent la « levée d'inhibition », un intervalle temporel particulièrement à risque de suicide juste après l'introduction d'un traitement antidépresseur.

Les molécules antidépressives les plus classiques sont en effet caractérisées par leurs effets précoces sur la dimension corporelle de la dépression, réduisant rapidement le ralentissement qui en est caractéristique, tandis que les effets sur la psychologie dépressive, notamment les croyances négatives, surviennent après environ un mois de traitement. Comme le souligne le sociologue Alain Ehrenberg, « les antidépresseurs sont des régulateurs de l'action » et « le Prozac n'est pas la pilule du bonheur, mais celle de l'initiative ». L'introduction du traitement

produit ainsi parfois cet effet paradoxal de renforcer la possibilité pour le sujet de se donner la mort, en libérant son corps des liens qui l'entravaient.

V. LES MULTIPLES VISAGES DE LA DÉPRESSION

La diversité clinique de la dépression s'enrichit encore lorsque nous quittons nos contrées pour aborder d'autres rivages. En effet, les symptômes que nous avons détaillés correspondent aux tableaux cliniques les plus classiques de la dépression dans les sociétés occidentales. Mais lorsqu'ils prennent en charge des patients d'origine subsaharienne, d'Asie du Sud-Est ou sud-américains, les psychiatres ont l'habitude de chercher la dépression derrière des apparences trompeuses.

Pour ces patients, les thématiques des croyances dépressives divergent souvent du discours occidental, avec une moindre présence de la culpabilité et de l'indignité, laissant souvent la place à des plaintes sur l'énergie : « je suis fatigué », « mon corps ne me porte plus », « je n'ai plus de force ». L'expression en est parfois moins aisée, et se retrouve parfois désaffectée, comme si le sujet parlait d'un inconnu.

On retrouve souvent des préoccupations physiques plus marquées : des douleurs diffuses des membres inférieurs, des sensations désagréables au niveau viscéral, une céphalée traînante. J'ai été marqué par une patiente originaire

de Mandchourie dont les proches avaient noté le désintérêt progressivement croissant pour le monde, mais dont la seule plainte était une douleur persistante à l'arrière du crâne. Le discours de la dépression s'était mué chez elle en un discours sur le corps.

Cette préoccupation corporelle n'est pas anodine, surtout au regard de ce que nous avons abordé précédemment en parlant du syndrome de Cotard. Elle résonne aussi avec les théories « intéroceptives » de la dépression, considérant que ce trouble est provoqué par un dysfonctionnement de la communication singulière entre le corps et le cerveau. Pour les défenseurs de ces théories corporelles, notre préoccupation candide pour la psychologie dépressive est un mirage : son secret réside dans le corps, son traitement passe par le corps.

C'est d'ailleurs l'efficacité des antidépresseurs sur ces symptômes corporels qui a grandement participé à l'unification de la sémiologie physique et psychologique au sein d'un vaste ensemble nosographique et nosologique⁴, incorporant aussi ces éléments anthropologiques. Face à ces symptômes corporels, nous agissons en fait comme si nous disposions avec les antidépresseurs d'un véritable test diagnostique et thérapeutique, permettant selon le psychiatre Jean Delay que « le traitement devienne un outil pour comprendre le phénomène ».

4. La nosographie établit une description des maladies d'après leurs caractéristiques, la nosologie détermine les critères à employer pour cela.

Si nous synthétisons tous ces éléments, nous arrivons à un tableau disparate, mais relativement restreint, de symptômes s'intégrant dans le spectre de la dépression. Ce sont ces critères qui ont été conservés dans nos classifications psychiatriques contemporaines. Son diagnostic défini dans le DSM-5 par l'American Psychiatric Association repose sur la mise en évidence d'au moins cinq symptômes pendant une durée supérieure à 15 jours (critère A), associés à une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement socio-professionnel (critère B), non imputables aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale (critère C), en l'absence d'un trouble psychotique (critère D) et sans antécédent d'épisode maniaque (critère E). On doit ainsi retrouver pour le critère A l'un des deux symptômes cardinaux :

1. une tristesse, c'est-à-dire une douleur morale ou un sentiment de désespoir ressenti subjectivement par le patient ;
2. une anhédonie, c'est-à-dire une perte d'intérêt ou de plaisir dans presque toutes les activités.

L'une de ces deux dimensions doit être associée à au moins quatre symptômes, parmi lesquels :

- des croyances dépressives, de type dévalorisation, impuissance, pessimisme, culpabilité ou indignité ;
- des idées suicidaires, pouvant être des pensées de mort récurrentes ou une volonté de se donner la mort ;
- une asthénie, désignant une perte de l'énergie ressentie subjectivement ou constatée objectivement lors de la réalisation des activités quotidiennes ;

-
- des troubles du sommeil, comme une insomnie d'endormissement, des réveils nocturnes répétés avec manifestations anxieuses ou au contraire une hypersomnie ;
 - des troubles de l'appétit, comme une anorexie ou une hyperphagie, en lien avec une perte ou une augmentation pondérale ;
 - des troubles neurocognitifs, comme un trouble de flexibilité exécutive, de l'attention ou de la mémoire de travail, pouvant donner lieu à un sentiment d'indécision ;
 - et enfin des troubles psychomoteurs, comme un ralentissement ou une agitation psychomotrice.

Ces critères, tout comme la clinique dépressive que nous avons détaillée, divergent de la représentation populaire du trouble. Progressivement, nous comprenons que dans la dépression la tristesse se transforme en fatigue, en ralentissement moteur, en absence de volition. De pathologie de la tristesse, elle devient maladie du plaisir, puis trouble de la motricité, impliquant le corps au même titre que l'esprit.

VI. LA MORBIDITÉ RHIZOMATIQUE DE LA DÉPRESSION

Ces représentations erronées de la dépression continuent pourtant de se sédimenter dans les sociétés occidentales. Pour certains, la dépression est un trouble « ordinaire », si ordinaire qu'elle est parfois déniée, sous prétexte qu'elle s'abat sur le plus grand nombre. Pour d'autres, il s'agirait

même d'un trouble psychiatrique « imaginaire », reflet de notre nombrilisme contemporain.

Pourtant, elle entaille en profondeur l'individu, frappant là où la chair est la plus tendre, brisant ses liens familiaux, sociaux et professionnels. Le caractère spectaculaire du suicide masque l'étendue souterraine des conséquences de la dépression. Ces conséquences souterraines provoquent une « morbidité rhizomatique », creusant des galeries dans les fondations sur lesquelles repose l'existence de l'individu, de sa famille, de son groupe social. On ne peut véritablement saisir ce qu'est la dépression sans prendre en compte ses effets sur un couple, une fratrie, une famille, sans voir la cicatrice qu'elle laisse dans le tissu relationnel de l'individu. Chaque épisode dépressif vient fragiliser l'ossature sociale du sujet, jusqu'à la rupture : le licenciement, la séparation, le divorce, le conflit familial. Les séquelles sociales de la dépression prennent vite le pas sur les symptômes psychiatriques.

Ces séquelles rhizomatiques attisent le brasier du trouble en cristallisant autour du sujet toutes les conditions nécessaires au renforcement de l'état dépressif. Pire encore, ces flammes viennent contaminer les proches, les embrasant à leur tour. L'époux observant la lente descente aux enfers de sa femme finit par la suivre, la mère se démenant pour combattre l'apathie de son fils se retrouve elle-même touchée par le désespoir, le père endeuillé du suicide de sa fille s'oublie dans une lente mort silencieuse. La dépression se dissémine au sein de la structure familiale.

Cette morbidité en rhizome est dissimulée sous des couches de vernis social, d'attitudes de prestance, de sourires moribonds, et même de mensonges. Le sujet déprimé ment généralement beaucoup, à lui-même tout d'abord, et aux autres. C'est un animal blessé cachant ses plaies. On peut évoquer l'image d'un collègue, d'un ami, d'un parent, entraperçu quelques jours avant de s'être donné la mort, englué dans des mimiques joyeuses comme un comédien qui jouerait sa partition, trompant même ceux qui lui sont les plus proches. De l'ordinaire à l'imaginaire, la dépression laisse une trace partout où elle prospère.

VII. LA BIOLOGIE DE LA DÉPRESSION

Mais quittons cette clinique singulière de la dépression pour revenir à des considérations plus théoriques. Comme de nombreux autres troubles, mais peut-être plus encore que la majorité d'entre eux, la dépression se trouve au carrefour de causes biologiques, psychologiques et sociétales, si tant est que l'on puisse les distinguer de cette manière.

Il existe une antique opposition entre la dépression comme maladie mentale provoquée par les dérèglements cérébraux, ou comme mal sociétal consacré par notre organisation collective. La première, définie artificiellement comme « dépression endogène », conception naturaliste fondée sur le fonctionnement cérébral, est opposée à la

« dépression réactionnelle », dont l'expression symptomatique psychologique n'est que le reflet d'une causalité pathologique qui dépasse largement l'histoire individuelle du sujet. Au-delà de l'opposition entre des modes de pratique clinique fondées sur des traditions adverses, ces conceptions divergentes à propos des causes de la dépression reflètent encore une fois l'éternelle querelle des rapports entre le corps et l'esprit.

Depuis les prémices de l'aliénisme, les cliniciens observent que certaines dépressions surviennent indépendamment de tout changement notable dans l'environnement du sujet. La dépression s'installe sans qu'un deuil, une séparation, un traumatisme ou un conflit soit rapporté dans l'histoire récente. Un autre exemple frappant est celui de la dépression du post-partum, désignant un épisode dépressif survenant pendant la première année après l'accouchement, associé à une importante morbidité maternelle et infantile. On estime aujourd'hui qu'environ 20 % des femmes présentent des symptômes de dépression du post-partum, même lorsque la grossesse ne connaît pas de complications ou qu'il n'existe pas de facteurs environnementaux favorisant.

Cette vision organiciste, ou naturaliste, de la dépression a été renforcée par la découverte de l'efficacité des antidépresseurs : tout d'abord le traitement des états mélancoliques par sismothérapie par Ugo Cerletti en 1938, puis la découverte de l'imipramine, voisin de la chlorpromazine, dont seront issus les tricycliques, puis des inhibiteurs de la monoamine oxydase, et bien plus

tardivement des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline. Ces molécules, apparues à la fin des années 1950, ont révolutionné la prise en charge des troubles de l'humeur en proposant des stratégies de traitement génériques fondées sur l'hypothèse de la déficience de la signalisation monoaminergique dans la dépression. Ces découvertes ont largement participé à la théorie monoaminergique de la dépression, proposée notamment par Davis et Schildkraut en 1964 pour la noradrénaline, puis par Coppen pour la sérotonine, et supposant un déficit de la présence ou de la transmission médiée par ces antidépresseurs.

Ces antidépresseurs monoaminergiques conventionnels entraînent usuellement une réponse thérapeutique, c'est-à-dire la diminution de plus de 50 % de la symptomatologie initiale, après un délai allant de 4 à 6 semaines de traitement. En plus de cet effet retardé, ils se révèlent souvent inefficaces dans le traitement de certains symptômes dépressifs comme l'anhédonie, les troubles du sommeil, ou les troubles neurocognitifs.

L'utilisation nouvelle de ces traitements a aussi engendré l'émergence d'un nouveau concept psychiatrique : la dépression « résistante » au traitement (TRD, *Treatment Resistant Depression*), une forme spécifique de trouble dépressif qui ne s'améliore pas après l'administration d'un ou plusieurs traitements antidépresseurs. Les études épidémiologiques nous apprennent que seulement un tiers des patients atteints d'un épisode dépressif caractérisé obtiennent une rémission après une

ligne de traitement antidépresseur, et seulement deux tiers des patients après l'utilisation successive de plusieurs classes thérapeutiques. Le tiers des patients qui ne répondent pas à deux lignes de traitements antidépresseurs sont ainsi définis comme « résistants aux traitements », une affection qui augmente statistiquement le risque de passage à l'acte suicidaire et la chronicisation des symptômes.

Un débat continue toutefois d'agiter la psychiatrie universitaire concernant la manière de définir les critères de la dépression résistante au traitement. La première conceptualisation en 1974 par la World Health Organization (WHO) proposait de la définir comme l'absence de rémission après un traitement de 150 milligrammes d'imipramine ou une molécule de classe équivalente pendant 4 semaines. Par la suite, le modèle « *Thase & Rush* » proposait d'élargir la définition à tout épisode dépressif résistant après un seul traitement antidépresseur adéquatement administré, quelle que soit la molécule considérée. Peu après, l'équipe de Daniel Souery introduisait la « méthode européenne » définissant la résistance comme l'échec de deux traitements antidépresseurs de classe différente à posologie et durée adéquate.

Cette conception très biologique de la résistance, fondée sur l'épistémologie des antidépresseurs, s'interpose face aux lectures sociologiques du trouble. Mais la souffrance psychique n'est-elle pour autant qu'une affaire de biochimie cérébrale?

VIII. DE QUOI NOS SOCIÉTÉS SONT-ELLES MALADES ?

Cette question est d'autant plus importante que la suprématie épidémiologique de la dépression et son accroissement dans les sociétés occidentales au cours du XXI^e siècle par rapport à tous les autres troubles mentaux interrogent sur l'articulation mécanistique de ces causes. De quoi nos sociétés contemporaines sont-elles malades ? On connaît certes des dynamiques démographiques et sociétales en mesure de favoriser ces changements épidémiologiques. L'augmentation de l'espérance de vie dans la majorité des nations occidentales, les mutations sociétales réduisant le poids des pratiques religieuses, la fin des transcendances mystiques, l'éroussement du rôle du noyau familial. On peut également citer l'augmentation de la fréquence de situations de stress aigu ou prolongé lié aux relations interpersonnelles, les modifications des systèmes hiérarchiques au sein des structures professionnelles.

Il existe de nombreuses autres causes souvent oubliées : l'accroissement de la prévalence des maladies cardiovasculaires, respiratoires, endocriniennes ou inflammatoires, créant les conditions biologiques pour l'installation de la dépression, maladie du corps et de l'esprit. Dans ce cadre, les troubles dépressifs, comme de nombreuses autres affections, constitueraient le tribut que nous payons collectivement, et individuellement, pour notre formidable longévité.

Mais certains suggèrent aussi que d'autres forces entrent en jeu, soulignant le lien entre cette « épidémie mondiale de la dépression » et les mutations de l'individualité depuis la fin du XX^e siècle. Il y aurait donc là quelque chose en lien avec la condition humaine contemporaine? Ce trouble psychiatrique, plus que tout autre, apparaît en effet comme le miroir inversé de l'homme idéal, socialisé, *self-made man* conquérant de la société de consommation et de plaisir. On peut citer à ce sujet le travail remarquable du sociologue Alain Ehrenberg dans *La Fatigue d'être soi*, pointant de quelle manière le passage d'un cadre social « disciplinaire », structure hiérarchique où chacun se trouve à une place qui lui a été définie, à un cadre social « individualisé », où tout le monde est invité à être l'unique artisan de son existence, pourrait constituer l'un des facteurs dépressogènes de nos sociétés.

La dépression constituerait alors une forme de réponse de retrait face aux injonctions contemporaines de l'individuation entrepreneuriale et consumériste, se combinant avec la médicalisation extrême de l'existence, et en particulier de la psychologie. Pour les défenseurs de cette position, notre condition humaine contemporaine serait loin d'être un Eden métaphysique. Cette nouvelle autonomie apparente enfermerait l'individu dans un entre-deux de conquête et de souffrance, sommé constamment d'agir pour préserver sa toute-puissance dans un monde de plus en plus incertain. Face à ce choix impossible, la dépression constituerait une fuite.

La transition de la dépression comme pathologie de la tristesse à trouble de la motricité pourrait d'ailleurs constituer le reflet de l'impact de ces mouvements sociétaux sur les caractéristiques sémiologiques du trouble. Passage d'une dépression « romantique », fondée sur la conception de la tristesse, à une dépression « consumériste » traduisant un manque d'énergie et de désir d'agir. L'homme accompli, autonome, individué, aurait-il enfin trouvé son talon d'Achille? Le voilà maintenant devenu impotent, ralenti, monolithique face à un monde en constant mouvement.

Une approche adverse consiste justement à considérer comment les transformations sociétales bouleversent les conceptions métaphysiques du sujet. Recul de la religion, perte du sens symbolique, dénégation de la mort, la sienne comme celle de l'autre. La dépression serait alors provoquée par cette érosion des transcendances, imposant à l'individu de forger sa propre transcendance, de décider par lui-même de l'attribution du sens de sa vie, à partir des maigres armes que la société met à sa disposition. Le sujet se retrouverait alors à opérer dans un monde instable, avec un haut niveau d'incertitude expérientielle, sans aucun moyen de pallier son inanité métaphysique.

Malgré la richesse de ces perspectives sociologiques ou philosophiques, elles font également courir le risque d'une perte du sens de l'expérience dépressive, voire d'une vraie dénégation de la souffrance, rejetée au prisme de ces transformations sociétales. Vient alors le risque de

la conception de la dépression comme une « maladie de luxe », réservée à un Occident privilégié, à ceux qui n'ont pas à subir la souffrance du corps, la faim, ou la soif, qui ne vivent pas l'horreur des guerres et la barbarie des hommes. Une forme d'extrême sollicitude envers soi-même, de nombrilisme occidental qui constituerait presque une insulte à la véritable misère humaine. Mais brisons un nouveau mythe : on peut être conjointement affamé et déprimé, vivre sous les bombes et désirer ardemment mourir. La dépression est un objet sociologique, au même titre que tous les autres, mais reste ancrée dans le monde biologique.

Il faut rester malgré tout méfiant face aux explications neuroscientifiques faciles d'un trouble aussi complexe que la dépression. On convoque les neurosciences sans cesse pour expliquer tous les champs de notre expérience du réel, comme si elles détenaient les clés de notre esprit : la joie, la douleur, la sexualité, l'amour, tout devient prétexte à être cerveau. Les conceptions naturalistes de la dépression ne font pas exception, mêlant sans distinction la psychologie et la biologie, au risque d'une véritable indigence épistémique.

D'autant plus que nous faisons constamment un amalgame coupable entre la cause et le mécanisme. Considérer qu'un sujet est déprimé parce qu'il « porte le poids nouveau de la responsabilité individuelle dans un monde de plus en plus autocentré » ou parce qu'il « existe des anomalies dans le traitement cérébral des informations impliquant les neurotransmetteurs monoaminergiques »,

ce n'est pas forcément proposer des explications concurrentes. Dans le premier énoncé, on explore les causes, tandis que dans le second, on décrit un mécanisme.

La causalité des phénomènes peut s'hybrider avec la description mécanistique, notamment lorsque l'on descend aux échelles de description les plus microscopiques. Un déficit enzymatique ou des modifications hormonales peuvent par exemple impacter la neurotransmission, sans nécessité d'intervention de plus hauts niveaux causaux. Dans un monde idéalisé ne comportant aucun élément « dépressogène », une mutation impliquant par exemple la voie du tryptophane et de la sérotonine provoquera une dépression aussi sûrement qu'une situation prolongée d'exclusion sociale. Mais de la même manière, les expériences aversives et le stress du quotidien entraînent des conséquences physiologiques susceptibles d'impacter les mécanismes cérébraux impliqués dans l'apparition d'une dépression. Le caractère aversif peut découler d'événements mineurs émaillant la vie normale du sujet, voire à partir de causalités paradoxales, par exemple lorsqu'une dépression survient après un événement longtemps désiré. Comme dirait Daniel Widlöcher : « ce qui est gain objectif peut être vécu comme perte ».

Toutes ces hiérarchies causales ne s'additionnent pas comme des causes distinctes, mais sont intégrées dans un même faisceau causal. En définitive, choisir d'expliquer la dépression comme un neuroscientifique ou comme un sociologue revient simplement à choisir un mode de discours et un espace spécifique dans la hiérarchie causale.

CONCLUSION

RÉVOLUTION THÉRAPEUTIQUE OU PARADIS ARTIFICIELS ?

Pour conclure, il est bon de rappeler que la prévention et le traitement des troubles dépressifs, en particulier chez l'adolescent et le jeune adulte, constitue une priorité majeure de santé publique. Agir avant l'instauration de la morbidité rhizomatique en court-circuitant rapidement les conséquences de la dépression sur l'environnement de l'individu. Cet objectif est d'autant plus important que les politiques de prévention en santé mentale reposent en grande partie sur des facteurs sociétaux sur lesquels les pouvoirs publics peuvent exercer une influence directe, contrairement à de nombreuses autres pathologies pour lesquelles les facteurs organiques prévalent. Agir activement, avec les armes dont nous disposons, sans cesser de réfléchir à la limite de nos pratiques et à l'indigence de nos certitudes médicales.

La recherche de nouveaux traitements est primordiale. Une perspective d'avenir est portée par les molécules psychédéliques comme la psilocybine, issue des champignons hallucinogènes, ou les apparentés dissociatifs comme la kétamine. Contrairement aux molécules anti-dépressives conventionnelles, ces traitements exercent une action rapide sur les symptômes dépressifs, avec une efficacité débutant quelques heures après l'administration.

Ces molécules ciblent d'autres mécanismes que la signalisation monoaminergique, notamment le système glutamatergique ou GABAergique. Il ne s'agit pas pour autant

de véritables révolutions thérapeutiques. La kétamine est utilisée en anesthésie depuis les années 1960 pour ses vertus analgésiques, et son effet antidépresseur a été décrit pour la première fois en 2000 par l'équipe de Robert Berman à Yale. Quant aux psychédéliques, ils sont utilisés à visée rituelle de guérison et enthéogène⁵ un peu partout à travers le monde depuis les prémices de l'humanité.

Leur administration induit des états altérés de conscience et des perturbations de la sensorialité, de la cognition et de l'action, désignés sous le terme d'effets « psychédéliques ». Ces molécules sont fascinantes, car leurs effets résonnent avec toutes les dimensions métaphysiques que nous avons évoquées à propos de la dépression. La kétamine provoque par exemple une déréalisation (expérience d'irréalité de l'environnement) et une dépersonnalisation (expérience d'irréalité du soi), auxquelles sont associées une autoscopie (sensation de sortir hors de son corps), une dissolution de l'ego (sensation de perdre son identité subjective), ou une dysmétropsie corporelle (syndrome d'Alice au Pays des Merveilles, perception de son corps comme allongé, rétréci, flasque ou rigide).

La psilocybine entraîne principalement une dimension hallucinatoire avec des distorsions perceptives multimodales (vision, audition, goût, tactile) et une intensification progressive de certaines de ces modalités sensorielles,

5. On parle d'enthéogène pour désigner une substance psychotrope utilisée lors de célébrations religieuses, spirituelles ou mystiques.

des hallucinations élémentaires à type de points blancs lumineux ou à motifs géométriques (ronds, étoiles, triangles), évoluant parfois vers un kaléidoscope coloré, fréquemment associées à des hallucinations auditives. Ces effets sont souvent vécus par les patients comme une expérience intime aiguë, avec une dimension onirique, voire mystique. À son acmé, ce vécu peut mimer des expériences de mort imminente (EMI) avec la sensation de vivre sa propre mort.

Après l'administration de ces molécules, les patients rapportent souvent la sensation d'un changement de cadre, de perspective, de vision d'eux-mêmes et du monde. Ils peuvent évoquer un sentiment d'étrangeté vis-à-vis de leurs propres pensées, une perte de l'égosyntonie avec leurs cognitions⁶. Plusieurs études préliminaires suggèrent que l'intensité et le contenu de ces expériences « psychédéliques » pourraient catalyser les changements cliniques chez les patients, et participer au soulagement des symptômes dépressifs. Ces récits phénoménologiques font d'ailleurs écho aux utilisations rituelles de molécules psychodysléptiques⁷ comme l'ayahuasca, utilisé dans le bassin amazonien, le peyotl et la mescaline, consommés au Mexique, le psilocybe, le kava polynésien, l'arbuste hallucinogène iboga d'Afrique de l'Ouest, ou encore le kratom d'Asie du Sud-Est.

Cette phénoménologie spécifique peut d'ailleurs être

6. Pensées et comportements en accord avec les valeurs de l'individu.

7. Molécules qui perturbent l'activité mentale normale.

accompagnée par des voies psychothérapeutiques, sous la forme de psychothérapie « assistée » ou « augmentée » par psychédéliques. Malgré leurs limites, la combinaison de traitements pharmacologiques et psychothérapeutiques pourrait représenter l'une des voies les plus prometteuses dans le traitement de la dépression, prenant conjointement en compte la dimension biologique et psychologique que nous avons détaillée. Mais restons vigilants face à cette vague psychédélique nous promettant des paradis artificiels contre la dépression, au risque de nouvelles métamorphoses de ce mal du siècle aux multiples visages.

Questions de la salle

Marie-Françoise Aufrère⁸ : *Vous avez intitulé votre conférence « La dépression, mal du siècle ». Cela veut dire que la dépression varie selon les siècles. Une première question que je vous pose alors, c'est de savoir s'il existe des sociétés sans dépression. Deuxième chose, si la cause est sociale, les solutions ne sont-elles pas elles aussi sociales? Je n'arrive pas bien à voir, d'une part, comment l'état du corps agit sur le psychisme, et par conséquent comment un antidépresseur comme le Prozac fonctionne; d'autre part, comment se passer de la question du sens, comment guérir quelque chose qui affecte l'esprit sans autre chose qu'une molécule?*

Hugo Bottemanne : C'est une question fascinante pour la philosophie de l'esprit, qui embrasse aussi la recherche en psychiatrie. Je suis pour ma part fondamentalement moniste : la dépression reste un trouble cérébral, et la symptomatologie que l'on vient recueillir est le témoignage de ce qui se joue au cœur du système nerveux de l'individu. Cette position moniste n'implique en rien

8. Philosophe.

de dévaluer les mécanismes cérébraux, qui ont de nombreuses causes reliées entre elles, dont les causes sociétales. Je prends un exemple très simple : les rythmes de travail. On sait que ceux-ci peuvent perturber nos rythmes circadiens, par exemple les rythmes du cortisol, ou d'autres hormones, qui sont impliquées dans la dépression. Les cycles, l'alimentation et ses effets biochimiques sont bien évidemment intriqués avec notre vie sociale, or ils ont une influence causale sur la dépression, car ils ont une expression neurologique.

Comment les antidépresseurs agissent-ils sur le corps pour modifier les symptômes de la dépression ? Il y a de nombreuses hypothèses. Les plus actuelles, et à mon avis les plus valides sur le plan scientifique, s'appuient sur la nature prédictive du cerveau. Pour faire simple, notre cerveau, dans son rapport au monde, ne se contente pas de recevoir les informations. Il prédit les signaux qui vont lui arriver, et compare à tout moment ces prédictions aux informations qui lui parviennent, en combinaison avec un système de récompense ou d'alerte. La dépression modifie profondément cela, en court-circuitant les informations positives. La dépression affecte ainsi des fonctionnements cérébraux de très bas niveau, comme la perception visuelle : chez des sujets dépressifs, celle-ci est modifiée, à la fois en matière de forme et d'intensité des couleurs ; ainsi, les sujets déprimés ont tendance à voir le monde en plus gris qu'il ne l'est réellement. Il en va de même pour les odeurs, qui sont ressenties comme beaucoup moins agréables qu'elles ne le sont ordinairement.

Les antidépresseurs fonctionnent en agissant rapidement sur ce traitement de l'information. On est loin de « l'humeur », qui est un concept très complexe, impliquant des cognitions de très haut niveau, la représentation que l'on a de soi-même, la capacité d'agir dans le monde, etc. Ici, avec les antidépresseurs, l'effet est, en premier lieu, bien avant un changement subjectif sur l'humeur, une modification du traitement des informations sensorielles. Des expériences l'ont montré : il suffit de donner des antidépresseurs monoaminergiques, classiques, pour améliorer en seulement quelques heures la capacité à détecter les sourires ou à repérer la potentialité d'une récompense. En ce qui concerne les sourires, on ne sait pas très bien si c'est la perception, la capacité à repérer qu'un visage sourit, qui est améliorée, ou si c'est une question de valence, la capacité à interpréter ce trait de visage comme positif. Il y a des dépressions liées à une absence de capacité à encoder le plaisir (anhédonie), et d'autres liées à une incapacité perceptive (anesthésie affective). Ce qui est certain, c'est que les antidépresseurs agissent sur des mécaniques fondamentales du cerveau, les effets psychologiques n'apparaissant finalement qu'en conséquence de choses beaucoup plus fondamentales, liées, par exemple, à la communication entre le corps et le cerveau. Un phénomène très intéressant à ce sujet est justement l'alliesthésie⁹, la façon dont l'état de notre corps, notamment notre interoception viscérale, détermine la valence des phénomènes que nous observons : selon

9. Impression que produit un stimulus externe sur un sujet, et susceptible de varier en fonction de l'état interne de celui-ci.

l'état de nos viscères, de notre digestion, par exemple, les mêmes signaux alimentaires paraissent plaisants ou déplaisants. Il en va de même des signaux sociaux. Selon l'état de mon corps, je peux percevoir un signal social comme plaisant ou déplaisant, appétitif ou aversif. L'échelle de valeurs du monde dépend aussi de notre état interne. Et cette échelle est bouleversée par la dépression.

Jean de Kervasdoué¹⁰ : *Y a-t-il ou non des bases génétiques à la dépression ?*

Hugo Bottemanne : On sait qu'il y a une vulnérabilité de nature génétique aux épisodes dépressifs, notamment dans les cas de personnes atteintes de trouble bipolaire. Là, le terrain génétique est extrêmement important. Il y a des familles avec des prépondérances très importantes de troubles bipolaires, souvent en lien avec d'autres troubles. La génétique, en outre, influence de façon très importante et très précoce la construction du cerveau, à la fois l'anatomie morphologique du cerveau, mais également son anatomie fonctionnelle, c'est-à-dire la façon dont les aires communiquent entre elles. La plasticité cérébrale, notamment, est en jeu. Car, comme vous le savez, à tout moment le cerveau recrée des connexions, modifie son architecture fonctionnelle, en fonction de notre expérience du monde. Or les facteurs génétiques influent sur la façon dont les événements du monde agissent sur la

10. Professeur émérite d'économie et de politique de santé, ancien Directeur général des hôpitaux, ancien titulaire de la chaire d'économie et de gestion des services de santé du Conservatoire national des arts et métiers (CNAM).

plasticité cérébrale, sur la façon dont le cerveau met en œuvre cette plasticité.

Autrement dit, les facteurs génétiques ont un effet direct à la fois dans la construction du cerveau et, de façon beaucoup plus large, dans la façon dont on réagit aux événements de la vie. La dépression a donc des facteurs génétiques, mais ce ne sont pas des facteurs mendéliens qui déterminent son apparition, contrairement à d'autres troubles.

Raphaël Hadas-Lebel¹¹ : *Vous avez insisté tout au long de votre présentation sur l'interaction entre les éléments biologiques, les éléments psychologiques et les éléments sociétaux qui interviennent dans l'apparition de la dépression. Ma question est la suivante : y a-t-il pour vous une différence de nature entre les affections qui touchent ainsi le cerveau et celles qui touchent d'autres parties du corps, le cœur, les poumons, ou l'appareil digestif ? Y a-t-il en fin de compte une spécificité des troubles de l'esprit ? Si oui, peut-on dire que les facteurs sociétaux et psychologiques jouent un rôle plus important pour les affections qui touchent le cerveau que pour les affections touchant d'autres parties du corps humain ?*

Hugo Bottemanne : Je ne ferais pas de différence de nature entre les deux. Quand on explore la mécanique liée à la causalité de tous les troubles, qu'ils soient mentaux ou liés à des pathologies dites organiques, on retrouve

11. Président de section honoraire au Conseil d'État.

des faisceaux causaux qui incluent des facteurs sociétaux. Les facteurs sociétaux sont très importants pour le diabète, les maladies cardiovasculaires, la dépression. Je ne fais donc pas de différence de nature entre ces pathologies, entre les troubles mentaux et les troubles organiques plus généraux. Je dirais même qu'il est important, d'un point de vue éthique, de ramener la psychiatrie – tout en conservant les spécificités cliniques de la discipline, l'approche psychothérapeutique, l'accompagnement du patient – vers une dimension mécaniste, organique, qui participe à la légitimation de ces troubles dans la société et à leur prise en compte dans le monde médical. Car la dépression doit être distinguée des états normaux de tristesse, de deuil, d'angoisse, à l'approche de la mort. Je vous promets que quand on est face au patient, on voit très bien la différence, la sémiologie de la dépression n'a pas grand chose à voir avec celle de la tristesse.

Philippe Lagayette¹² : *Comme vous l'avez dit, on estime, semble-t-il, qu'il y a 10 000 suicides par an, à peu près. Il y a quarante ans, il y avait déjà 10 000 suicides par an. Il y a quarante ans, il y avait aussi 10 000 morts par accident de la route chaque année. Par une action déterminée, bien organisée, et pas tellement coûteuse, on a fait en sorte de diviser ce dernier chiffre par trois. Pour les suicides, on n'a rien fait du tout, rien n'a bougé. Comment l'interprétez-vous? Est-ce que c'est parce*

12. Membre du Conseil des garants de l'institut Jacques Delors.

qu'on sait comment faire pour les accidents de la route, mais pas pour les suicides? Ou bien est-ce que c'est parce qu'on s'en fiche?

Hugo Bottemanne : Il reste encore beaucoup de travail, mais des actions sont mises en œuvre ces dernières années, notamment des programmes gouvernementaux fondés sur le tissage de liens interpersonnels, par exemple les numéros verts ou le suivi individualisé téléphoniques des patients ayant déjà fait une tentative de suicide (on peut citer le dispositif Vigilans ou Papageno). Un patient qui a des idées suicidaires ou qui a fait une véritable tentative, qui passe dans le système de soins, peut bénéficier d'un suivi personnalisé avec des rappels, en fonction des critères cliniques, qui vont permettre de renouer du lien humain. Les études ne sont pas encore très claires, mais tout cela permet probablement de limiter les facteurs de récurrence, souvent liés à la sensation d'être abandonné par ses proches, la société, d'être exclu socialement. Car le sentiment d'exclusion sociale est un facteur majeur des états dépressifs. Pour faire des modèles animaux murins¹³ de dépression en laboratoire, par exemple lorsqu'une firme pharmaceutique veut tester l'efficacité d'un nouvel antidépresseur, on isole la souris de son groupe social : on crée *de facto* une exclusion sociale artificielle, qui entraîne chez ces animaux des comportements assimilés à notre sémiologie dépressive. Par ailleurs, si la dépression est un facteur de risque majeur, de nombreux suicides et

13. Relatifs aux souris ou aux rats

tentatives se font sans état dépressif. Il y a 200 000 tentatives de suicide par an, et parmi celles-ci énormément s'inscrivent dans des dynamiques psychiques ou corporelles qui ne sont pas forcément liées à la dépression. Les troubles de la personnalité dits borderline, au cours desquels les patients ressentent des émotions négatives intenses et fluctuantes en l'absence d'état dépressif caractérisé, sont particulièrement pourvoyeurs de cette morbidité suicidaire. La dépression n'est pas la clef unique pour comprendre les comportements suicidaires.

Philippe Auzimour¹⁴ : *J'aurais deux questions pour vous. Premièrement, il y a énormément de sujets sur le burn out : y a-t-il un lien entre dépression et épuisement professionnel ? Je serais très curieux de savoir ce que vous faites en neurosciences computationnelles. Comment cette science vous aide-t-elle dans votre travail sur la dépression ?*

Hugo Bottemanne : Les neurosciences computationnelles sont un champ nouveau des neurosciences, qui consiste à mathématiser la cognition : modéliser les mécanismes, observer les relations causales entre différents phénomènes et essayer de les expliquer mathématiquement avec des algorithmes. L'une des théories centrales est celle du cerveau bayésien : le cerveau est modélisé comme une machine bayésienne probabiliste qui à tout moment essaye de prédire les événements du monde et les compare avec la réalité sensorielle pour

14. Directeur général du Cabinet Branchet.

ajuster ses prédictions. Concevoir le cerveau comme une machine probabiliste permet de transformer toutes les opérations mentales et toutes les opérations cognitives en quelque chose qui ressemble à des opérations mathématiques. C'est très intéressant, d'un point de vue psychologique, parce que cela enrichit l'étude de nos états mentaux, la façon dont on engendre des croyances sur le monde, la façon dont on traite les informations statistiques pour construire une synthèse qui intègre différentes informations statistiques, pour en faire quelque chose qui a du sens. Ces modèles commencent même à décrire les émotions avec des modèles computationnels : notre rapport affectif au réel, la valence de nos expériences peuvent aussi être formalisables en entités mathématiques, en traitement d'informations probabilistes, notamment en matière de prédiction, de récompense ou de punition. Cela a du sens pour construire une phénoménologie plus large de notre vie mentale, pour des choses plus intéressantes que seulement décortiquer le fonctionnement cérébral. Et cela a certainement aussi un grand intérêt philosophique. Les neurosciences computationnelles ambitionnent de proposer une mécanistique mathématique de l'esprit.

Jean-Louis de Montesquiou ¹⁵ : *Quels sont les liens entre anxiété et dépression, et donc entre anxiolytiques et antidépresseurs ? Question dans la question : le recours ou la croyance en la transcendance, qui, dans certains cas, améliore l'anxiété, a-t-il un effet sur la dépression ?*

Hugo Bottemanne : La question du rôle de la transcendance est complexe et a fait l'objet de nombreux débats en philosophie de l'esprit. Je n'ai pas connaissance d'études récentes ayant vraiment démontré ce point, mais la médecine psychédélique, utilisant des molécules comme la psilocybine ou la kétamine qui induisent des états subjectifs intenses chez le sujet, peut apporter des réponses cruciales pour ce débat. Une étude publiée par Taylor Lyons et Robin Carhart-Harris dans le *Journal of Psychopharmacology* en 2018 montrait qu'après une seule prise de psilocybine, les sujets étaient plus sensibles aux idéaux politiques démocrates et plus sensibilisés aux enjeux écologiques. D'autres études montrent une augmentation de l'empathie, de l'attention à l'autre. Plus étonnement, ces changements du spectre des valeurs du sujet persistaient après une année (ce qui évidemment pose la question : que se passe-t-il après un an, les gens redeviennent républicains ?).

Ces molécules psychédéliques sont également en mesure de provoquer de véritables vécus mystiques, pas nécessairement en lien avec un substrat religieux, mais parfois associés à la sensation d'être en connexion avec le monde environnant, ou avec une force supérieure. Ces états mystiques sont désarçonnants pour les cliniciens qui utilisent ces molécules à visée thérapeutiques. Ils ne savent souvent pas vraiment comment réagir, se retrouvant soudainement à la frontière du soin et du spirituel. Pourtant, de nombreuses pistes de recherche suggèrent que cette transcendance, même si elle est générée de manière chimique, pourrait jouer un rôle dans l'amélioration de

la dépression avec ces traitements psychédéliques. Il faut bien différencier ces effets des antidépresseurs classiques qui ne modifient pas notre rapport au monde.

André Comte Sponville : *Quel est votre avis concernant le rapport entre anxiété et dépression, et la différence entre les antidépresseurs et les anxiolytiques ?*

Hugo Bottemanne : Les anxiolytiques sont des suspenseurs momentanés de l'émotion. Cliniquement, ils procurent une sensation fugace d'apaisement. En revanche, ils ne modifient pas sur le long terme le rapport du sujet au monde, ni ses cognitions. On peut prendre pendant longtemps des anxiolytiques et ne pas guérir d'un état dépressif, avec toutes les questions que soulève l'idée de « guérir ». Ce qui fait sens pour le sujet n'est pas modifié par les anxiolytiques.

Les antidépresseurs, en revanche, n'ont pas cet effet momentané de suspension de l'émotion, mais ils vont avoir un effet sur le long terme. Ils vont modifier progressivement ce qui fait le lit de la dépression en rétablissant le traitement des informations par le cerveau. Cette opposition entre antidépresseurs et anxiolytiques est assez fondamentale en pratique clinique. Pour ma part, par exemple, j'ai peu prescrit d'anxiolytiques, qui n'ont pas forcément justification à être prescrits dans un épisode dépressif et qui présentent souvent des risques de dépendance lorsqu'ils sont prescrits sur le long terme.

André Comte-Sponville : *Y a-t-il des sociétés sans dépression ? J'en profite pour prolonger mon interrogation : vous avez parlé d'une épidémie mondiale de dépression, cela veut-il dire qu'il y a de plus en plus de dépressions ? Cela dépend-il des sociétés, les taux sont-ils les mêmes en Occident, en Orient, dans les pays sous-développés, dans les pays riches ?*

Hugo Bottemanne : Je ne connais pas de société sans dépression ; en revanche, je connais des manières différentes de la raconter, de faire discours sur la dépression. L'échantillon auquel on a accès pour les sociétés non occidentales est soit issu d'études anthropologiques, d'ethnopsychiatrie, ou à partir des migrants qui constituent une part importante de personnes présentant des troubles, liés notamment au stress post-traumatique, avec une comorbidité de dépression. Je ne pense pas qu'il y ait de sociétés sans dépression, de société sans facteur dépressogène, et je ne suis même pas sûr que cela soit souhaitable : les facteurs dépressogènes sont aussi des facteurs liés à notre condition humaine, à ce qui fait la richesse de notre rapport au monde. L'épisode dépressif peut être une expérience presque transformatrice, il est lié à la fragilité de nos certitudes, et à nos interrogations métaphysiques sur notre condition humaine. Je ne pense qu'il soit souhaitable d'éradiquer cela. La dépression est le contrepoids du totalitarisme de notre volonté, au sens de Schopenhauer. Un ferment essentiel pour notre humanité.

Concernant la dimension épidémique, il y a plusieurs éléments pour expliquer les chiffres : des dépistages

de plus en plus systématisés; le fait que le critère temporel de quinze jours ait été institué par le DSM; la mondialisation des normes médicales et donc la plus grande facilité à diagnostiquer la dépression dans des populations qui auparavant n'avaient pas ces critères diagnostiques; et puis, c'est vrai, une médicalisation croissante d'états émotionnels qui autrefois étaient intégrés dans un cadre social. Je pense par exemple à la dépression du post-partum, qui était totalement intégrée dans les pratiques familiales en Chine, avec une quarantaine durant laquelle la femme qui venait d'accoucher était recouverte de couvertures chaudes, devait boire chaud, ne pas s'exposer à l'air, l'ensemble de la famille, les membres féminins surtout, étant présents autour d'elle, de manière à encadrer ce qui pouvait être les symptômes d'une dépression du post-partum. Chez nous, dans nos sociétés occidentales, la mère rentre à domicile, elle se retrouve seule avec le compagnon, celui-ci part travailler, et les symptômes de la dépression vont s'exprimer de façon plus claire. C'est encore une fois le signe de l'incroyable intrication entre biologie et *ethos* social.

Bernard Waysfeld¹⁶ : *À l'époque où je faisais de la psychopharmacologie, le screening, c'est-à-dire le tri des molécules, se faisait en fonction des réactions sur des animaux, qu'on rendait dépressifs. Pratique-t-on aujourd'hui, pour les produits sérotoninergiques et*

16. Médecin, psychiatre et interniste.

noradrénergiques, le screening animal? Par ailleurs, quelle est la durée d'efficacité de ces produits, très utilisés, mais de plus en plus contestés? Avec les antidépresseurs tricycliques, donnés à petites doses au long cours, on maintenait les gens en bon état pendant des années. Tandis qu'avec ces molécules plus récentes, on a l'impression qu'il y a épuisement au fil du temps. Il y avait aussi autrefois un point de vue très psychanalytique sur la dépression. On considérait que dans la personnalité dépressive, quelque chose était lié à ce qu'on appelait l'anacritisme, c'est-à-dire le besoin de s'appuyer sur quelqu'un ou quelque chose. La dépression était présente chez des gens qui n'avaient pas pu être structurés sur le mode de la triangulation œdipienne. Que reste-t-il de ces analyses aujourd'hui?

Hugo Bottemanne : En matière de *screening* des antidépresseurs, il y a différentes options. Les essais animaux existent toujours, par exemple le test de Porsolt : un rongeur est mis dans un bac d'eau et on voit combien de temps il lutte contre la noyade; ce temps est relié, dans ces modèles animaux, à la motivation, et à l'énergie qui peut être mobilisée en vue de survivre, considérées comme des proxys de l'état dépressif. On développe aussi d'autres modèles humains pour tester les effets des antidépresseurs sur le traitement de l'information par le cerveau, notamment les informations émotionnelles. Catherine Harmer, une neuroscientifique anglo-saxonne, a développé des kits spécialisés pour les firmes pharmaceutiques ou les laboratoires de recherche, qui permettent de tester une molécule chez l'humain

en examinant comment elle modifie le traitement de l'information. On peut ainsi observer plusieurs variables : le traitement des informations émotionnelles, le traitement des informations récompensantes, l'encodage de la valence, la réaction comportementale à un stimulus aversif, l'exploration d'un environnement incertain, etc. Ces nouveaux tests vont permettre l'émergence de nouveaux types de molécules, qui n'agissent pas forcément sur les symptômes cardinaux, mais sur des choses de beaucoup plus bas niveau. On repère ainsi des effets neurocognitifs intéressants qui échappent à l'œil du clinicien. C'est un peu comme les physiciens qui observeraient les composants de la matière pour prédire des événements macroscopiques.

Les effets des antidépresseurs s'épuisent-ils ? Il y a énormément de théories contradictoires sur ce sujet. Ce qui semble avéré est qu'on observe de plus en plus de dépressions résistantes : des dépressions qui résistent à plusieurs antidépresseurs. La définition courante est de dire qu'une dépression est résistante quand il y a échec de deux stratégies d'antidépresseurs, bien conduites, dans un temps suffisant. On estime aujourd'hui qu'il y a environ 33 % des dépressions qui répondent à un premier antidépresseur, 33 % qui répondent au deuxième, et 33 % qui résistent à tous les antidépresseurs. Ces dépressions résistantes appellent de nouvelles stratégies. Les molécules psychédéliques d'action rapide dont j'ai parlé ont été positionnées dans le marché pharmacologique comme des stratégies de réponse à ces dépressions résistantes.

Peut-on encore parler de dimension anaclitique de la dépression ou de la dépression dans un sens freudien comme réaction à un deuil symbolique, comme deuil introjecté? C'est quelque chose qui continue à faire sens, notamment avec les théories contemporaines de la dépression, par exemple Daniel Widlöcher, que j'ai cité dans mon exposé, qui disait que ce qui est gain objectif peut être vécu comme perte, et donc source de deuil. Un ensemble de petites choses aversives peuvent participer, dans des théories plus contemporaines de la dépression, à l'installation d'un état dépressif. Il est normal de subir et de réguler ces expériences négatives, mais à un moment le cerveau peut se mettre à interpréter de façon excessive des expériences adverses, ce qui participe à l'altération de l'humeur. Les sciences cognitives explicitent aujourd'hui en termes de mécanismes neurocognitifs ce que les psychanalystes exprimaient autrefois différemment. Il y a un entrelacement continu de ces traditions de pensée dans la clinique psychiatrique contemporaine.

Jean-Martin Cohen-Solal¹⁷ : *J'ai deux questions à vous poser. Vous avez dit que la dépression est la maladie du siècle : est-ce dû à un délitement du lien social plus important qu'auparavant? Retrouve-t-on dans l'histoire des périodes marquées par la dépression ou quelque chose d'approchant? Ma deuxième question n'a rien à voir*

17. Médecin.

avec la dépression, mais avec l'état de la psychiatrie en France : qu'en pensez-vous? Faut-il beaucoup plus de moyens, comment expliquer que, par rapport à ma génération, beaucoup moins d'étudiants choisissent la psychiatrie, et pas uniquement pour des raisons d'argent, alors que les besoins vont croissants? Comment faire pour donner envie aux étudiants de faire la psychiatrie?

Hugo Bottemanne : L'idée de mal du siècle, de pression sociétale liée à notre siècle, avec les hypothèses sociologiques liées, me paraît intéressante, notamment pour ses conséquences en termes de symptômes : si certains états mélancoliques sévères sont décrits depuis Hippocrate au moins, on ne retrouve pas nécessairement dans la littérature médicale qui nous précède une description précise des états dépressifs plus légers, de cette espèce de vague à l'âme qui dure trois semaines, un mois, puis disparaît, et qui est probablement beaucoup plus lié à des facteurs sociétaux, la fin des transcendances, la modification du rapport à la mort, à nous-mêmes. Légers ne signifie pas anodins, d'autant plus que les dépressions sévères commencent très souvent par des états légers. Certes, l'évolution naturelle de la dépression est la guérison. Les tenants de l'antipsychiatrie et les détracteurs des psychotropes mettent en avant ce point, qui est vrai : l'évolution naturelle normale de la dépression, c'est la guérison, sans psychotropes, sans traitement, sans psychothérapie. Mais dans certains cas, malheureusement, la guérison ne survient pas, avec potentiellement la mort par suicide ou l'apparition d'une catatonie, et enfin des séquelles rhizomatiques.

Vous me demandez ensuite comment donner envie aux plus jeunes de faire de la psychiatrie. L'intérêt pour la psychiatrie existe. Cette spécialité permet de combiner médecine, neurosciences, sciences humaines, philosophie : cela plaît beaucoup à certains profils. Dans mon cas, je voulais devenir psychiatre depuis tout petit, je n'ai fait médecine que pour ça, je n'aurais pas pu faire une autre spécialité. Certains étudiants se lancent dans les études médicales uniquement pour la psychiatrie. Mais il est vrai qu'à l'inverse, beaucoup la prennent un peu par défaut, parce qu'elle fait partie des derniers choix ouverts à ceux qui sont en bas des classements de l'internat. C'est évidemment fâcheux, parce que la pratique de la psychiatrie ne peut pas se faire par défaut. Je crois, en tout cas, qu'il faut insister sur le caractère hybride de la discipline, la richesse de son héritage, la possibilité de combiner les sciences humaines et l'exigence neuroscientifique, qu'il faut bien sûr critiquer, mais qui ouvre des perspectives dans notre pratique clinique quotidienne.

Daniel Buna¹⁸ : *Je voudrais revenir sur la question de M. Auzimour sur le burn out. Je suis très impressionné, comme tout le monde, par l'augmentation des suicides dans toute une série de secteurs : policiers, hospitaliers, enseignants, et bien d'autres, qui déplorent la perte de sens de leur activité. Comment prévenir ce malaise ?*

18. Contrôleur général honoraire.

Hugo Bottemanne : Le burn out n'est pas un terme reconnu dans les classifications psychiatriques. À titre personnel, je le considère comme une dépression en contexte professionnel ou en tout cas liée, à titre de cause ou de conséquence, au contexte professionnel. Il y a dans ces cas une morbidité individuelle très importante, avec beaucoup de suicides, notamment dans des professions qui ont accès à des moyens létaux. On sait que l'accès à une arme à feu favorise le passage à l'acte chez ceux qui peuvent avoir des idées suicidaires, sachant que celles-ci sont quand même très fréquentes dans la population : 10 % des Français en ont chaque année. Concernant la dépression liée au contexte professionnel, la perte de sens du métier joue bien entendu un rôle important. Cela nous ramène à la dimension métaphysique de la dépression et au fait que les repères qui pouvaient exister autrefois, classes sociales, rôle dans la société, engagement professionnel, s'estompent. Pour prendre l'exemple des forces de l'ordre, on sait qu'il y a une forte perte du sentiment d'utilité publique, une dissonance cognitive entre la représentation de ce que devrait être cette profession et la réalité de son exercice. La légitimité sociale de nos forces de police ou de gendarmerie est aujourd'hui remise en cause, et ces hommes et femmes au service de la République ont parfois l'impression de perdre le statut symbolique qui leur était autrefois accordé. Les grands corps institutionnels comme l'Armée, la Police ou l'Éducation nationale étaient autrefois intrinsèquement pourvoyeurs de sens pour ceux qui s'y engageaient. Mais les conditions physiques et symboliques de l'exercice de ces professions se transforment, et sont potentiellement

inducteurs de souffrances parmi nos soldats, nos forces de l'ordre, ou nos instituteurs. Lorsque l'on ajoute l'accès direct aux armes à feu, on multiplie le risque de suicide.

Retrouvez l'intégralité du débat en vidéo sur
www.institutdiderot.fr

Les publications de l'Institut Diderot

Dans la même collection

- L'avenir de l'automobile - Louis Schweitzer
- Les nanotechnologies & l'avenir de l'homme - Etienne Klein
- L'avenir de la croissance - Bernard Stiegler
- L'avenir de la régénération cérébrale - Alain Prochiantz
- L'avenir de l'Europe - Franck Debié
- L'avenir de la cybersécurité - Nicolas Arpagian
- L'avenir de la population française - François Héran
- L'avenir de la cancérologie - François Goldwasser
- L'avenir de la prédiction - Henri Atlan
- L'avenir de l'aménagement des territoires - Jérôme Monod
- L'avenir de la démocratie - Dominique Schnapper
- L'avenir du capitalisme - Bernard Maris
- L'avenir de la dépendance - Florence Lustman
- L'avenir de l'alimentation - Marion Guillou
- L'avenir des humanités - Jean-François Pradeau
- L'avenir des villes - Thierry Paquot
- L'avenir du droit international - Monique Chemillier-Gendreau
- L'avenir de la famille - Boris Cyrulnik
- L'avenir du populisme - Dominique Reynié
- L'avenir de la puissance chinoise - Jean-Luc Domenach
- L'avenir de l'économie sociale - Jean-Claude Seys
- L'avenir de la vie privée dans la société numérique - Alex Türk
- L'avenir de l'hôpital public - Bernard Granger
- L'avenir de la guerre - Henri Bentégeat & Rony Brauman
- L'avenir de la politique industrielle française - Louis Gallois
- L'avenir de la politique énergétique française - Pierre Papon
- L'avenir du pétrole - Claude Mandil
- L'avenir de l'euro et de la BCE - Henri Guaino & Denis Kessler
- L'avenir de la propriété intellectuelle - Denis Olivennes
- L'avenir du travail - Dominique Méda
- L'avenir de l'anti-science - Alexandre Moatti
- L'avenir du logement - Olivier Mitterrand
- L'avenir de la mondialisation - Jean-Pierre Chevènement
- L'avenir de la lutte contre la pauvreté - François Chérèque
- L'avenir du climat - Jean Jouzel
- L'avenir de la nouvelle Russie - Alexandre Adler

-
- L'avenir de la politique - Alain Juppé
 - L'avenir des Big-Data - Kenneth Cukier & Dominique Leglu
 - L'avenir de l'organisation des Entreprises - Guillaume Poitrinal
 - L'avenir de l'enseignement du fait religieux dans l'École laïque - Régis Debray
 - L'avenir des inégalités - Hervé Le Bras
 - L'avenir de la diplomatie - Pierre Grosseir
 - L'avenir des relations Franco-Russes - S.E Alexandre Orlov
 - L'avenir du Parlement - François Cornut-Gentille
 - L'avenir du terrorisme - Alain Bauer
 - L'avenir du politiquement correct - André Comte-Sponville & Dominique Lecourt
 - L'avenir de la zone euro - Michel Aglietta & Jacques Sapir
 - L'avenir du conflit entre chiite et sunnites - Anne-Clémentine Larroque
 - L'Iran et son avenir - S.E Ali Ahani
 - L'avenir de l'enseignement - François-Xavier Bellamy
 - L'avenir du travail à l'âge du numérique - Bruno Mettling
 - L'avenir de la géopolitique - Hubert Védrine
 - L'avenir des armées françaises - Vincent Desportes
 - L'avenir de la paix - Dominique de Villepin
 - L'avenir des relations franco-chinoises - S.E. Zhai Jun
 - Le défi de l'islam de France - Jean-Pierre Chevènement
 - L'avenir de l'humanitaire - Olivier Berthe - Rony Brauman - Xavier Emmanuelli
 - L'avenir de la crise du Golfe entre le Qatar et ses voisins - Georges Malbrunot
 - L'avenir du Grand Paris - Philippe Yvin
 - Entre autonomie et Interdit : comment lutter contre l'obésité ?
Nicolas Bouzou & Alain Coulomb
 - L'avenir de la Corée du Nord - Juliette Morillot & Antoine Bondaz
 - L'avenir de la justice sociale - Laurent Berger
 - Quelles menaces numériques dans un monde hyperconnecté ? - Nicolas Arpagian
 - L'avenir de la Bioéthique - Jean Leonetti
 - Données personnelles : pour un droit de propriété ?
Pierre Bellanger et Gaspard Koenig
 - Quels défis pour l'Algérie d'aujourd'hui ? - Pierre Vermeren
 - Turquie : perspectives européennes et régionales - S.E. Ismail Hakki Musa
 - Burn out - le mal du siècle ? - Philippe Fossati & François Marchand
 - L'avenir de la loi de 1905 sur la séparation des Églises et de l'État.
Jean-Philippe Hubsch
 - L'avenir du bitcoin et du blockchain - Georges Gonthier & Ivan Odonnat
 - Le Royaume-Uni après le Brexit
Annabelle Mourougane - Frédéric de Brouwer & Pierre Beynet
 - L'avenir de la communication politique - Gaspard Gantzer
 - L'avenir du transhumanisme - Olivier Rey
 - L'économie de demain : sociale, solidaire et circulaire ?
Géraldine Lacroix & Romain Slitine
 - La transformation numérique de la défense française - Vice-amiral Arnaud Coustillière
 - L'avenir de l'indépendance scientifique et technologique française
Gérard Longuet
 - L'avenir du Pakistan - Ardavan Amir-Aslani
 - Le corps humain et sa propriété face aux marchés - Sylviane Agacinski
 - L'avenir de la guerre économique américaine - Ali Laïdi
 - Construire l'économie de demain - Jean Tirole

- L'avenir de l'écologie... et le nôtre - Luc Ferry
- La vulgarisation scientifique est-elle un échec ? - Étienne Klein
- Les trois utopies européennes - Francis Wolff
- L'avenir des Juifs français - Haïm Korsia
- Comment faire face à la pénurie et à la hausse des prix des matières premières ?
Philippe Chalmin
- Changement climatique : comprendre et agir - Christian de Perthuis
- L'avenir du féminisme - Caroline Fourest
- Le ressentiment contemporain menace-t-il la Démocratie ? - Cynthia Fleury
- Les nouvelles lignes d'affrontement dans un monde numérisé : l'ère des frontières.com -
Nicolas Arpagian
- Comment manager la génération Z ? - Pascal Broquard

Les Déjeuners / Dîners de l'Institut Diderot

- La Prospective, de demain à aujourd'hui - Nathalie Kosciusko-Morizet
- Politique de santé : répondre aux défis de demain - Claude Evin
- La réforme de la santé aux États-Unis : quels enseignements pour l'assurance maladie
française ? - Victor Rodwin
- La question du médicament - Philippe Even
- La décision en droit de santé - Didier Truchet
- Le corps ce grand oublié de la parité - Claudine Junien
- Des guerres à venir ? - Philippe Fabry
- Les traitements de la maladie de Parkinson - Alim-Louis Benabib
- La souveraineté numérique - Pierre Bellanger
- Le Brexit et maintenant - Pierre Sellal
- Les Jeux paralympiques de Paris 2024 : une opportunité de santé publique ?
Pr François Genet & Jean Minier - Texte écrit en collaboration avec Philippe Fourny
- L'intelligence artificielle n'existe pas - Luc Julia
- Cyber : quelle(s) stratégie(s) face à l'explosion des menaces ?
Jean-Louis Gergorin & Léo Issac-Dognin
- La puissance publique face aux risques - François Vilnet & Patrick Thourot
- La guerre des métaux rares - La face cachée de la transition énergétique
et numérique - Guillaume Pitron
- Comment réinventer les relations franco-russes ? - Alexandre Orlov
- La république est-elle menacée par le séparatisme ? - Bernard Rougier
- La révolution numérique met-elle en péril notre civilisation ? - Gérald Bronner
- Comment gouverner un peuple-roi ? - Pierre-Henri Tavoillot
- L'eau enjeu stratégique et sécuritaire - Franck Galland
- Autorité un «enjeu pluriel» pour la présidentielle 2022 ? - Thibault de Montbrial
- Manifeste contre le terrorisme islamiste - Chems-eddine Hafiz
- Reconquérir la souveraineté numérique
Matthieu Bourgeois & Bernard de Courrèges d'Ustou
- Le sondage d'opinion : outil de la démocratie ou manipulation de l'opinion ? Alexandre Dézé
- Le capitalisme contre les inégalités - Yann Coatanlem
- Franchir les limites : transitions, transgressions, hybridations - Claudine Cohen
- Migrations, un équilibre mondial à inventer - Catherine Withol de Wenden
- Insécurité alimentaire et changement climatique : les solutions apportées par les
biotechnologies végétales - Georges Freyssinet

Les Notes de l'Institut Diderot

- L'euthanasie, à travers le cas de Vincent Humbert - Emmanuel Halais
- Le futur de la procréation - Pascal Nouvel
- La République à l'épreuve du communautarisme - Eric Keslassy
- Proposition pour la Chine - Pierre-Louis Ménard
- L'habitat en utopie - Thierry Paquot
- Une Assemblée nationale plus représentative - Eric Keslassy
- Où va l'Égypte ? - Ismail Serageldin
- Sur le service civique - Jean-Pierre Gualazzi
- La recherche en France et en Allemagne - Michèle Vallenthini
- Le fanatisme - Texte d'Alexandre Deleyre présenté par Dominique Lecourt
- De l'antisémitisme en France - Eric Keslassy
- Je suis Charlie. Un an après... - Patrick Autréaux
- Attachement, trauma et résilience - Boris Cyrulnik
- La droite est-elle prête pour 2017 ? - Alexis Feertchak
- Réinventer le travail sans l'emploi - Ariel Kyrrou
- Crise de l'École française - Jean-Hugues Barthélémy
- À propos du revenu universel - Alexis Feertchak & Gaspard Koenig
- Une Assemblée nationale plus représentative - *Mandature 2017-2022* - Eric Keslassy
- L'avenir de notre modèle social français - Jacky Bontems & Aude de Castet
- Handicap et République - Pierre Gallix
- Réflexions sur la recherche française... - Raymond Piccoli
- Le système de santé privé en Espagne : quels enseignements pour la France ?
Didier Bazzocchi & Arnaud Chneiweiss
- Le maquis des aides sociales - Jean-Pierre Gualazzi
- Réformer les retraites, c'est transformer la société - Jacky Bontems & Aude de Castet
- Vers un droit du travail 3.0 - Nicolas Dulac
- L'assurance santé privée en Allemagne : quels enseignements pour la France ?
Arnaud Chneiweiss & Nadia Desmaris
- Repenser l'habitat. Quelles solidarités pour relever le défi du logement dans une société de la longévité ? - Jacky Bontems & Aude de Castet
- De la nation universelle au territoire-monde - L'avenir de la République dans une crise globale et totale - Marc Soléry
- L'intelligence économique - Dominique Fonvielle
- Pour un Code de l'enfance - Arnaud de Belenet
- Les écoles de production - Agnès Pannier-Runacher
- L'intelligence artificielle au travail - Nicolas Dulac Gérardot
- Une Assemblée nationale plus représentative ? - *Mandature 2022-2027* - Eric Keslassy

Les Colloques de l'Institut Diderot

- L'avenir du progrès
- Les 18-24 ans et l'avenir de la politique
- L'avenir de l'Afrique
- Les nouvelles stratégies de prévention pour vivre et vieillir en bonne santé

La dépression : mal du siècle ?

Une personne sur cinq est touchée chaque année par un trouble psychique, soit 13 millions de Français, et 64 % ont déjà ressenti une souffrance psychique pathologique.

Premier poste de dépenses de l'Assurance maladie, on estime les dépenses remboursées au titre de la santé mentale à environ 23 milliards d'euros par an, et la Cour des comptes estime à environ 107 milliards d'euros son coût économique global chaque année.

La dépression de l'adulte, les facteurs favorisant les pathologies dépressives ou la hausse des épisodes de « burn out » questionnent notre capacité à prévenir les risques, notamment sur le lieu de travail. Les 10 000 morts annuels par suicide dans notre pays rappellent aussi les limites de nos modèles de prévention. Il faut alors revenir au cœur de la clinique de la dépression pour la comprendre, et saisir ses liens avec notre manière de faire société.

Hugo BOTTEMANNE



Hugo BOTTEMANNE, psychiatre, chef de clinique à l'Hôpital de la Pitié-Salpêtrière à Paris, chercheur à l'Institut du Cerveau - Sorbonne Université, co-auteur avec le Dr. Lucie Joly de l'ouvrage « Dans le cerveau des Mamans » et membre du Conseil de l'orientation de l'Institut Diderot.