

**RÉPUBLIQUE ALGÉRIENNE DÉMOCRATIQUE ET POPULAIRE**  
**MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE**  
**SCIENTIFIQUE**

UNIVERSITE ABOU BEKR BELKAÏD  
FACULTE DE MEDECINE  
DR. B. BENZERDJEB - TLEMCEN



جامعة أوبكر بلقايد  
كلية الطب  
د.ب.بن زرجب - تلمسان

**DEPARTEMENT DE MEDECINE**

**MEMOIRE DE FIN D'ETUDES POUR**  
**L'OBTENTION DU DIPLOME DE DOCTEUR EN**  
**MEDECINE**

**Thème :**

**EVALUATION DES TROUBLES DEPRESSIFS CHEZ**  
**LES ETUDIANTS EN SCIENCES MEDICALES DE LA**  
**FACULTE DE MEDECINE TLEMCEN**

**Réalisé par :**

**SMAHI INES**

**FATMI SARRA**

***Encadrante :***

***Pr. RAHOUI Asmaa Maitre de conférences "A" en Psychiatrie***

**Année universitaire : 2022-2023**

## ***Remerciements***

*Nous tenons à remercier celles et ceux sans qui ce travail n'aurait pas été possible : Les étudiantes et étudiants qui ont répondu avec sincérité et toute franchise à nos questions.*

*Nous remercions nos parents qui nous ont soutenu tout au long de notre parcours et ont fait de nous celles que nous sommes aujourd'hui.*

*Nous ne pouvons exprimer toute notre gratitude par de simples mots au **Professeur RAHOUI** qui nous a guidées, conseillées et soutenues tout au long de la réalisation de ce mémoire.*

*Nous remercions **Professeur HENNAOUI** qui a libéré de son précieux temps pour nous aider à résoudre quelques problèmes statistiques afin de parfaire notre travail.*

## ***Dédicaces***

*Louange à Dieu tout puissant, qui m'a permis de voir ce jour tant attendu*

***Je dédie cette thèse :***

*A ma grand-mère paternel qui est disparu trop tôt et que la mort ne lui laisse le temps pour voir l'obtention du diplôme de sa petite fille, à toi ma grand-mère .Puisse Dieu le tout puissant, l'avoir dans son sainte miséricorde .*

*A mes parents qui m'ont soutenu et encouragé durant ces années d'études.*

*Qu'ils trouvent ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.*

*A mes frères, ma sœur qui ont partagé avec moi tous les moments d'émotion lors de la réalisation de ce travail. Ils m'ont chaleureusement supporté et encouragé tout au long de mon parcours.*

*A mes chers grands parents qui n'ont pas cessée de me conseiller et encourager tout au long du parcours ; Que Dieu les protège.*

*A ma famille, mes proches et particulièrement mes tantes qui m'ont toujours encouragé et m'ont soutenu avec leurs précieux conseils durant tout au long de mon parcours .*

*A tous ceux que j'aime*

**FATMI Sarra**

## *Dédicaces-Remerciements*

*A mes parents,*

Mon plus beau modèle de réussite dans la vie, ceux qui ont éduqué mon esprit scientifique, ceux qui ont mis la barre si haut, qui n'ont jamais cessé d'apprendre et de se former dans leurs domaines respectifs, j'espère être un jour à la hauteur de votre exemple.

*A mon défunt grand-père,*

Qui m'a nourri par sa tendresse et sa douceur

*A feu Dr Malika SEMMACHE,*

Médecin spécialiste en rhumatologie qui a continué à soigner les maux de ses patients jusqu'à ce que son handicap y mette fin et qui a par la suite grandement œuvré au combat des handicapés en Algérie et à l'amélioration de leur quotidien.

*A celles et ceux qui souffrent en silence,*

mais qui continuent à se battre avec force et bravoure pour exceller dans leurs études et fournir à leurs patients la meilleure prise en charge.

Ce mémoire de fin d'études signe la fin de sept longues années durant lesquelles j'ai été grandement soutenue par mes parents et mes précieuses amies ; Amel, Hindouceur, Manalus et Somsom. Si j'en suis là aujourd'hui à écrire ces remerciements c'est grâce à votre soutien indéfectible et à l'amour dont vous m'avez nourri. Aucun mot n'est assez fort pour exprimer ce que je ressens envers vous. Rien au monde ne saura égaler la beauté des liens du cœur.

La rédaction de ce mémoire fut également une occasion de plus pour passer du temps avec ma consœur et amie FATMI Sarra qui n'a cessé de m'éblouir par sa gentillesse, sa rigueur et son soutien sans fin. Merci Sarra.

A la fin de ma deuxième année de médecine, soit juste avant mes premiers pas à l'hôpital, j'ai longuement hésité entre continuer en médecine ou changer vers une autre branche. Afin de prendre cette décision j'ai demandé au Pr ABI-AYAD de me permettre d'effectuer un stage au service de chirurgie générale A. Ce fut la plus belle expérience de ma vie. Pour cela je ne peux imaginer écrire ces remerciements, sans les adresser à ceux qui m'ont permis de découvrir la médecine dans toute sa splendeur. A leur tête le Pr ABI-AYAD.

Merci aux Drs HAMZAOUI, MOUAZIZ, BENOSMAN, BENMANSOUR et BENMARZOUK qui étaient à l'époque résidents en chirurgie. Ainsi qu'à l'ensemble des résidents et internes présents à l'époque. Notamment les Drs MEDJADI, BOUZIDI, HANINE, BEREKSI, ZEMIT, SERGHINE et SAHNOUN. Ils m'ont accueilli de la façon la plus chaleureuse qui soit et m'ont adopté comme leur petite sœur. Mes remerciements s'adressent aux Drs BENAMARA, GADIRI, GHOUALI, MESLI, RAHOU, TAHRAOUI, TALEB et SEBBAGH.

Leur dévouement, leur disponibilité, leur empathie, leur esprit scientifique et par-dessus tout leur gentillesse, m'ont donné la plus belle image de la médecine.

Ils ont éveillé en moi l'amour de la médecine, grâce à eux j'ai pu découvrir toute la beauté de ce monde.

Merci à celles et ceux qui par leur excellence et leur passion pour leur spécialité m'ont donné un exemple concret de ce que je voulais devenir, notamment les Drs BEDRANE, BENDELHOUM, BOUALI, SEKKAL et ZEHAR. Notre parcours long, fastidieux et semé d'embûches nécessite une étoile polaire pour nous guider à travers nos plus sombres batailles. Vous étiez pour moi cette étoile qui me rappelait que mon combat était noble.

**SMAHI Inès**

# Table des matières

Remerciements .....	I
Dédicaces .....	II
Table des matières .....	V
Liste des figures .....	X
Liste des abréviations.....	XI
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>Partie Théorique.....</b>	<b>3</b>
<b>Chapitre I : TROUBLES DEPRESSIFS.....</b>	<b>4</b>
<b>I. Introduction : .....</b>	<b>5</b>
<b>II. Historique et généralités : .....</b>	<b>5</b>
<b>III. Définition : .....</b>	<b>7</b>
<b>IV. Ethiopathogenie :.....</b>	<b>9</b>
<b>V. Historique de la classification des troubles dépressifs : .....</b>	<b>9</b>
V.1. Dichotomie endogène-exogène : .....	9
V.2. Dépression unipolaire et dépression bipolaire :.....	10
V.2.1. Existence d'accès maniaque ou mixte : .....	10
V.2.2. Recherche d'hypomanie : .....	11
V.2.3. Éventualité d'un trouble cyclothymique : .....	11
<b>VI. Classifications internationales : .....</b>	<b>12</b>
VI.1. Classification de l'Association américaine de psychiatrie : Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (DSM V).....	12
VI.1.1. Troubles unipolaires : .....	12
VI.1.2. Troubles bipolaires : .....	12
VI.1.3. Formes cliniques expérimentales.....	13
VI.2. Classification de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : classification internationale des maladies (CIM) 10 ou ICD (10e édition, 1992) :.....	13
<b>VII. Critères diagnostiques de dépression : .....</b>	<b>13</b>
VII.1. Critères du DSM V : .....	14
<b>VIII. Données épidémiologiques :.....</b>	<b>15</b>
<b>IX. Morbidité et mortalité suicidaire : .....</b>	<b>15</b>
<b>X. Données démographiques : .....</b>	<b>16</b>
<b>XI. Syndrome dépressif typique :.....</b>	<b>17</b>
XI.1. Humeur dépressive : .....	17

## Table des matières

XI.2. Troubles cognitifs : .....	18
XI.2.1. Représentations cognitives : .....	18
XI.2.2. Distorsions cognitives : .....	20
XI.3. Troubles conatifs : .....	20
XI.3.1. Ralentissement psychomoteur : .....	20
XI.3.2. Ralentissement moteur : .....	21
XI.3.3. Ralentissement psychique : .....	21
XI.4. Signes somatiques : .....	21
XI.5. Asthénie : .....	21
XI.6. Troubles du sommeil : .....	22
XI.7. Troubles de l'appétit : .....	22
XI.8. Troubles sexuels : .....	22
XI.9. Troubles urinaires : .....	23
XI.10. Troubles digestifs : .....	23
XI.11. Troubles cardiovasculaires : .....	23
XI.12. Troubles musculaires : .....	23
XI.13. Troubles neurologiques .....	23
<b>XII. Évolution : .....</b>	<b>23</b>
XII.1. Évolution de l'épisode dépressif aigu : .....	23
XII.1.1. Évolution spontanée : .....	23
XII.1.2. Évolution sous traitement : .....	23
XII.1.3. Évolution à distance : .....	25
XII.1.4. Évolution unipolaire .....	25
XII.1.5. Évolution bipolaire .....	26
<b>XIII. Formes cliniques : .....</b>	<b>26</b>
XIII.1. Formes évolutives : .....	26
XIII.1.1. Dépressions récurrentes brèves .....	26
XIII.1.2. Dysthymie .....	26
XIII.1.3. Dépression chronique : .....	26
XIII.1.4. Formes selon l'intensité : .....	26
XIII.1.5. Formes légères .....	27
XIII.1.6. Formes moyennes .....	27
XIII.1.7. Formes sévères .....	27
XIII.2. Formes symptomatiques : .....	27
XIII.2.1. Dépression anxieuse, agitée .....	27

## Table des matières

XIII.2.2.Mélancolie anxieuse .....	27
XIII.2.3.Dépression hostile.....	28
XIII.2.4.Dépression ralentie .....	28
XIII.2.5.Mélancolie typique .....	28
XIII.2.6.Mélancolie délirante .....	29
XIII.2.7.Mélancolie stuporeuse .....	29
XIII.2.8.Dépression mixte .....	29
XIII.2.9.Dépression confuse .....	29
XIII.2.10. Dépression saisonnière .....	29
XIII.2.11. Dépression atypique .....	30
XIII.3. Dépression en fonction de l'âge :.....	30
XIII.3.1.Dépression de l'enfant .....	30
XIII.3.2.Dépression de l'adolescent .....	30
XIII.3.3.Dépression du sujet âgé .....	30
<b>XIV. Dépression et cultures :.....</b>	<b>30</b>
<b>XV. Dépression et comorbidité :.....</b>	<b>31</b>
<b>XVI. Dépression et personnalité : .....</b>	<b>31</b>
<b>XVII. Dépression et stress : .....</b>	<b>31</b>
XVII.1. Humeur dépressive et troubles de l'adaptation : .....	31
XVII.2. Dépression et état de stress post-traumatique .....	31
XVII.3. Dépression et maladie organique : .....	32
XVII.4. Affections neurologiques : .....	32
XVII.5. Affections endocriniennes :.....	33
XVII.6. Affections cancéreuses :.....	33
XVII.7. Médicaments dépressogènes .....	33
<b>XVIII. Dépression et alcoolisme.....</b>	<b>33</b>
XVIII.1.Dépression dite « primaire » .....	34
XVIII.2.Dépression secondaire.....	34
<b>XIX. Dépression et addiction :.....</b>	<b>34</b>
<b>XX. Dépression de sevrage .....</b>	<b>35</b>
<b>Chapitre II : La dépression et les étudiants en sciences médicales.....</b>	<b>36</b>
<b>I. Introduction : .....</b>	<b>37</b>
<b>II. Facteurs de risque de la dépression chez les étudiants en sciences médicales .....</b>	<b>37</b>
<b>III. Les maladies chroniques chez les étudiants en médecine : quelles interactions avec le stress psychosocial ? .....</b>	<b>38</b>

## Table des matières

<b>IV. Impact des troubles dépressifs sur le rendement des étudiants en sciences médicales.....</b>	<b>39</b>
<b>Chapitre III : Prise en charge des troubles dépressifs chez les étudiants en sciences médicales .....</b>	<b>41</b>
<b>I. Prise en charge d'un état dépressif : .....</b>	<b>42</b>
I.1. Traitement médicamenteux : .....	42
I.2. Hospitalisation : .....	42
I.2.1. Les différentes approches thérapeutiques : .....	43
I.3. Évaluation de l'efficacité.....	43
I.4. Échec du traitement .....	43
I.5. Électroconvulsivothérapie .....	43
<b>II. Psychothérapie de soutien chez les étudiants en sciences médicales :.....</b>	<b>43</b>
<b>III. Mesures préventifs des troubles dépressifs chez les étudiants en science médicale : .....</b>	<b>44</b>
III.1. Mesures préventives à l'échelle individuelle.....	44
III.2. Mesures préventives aux niveaux collectif et institutionnel :.....	45
<b>Partie Pratique.....</b>	<b>48</b>
<b>I. Objectif de l'étude : .....</b>	<b>49</b>
<b>II. Matériel et méthode :.....</b>	<b>49</b>
II.1. Type d'étude : .....	49
II.2. Population : .....	49
II.2.1. Critères d'inclusion : .....	49
II.2.2. Critères de non inclusion : .....	49
II.2.3. Critères d'exclusion : .....	50
II.3. Déroulement de l'étude : .....	50
<b>III. Résultats .....</b>	<b>51</b>
III.1. Méthode d'analyse des données : .....	51
III.2. Données sociodémographiques : .....	51
III.3. Répartition des étudiants : .....	52
III.4. Etude clinique de la population : .....	53
III.5. Données des réponses au questionnaire de l'échelle d'HAMILTON : .....	56
III.6. Tri des données spécifique par item de la réponse au questionnaire de l'échelle d'HAMILTON : .....	56
III.7. Préjugés et stigma : .....	59
III.8. Analyse des résultats : .....	60

## Table des matières

---

<b>IV. Discussion</b> .....	<b>62</b>
IV.1. Prévalence de la dépression .....	62
IV.2. Prévalence des idées suicidaires .....	62
IV.3. Prévalence des troubles du comportement alimentaire.....	63
<b>V. Conclusion</b> .....	<b>63</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>64</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>67</b>

# Liste des figures

Figure 1 : Diagramme en secteur représentant la répartition de l'échantillon selon le sexe. ...	51
Figure 2 : Diagramme en secteur représentant la répartition de l'échantillon selon l'âge. ....	51
Figure 3 : Diagramme en secteur représentant la répartition de l'échantillon selon le département d'étude. ....	52
Figure 4 : Diagramme en secteur représentant la répartition de l'échantillon selon l'année universitaire en cours. ....	52
Figure 5 : Diagramme en secteur représentant la répartition de l'échantillon selon la répétition ou la non répétition d'une année universitaire. ....	53
Figure 6 : Diagramme en secteur représentant la présence ou l'absence d'antécédents médicaux ou chirurgicaux. ....	53
Figure 7 : Histogramme représentant la répartition de l'utilisation des toxiques parmi les étudiants de notre population. ....	54
Figure 8 : Diagramme en secteur représentant la fréquence du diagnostic de pathologie psychiatrique durant les années d'études universitaires. ....	54
Figure 9 : Histogramme groupé permettant de comparer la répartition des étudiants diagnostiqués de pathologies psychiatriques et des traitement correspondants. ....	55
Figure 10 : Graphique en barre permettant de comparer les différents scores obtenus par les étudiants en réponse à l'échelle d'HAMILTON. ....	56
Figure 11 : Graphique en secteurs 3D permettant de représenter la répartition des pensées suicidaires parmi les étudiants en sciences médicales. ....	57
Figure 12 : Graphique en secteurs permettant de représenter la répartition des troubles du comportement alimentaire parmi les étudiants en sciences médicales. ....	57
Figure 13 : Histogramme groupé permettant de comparer la répartition de la perte de poids parmi les étudiants en sciences médicales. ....	58
Figure 14 : Histogramme groupé permettant de comparer la répartition du type d'insomnie parmi les étudiants en sciences médicales. ....	58
Figure 15 : Diagramme en secteur représentant les considérations des étudiants en sciences médicales vis-à-vis de la dépression. ....	59
Figure 16 : Diagramme en secteur représentant les réponses des étudiants à la question concernant l'impact de la dépression sur la carrière à venir. ....	59
Figure 17 : Diagramme en secteur représentant les réponses des étudiants à la question concernant l'aisance à discuter des obstacles rencontrés. ....	60

## Liste des abréviations

CIM	Classification Internationale des Maladies
BDNF	Brain Derived Neurotrophic Factor
DSM	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
EDC	Episode Dépressif Caractérisé
HAM –D	Echelle de dépression de Hamilton (Hamilton Rating Scale for Depression )
HARD	Humeur – Anxiété – Ralentissement – Danger.
HAS	Haute Autorité de Santé
ISRNA	Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
ISRS	Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine
MDRS	Échelle de Dépression de Montgomery et Asberg
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PTSD	Le syndrome de stress post-traumatique (Post-traumatic stress disorder)
RTMS	La stimulation magnétique transcrânienne
tDCS	Stimulation transcranienne à courant continu (Transcranial Direct Stimulation)

# **INTRODUCTION**

## Introduction

---

Le terme "dépression" est très ancien puisqu'il est entré dans le langage médical au 18ème siècle. Les écrits décrivant ce que nous appelons aujourd'hui "dépression" ou "maladie dépressive" remontent aussi loin que possible dans l'histoire de l'humanité. Hippocrate mentionnait déjà ces états mentaux pathologiques.[1]

Les troubles dépressifs sont caractérisés par une tristesse suffisamment sévère ou persistante pour perturber le fonctionnement quotidien et souvent par une diminution de l'intérêt ou du plaisir procurés par les activités (anhédonie). La cause exacte est inconnue, mais elle est probablement multifactorielle, impliquant hérédité, modifications des taux des neurotransmetteurs, altération des fonctions neuroendocrines et des facteurs psychosociaux. Le diagnostic repose sur l'anamnèse. Le traitement comprend habituellement les médicaments et/ou la psychothérapie et, parfois, l'électroconvulsivothérapie (sismothérapie) ou la stimulation magnétique transcrânienne rapide.[2]

Dans notre thèse nous nous focalisons sur une catégorie d'étudiants universitaires connue pour une charge de stress importante et une difficulté d'études académiques : les étudiants en sciences médicales. Ils présentent un risque élevé de dépression et d'idées suicidaires. Cependant, les estimations de la prévalence de ces troubles varient d'une étude à l'autre.

L'école des sciences médicales est une période de grande détresse psychologique pour les étudiants en formation. Les informations actuellement disponibles sont insuffisantes pour tirer des conclusions définitives sur les causes et les conséquences de la détresse des étudiants .[3]

De vastes études prospectives multicentriques sont nécessaires pour identifier les caractéristiques personnelles et liées à la formation qui influencent la dépression, l'anxiété et l'épuisement professionnel chez les étudiants et explorer les relations entre la détresse et la compétence.[3]

Une meilleure connaissance de la prévalence, des facteurs de risque et des conséquences de la détresse psychologique guidera la configuration des services d'accompagnement, de plus en plus disponibles pour les médecins, mais aussi pour les étudiants en médecine.[3]

La qualité de vie des étudiants en médecine est significativement affectée par la présence d'anxiété et de dépression. Il est recommandé aux facultés de médecine de mettre en place des mesures permettant d'identifier les étudiants à risque et d'offrir des programmes d'intervention et de prévention complets pour améliorer le bien-être des étudiants.[3]

# **Partie Théorique**

# **Chapitre I : TROUBLES DEPRESSIFS**

### **I. Introduction :**

La dépression fait partie des maladies psychiatriques les plus fréquentes et les plus invalidantes. Différentes études épidémiologiques se sont attachées à évaluer son poids en termes de santé publique. Celui-ci passe par sa prévalence, sa durée, sa chronicité, ses conséquences, l'accès à son traitement et son pronostic. L'épidémiologie nous permet également d'identifier des facteurs de risque et, de ce fait, des actions de prévention possibles. La présentation clinique variable comprend des formes atypiques ou trompeuses, et la variabilité des symptômes en fonction de l'âge peut rendre le diagnostic difficile. [4]

Les états dépressifs relèvent du chapitre des troubles affectifs. Selon DeLay, l'humeur est une qualité émotionnelle fondamentale qui "donne à chacune de nos humeurs une tonalité agréable ou une tonalité désagréable qui oscille entre les pôles du plaisir et de la douleur". Tous les individus ont une humeur de base qui change vers l'agréable ou le désagréable selon les exigences environnementales ou l'expression personnelle.[5]

D'un autre côté, les personnes souffrant de dépression se sentent non seulement déprimées, mais incontrôlables. La dépression imprègne l'expérience du sujet et ne peut être supprimé, même s'il modifie l'univers ou l'activité relative. Diagnostiquer la dépression est simple dans sa forme typique, cependant, il existe de nombreuses formes cliniques, à la fois symptomatiques et évolutives, dont certaines sont trompeuses et compromettent le pronostic vital plus immédiat, selon le degré de probabilité suicidaire. Elle est dominée par les rechutes, et le pronostic à long terme dépend de la fréquence des rechutes et la tendance à être unipolaire ou bipolaire.[5]

Le champ des troubles de l'humeur s'étend à certains troubles psychotiques et troubles dépressifs de la personnalité qui tendent à être considérés comme des dérèglements thymiques, une position controversée. La dépression est une maladie complexe et souvent récidivante et il faut avoir une connaissance nuancée de ces diverses expressions cliniques. Il s'agit d'encourager un traitement précoce pour prévenir un handicap social grave.[5]

### **II. Historique et généralités :**

Le médecin grec Hippocrate a décrit le syndrome mélancolique comme une maladie indépendante avec des symptômes mentaux et physiques particuliers, caractérisés par une peur ou une tristesse persistante. C'était un concept similaire, mais beaucoup plus large que la dépression telle que nous la connaissons aujourd'hui. Accent mis sur les symptômes de tristesse, de découragement, souvent de peur, de colère, de délires et d'obsessions.[6]

Le terme de « dépression » en lui-même est dérivé du latin *deprimere*, « se décourager ». Dès le xive siècle, « depress » signifiait subjuger ou rabaisser les esprits. Il est utilisé en 1665 par l'auteur britannique Richard Baker dans son ouvrage *Chronicle* pour désigner quelqu'un ayant une grande « dépression de l'esprit », et par l'auteur également britannique Samuel Johnson désignant un sens similaire en 1753. Le terme est également utilisé dans les domaines météorologique et économique. Un premier usage désignant un terme psychiatrique est effectué par le psychiatre français Louis Delasiauve en 1856, et, dès les années 1860, fait son apparition dans les encyclopédies médicales pour déterminer une diminution physiologique et métaphorique de la fonction émotionnelle.

Depuis Aristote, la mélancolie est associée aux hommes à la capacité intellectuelle immense, à une source de contemplation et de créativité. Un nouveau concept abandonne par la suite cette idée et l'associe, dès le xixe siècle, aux femmes. Bien que la « mélancolie » ait été désignée comme le terme médical, le terme de « dépression » gagne en popularité lors des diagnostics et devient officiellement le synonyme de mélancolie ; le psychiatre allemand Emil Kraepelin aurait été le premier à utiliser ce terme en désignant des genres différents de mélancolie en tant qu'« états dépressifs ».[6]

Sigmund Freud a comparé l'état de la mélancolie au deuil dans son étude intitulée *Mourning and Melancholia* en 1917. Il explique qu'une perte objective (ou relationnelle), comme le décès d'un conjoint ou une rupture amoureuse, mènerait également à une perte subjective ; l'individu dépressif s'étant identifié avec l'objet de l'affection à travers un procédé inconscient et narcissique appelé libidinal cathexis de l'égo. Une telle perte peut causer de sévères symptômes mélancoliques encore plus profondément que le deuil ; l'égo en lui-même est menacé et la perception du monde extérieur devient négative. La propre perception du patient décline selon ses croyances et son sentiment d'infériorité. Il souligne également les premières expériences de la vie comme des facteurs de risque. Adolf Meyer présente un cadre biologique et social mixte soulignant des « réactions » dans le contexte de la vie quotidienne d'un individu, et explique que le terme de « dépression » devrait être utilisé à la place de « mélancolie ». La première version du DSM (DSM-I, 1952) contient le terme de « réaction dépressive » et le DSM-II (1968) celui de « névrose dépressive », définie en tant que réaction excessive à un conflit interne ou à un événement identifiable, inclut également un type de psychose maniaco-dépressive accompagnant les troubles affectifs majeurs.[6]

Au milieu du xxe siècle, des chercheurs ont suggéré que la dépression était causée par un mauvais équilibre chimique des neurotransmetteurs cérébraux, une thèse fondée sur des observations effectuées dans les années 1950 .[6]

La nouveauté introduite par Kazimierz Dąbrowski est qu'une dépression peut s'inscrire dans un processus de désintégration positive, et être utile voire nécessaire à la construction de la personnalité.[6]

Le terme de « trouble dépressif majeur » est introduit par un groupe de cliniciens américains durant les années 1970 comme critère diagnostique fondé sur des niveaux de symptômes et est incorporé dans le DSM-III en 1980. Pour maintenir une définition similaire, la CIM-10 utilise le même critère, avec seulement deux petites différences, mais en utilisant le diagnostic du DSM, celui d'« épisode dépressif léger », avec l'ajout des catégories de dépression modérée à sévère.[2]

Les nouvelles définitions de la dépression ont été de loin acceptées, mais avec certaines contradictions et points de vue différents. Certains arguments empiriques optaient pour un retour au diagnostic de la mélancolie. Quelques critiques concernant l'extension du diagnostic, liées au développement et à la vente croissante des antidépresseurs et au modèle biologique depuis la fin des années 1950, ont été faites. « À la différence de la maladie maniaco-dépressive, précise Healy, le diagnostic de dépression était quasiment dépourvu de pertinence avant l'existence des antidépresseurs ; environ cinquante à cent personnes par million seulement étaient considérées souffrir de ce qui était alors la mélancolie. Les estimations actuelles portent ce chiffre à cent mille pour un million. C'est une croissance par mille en dépit de l'existence de traitements supposés soigner cette terrible affection ». Selon le Professeur Jean-Claude Maleval la dépression forgée par le discours de la psychiatrie moderne a pris en quelques décennies un champ d'extension démesuré . Les DSM ont forgé les bases d'une pathologisation de la tristesse en procédant à une décontextualisation historique et sociale du trouble dépressif: « la compénétration de la tristesse normale et du trouble dépressif dans les critères du DSM, affirment Horwitz et Wakefield, a handicapé la recherche biologique et a créé une confusion qui peut potentiellement conduire les chercheurs à tirer de fausses conclusions de leurs données »[2]

### III. Définition :

C'est un trouble psychiatrique caractérisé par des épisodes de baisse d'humeur accompagnée de plusieurs autres symptômes tels qu'une faible estime de soi, des difficultés à se concentrer ou à mémoriser, d'une perte ou prise de poids plus ou moins

importante, de troubles du sommeil, ainsi que d'une perte de plaisir ou d'intérêt (anhédonie) dans des activités habituellement ressenties comme agréables par la personne. Cet ensemble de symptômes (syndrome individualisé et anciennement classifié dans le groupe des troubles de l'humeur par le manuel diagnostique de l'association américaine de psychiatrie) figure depuis la sortie du DSM-5 en mai 2013 dans la catégorie appelée « troubles dépressifs ». Le terme de « dépression » peut cependant être ambigu ; il est en effet parfois utilisé dans le langage courant comme abus de langage pour décrire d'autres troubles de l'humeur ou d'autres types de baisse d'humeur moins significatifs qui ne sont pas des dépressions proprement dites.[6]

La dépression est une maladie handicapante qui peut retentir sur le sommeil, l'alimentation et la santé en général avec notamment un risque de suicide dans les cas les plus graves (notamment dans la dépression mélancolique), ainsi que sur la famille, la scolarité ou le travail. Aux États-Unis, approximativement 3,4 % des individus souffrant de dépression meurent par suicide et plus de 60 % des individus qui se sont suicidés souffraient de dépression ou d'un autre trouble de l'humeur. Les individus souffrant de dépression ont une espérance de vie raccourcie par rapport aux autres individus, en partie à cause d'une plus grande susceptibilité à d'autres maladies et au risque de suicide. Les patients actuellement ou anciennement dépressifs sont parfois stigmatisés.[6]

Le diagnostic de la dépression s'appuie sur plusieurs éléments : le ressenti personnel rapporté par le patient, le comportement perçu par son entourage et le résultat d'un examen psychologique ou psychiatrique. Les médecins peuvent prescrire des examens complémentaires pour rechercher d'autres maladies qui peuvent causer des symptômes similaires. La maladie est plus fréquente entre 20 et 30 ans, avec un pic entre 30 et 40 ans.[6]

En fonction de la sévérité du trouble, les patients peuvent être traités avec un médicament antidépresseur (recommandé en cas de dépression modérée à sévère), une psychothérapie (parfois seule en cas de dépression légère ou modérée, et associée au médicament en cas de dépression sévère), et/ou des techniques de neurostimulation (tDCS, rTMS, etc.). L'hospitalisation peut se révéler nécessaire dans le cas d'auto-négligence, s'il existe un risque significatif de suicide ou pour la sécurité de l'entourage. Les dépressions résistantes aux traitements médicamenteux et à la psychothérapie peuvent être traitées par électroconvulsivothérapie ou par stimulation magnétique transcrânienne (rTMS). [6]

La durée de la dépression est grandement variable, pouvant aller d'un épisode unique de quelques semaines à une longue période d'épisodes dépressifs prolongés et répétés (dans ce

cas, il s'agit de « dépression récurrente » ou « trouble unipolaire », parfois improprement appelée « dépression unipolaire ». Lorsqu'il s'agit d'un épisode unique, on parle d'Épisode Dépressif Caractérisé (EDC).[6]

#### **IV. Ethiopathogénie :**

Les troubles dépressifs sont multifactoriel englobant plusieurs facteurs de risques biologiques et génétiques et environnementaux.

Chez les patients présentant es états dépressifs on observe l'implication de plusieurs systèmes biologiques de neurotransmission monoaménergiques (sérotonine, noradrénaline, dopamine) l'axe corticotrope, des biomarqueurs inflammatoires, des neutrophines (BDNF), ainsi que des boucles fronto-sous- corticales. [2]

#### **V. Historique de la classification des troubles dépressifs :**

##### **V.1. Dichotomie endogène-exogène :**

Longtemps utilisée, la dichotomie endogène-psycho-gène s'inspirait de la classification de Kraepelin. Elle distingue cinq formes cliniques :

- La psychose maniacodépressive ou dépression endogène ;
- La dépression névrotique ou dépression exogène ;
- La dépression d'involution ;
- La dépression symptomatique d'une autre affection ;
- La personnalité dépressive.

Dans l'opposition endogène-exogène, la mélancolie de la psychose maniacodépressive est la dépression de référence. Elle est caractérisée par une dépression endogène, d'origine constitutionnelle dont l'évolution est autonome avec des récurrences spécifiques marquées par des signes d'endogénéité : ralentissement psychomoteur, idées de culpabilité, amaigrissement, signes végétatifs, peu ou pas de réactivité à l'environnement. La dépression exogène est caractérisée par l'absence de critère d'endogénéité, sa survenue est réactionnelle à des facteurs d'environnement qui modulent l'humeur dépressive, conférant

Un caractère « relationnel » aux plaintes du déprimé. Si l'amélioration est possible dans le temps, l'humeur dépressive varie aussi avec les contingences environnementales mais en définitive demeure. La dépression exogène ou psycho-gène est distinguée en deux formes, la dépression réactionnelle à un événement extérieur déclenchant, et la dépression névrotique liée à des conflits internes ou à un dysfonctionnement de la personnalité.[5]

La difficulté de cette distinction obligeait à utiliser, dans de nombreux cas, le diagnostic de dépression névroticoréactionnelle. Cette dichotomie, trop simple au regard de la complexité et de l'hétérogénéité clinique et étiologique des états dépressifs, fut mise en doute de longue date et infirmée par des études systématiques et des analyses statistiques qui rejettent cette dichotomie en l'absence de distribution bimodale des dépressions.[5]

En effet, si ces études retrouvent un profil symptomatique caractéristique de la dépression endogène, elles ne mettent pas en évidence de facteurs névroticoréactionnels distincts dans la dépression psychogène. Ainsi, dans la dépression endogène où les facteurs biologiques prévalent, les facteurs d'environnement et de personnalité interviennent également pour favoriser leur survenue ou prolonger l'évolution de l'état dépressif. Cette dichotomie fut donc rejetée au profit d'une conception nosologique unitaire des troubles dépressifs avec continuité possible entre unipolarité et bipolarité, envisagée par Perris en 1973 .[5]

Toutefois, la notion de dépression réactionnelle ou névrotique reste utilisée en pratique. Elle s'inscrit dans une conception d'une étiologie multifactorielle de la dépression. Elle est utilisée pour préciser le facteur déclenchant prévalent et non exclusif.[5]

En effet, ce qui détermine la survenue d'une dépression, ce n'est pas seulement l'événement mais aussi son impact subjectif (aspect cognitif) et son écho qui prend sens pour le patient (aspect psychodynamique). Enfin, les capacités d'adaptation sont liées aussi au tempérament et son éventuelle vulnérabilité biologique ainsi qu'aux caractéristiques de la personnalité. Ce sont ces différents registres de connaissance qu'il s'agit d'appréhender pour comprendre et traiter la dépression en fonction de la singularité de chaque patient.[5]

### **V.2. Dépression unipolaire et dépression bipolaire :**

#### **V.2.1.Existence d'accès maniaque ou mixte :**

La distinction dépression unipolaire et dépression bipolaire dans la classification des dépressions s'appuie sur la sémiologie dont l'élément fondamental est l'existence d'un accès maniaque, hypomaniaque ou mixte qui signe la bipolarité. Il peut survenir lors d'un premier épisode du trouble bipolaire mais apparaît, le plus souvent, dans l'évolution d'une dépression jusque-là reconnue comme unipolaire. Cette distinction est confortée par l'épidémiologie, la dimension génétique, et la réponse à la thérapeutique.[5]

Dans la dépression unipolaire, la prévalence, en population générale, est de 5 %, le sex-ratio est de deux femmes pour un homme, les épisodes dépressifs sont moins aigus, moins

précoces, moins fréquents, sans dimension familiale tangible et sans signe d'endogénéité. La prévention par les antidépresseurs est proposée.[5]

Dans la dépression du trouble bipolaire, la prévalence en population générale est de 1 %,

Le sex-ratio est égal à 1, les accès dépressifs sont plus aigus, plus précoces, plus fréquents, avec des signes d'endogénéité le plus souvent présents. La dimension génétique implique un risque de morbidité statistique en fonction de la parenté. Il est de l'ordre de 10 % pour les parents de 1er degré d'un patient souffrant d'un trouble bipolaire. La distinction unipolaire et bipolaire a donc un intérêt pronostique et thérapeutique. Le traitement curatif des épisodes dépressifs aigus est identique dans les deux modalités de dépression ; en revanche, la prévention des récurrences est différente. Si les antidépresseurs sont proposés dans les dépressions unipolaires, ce sont les normothymiques qui sont indiquées dans la dépression du trouble bipolaire. Soulignons que les antidépresseurs prescrits de façon intempestive dans le trouble bipolaire augmentent le risque de récurrence maniaque : la bipolarité est donc à rechercher devant toute dépression.[5]

### **V.2.2. Recherche d'hypomanie :**

Si, dans la bipolarité de type I, le diagnostic est facile puisque les accès dépressifs et maniaques sont francs, il n'en est pas de même dans les troubles bipolaires où des accès d'hypomanie discrets sont souvent méconnus.[5]

La recherche d'hypomanie discrète s'impose devant un patient souffrant d'épisodes dépressifs majeurs, caractérisés : l'entretien doit s'efforcer de retrouver des éléments hypomaniaques, en particulier une légère euphorie transitoire, une discrète subagitation, des dépenses inconsidérées, des sorties plus fréquentes, une familiarité excessive, tout signe transitoire que le patient n'exprime pas spontanément mais qui oriente vers une bipolarité.

Cette éventualité d'une maladie bipolaire est grandement confortée s'il existe, parmi les collatéraux ou les ascendants, un membre de la famille souffrant d'une maladie maniaco-dépressive.[5]

### **V.2.3.Éventualité d'un trouble cyclothymique :**

Il faut s'enquérir de l'éventuelle existence d'un trouble cyclothymique ; ce trouble est caractérisé par des mouvements d'humeur de faible amplitude, dans le sens de l'hypomanie ou de la dépression. Souvent considéré comme un trait de personnalité, il mérite l'attention. Le malade reconnaît rarement ce comportement qui est le plus souvent rapporté par les

proches qui signalent, à juste titre, cette variation d'humeur. Si elle est considérée comme étant un subsyndrome maniacodépressif, dès lors d'éventuelles survenues d'un état dépressif majeur sont intégrées dans une maladie maniacodépressive. Si cette interprétation reste controversée, il n'en est pas moins vrai que la cyclothymie évoque une potentialité maniacodépressive. [5]

### VI. Classifications internationales :

#### VI.1. Classification de l'Association américaine de psychiatrie :

##### Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (DSM V)

##### VI.1.1. Troubles unipolaires :

On distingue :

- Le *trouble dépressif majeur* constitué d'un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs, c'est-à-dire caractérisés. L'intensité légère, moyenne ou sévère est notée de façon globale indépendamment du nombre de critères présents. L'épisode dépressif majeur s'intègre dans un trouble bipolaire lors de la survenue d'un premier épisode maniaque ou hypomaniaque ;
- Le *trouble dysthymique*, caractérisé par une humeur dépressive présente la majeure partie du temps, au moins pendant 2 ans, représentant une dépression chronique dont les symptômes ne répondent pas aux critères dépressifs majeurs ;
- Le *trouble dépressif non spécifié*, retenu afin de pouvoir coder les troubles d'allure dépressive qui n'entrent pas dans les catégories précédemment décrites ;
- Les *troubles de l'adaptation avec humeur dépressive ou humeur mixte* anxieuse et dépressive sont classés dans le chapitre des *troubles de l'adaptation*. [5]

##### VI.1.2. Troubles bipolaires :

On distingue :

- Le *trouble bipolaire I* constitué d'un ou plusieurs épisodes maniaques ou mixtes, le plus souvent accompagné d'épisodes dépressifs majeurs ;
- Le *trouble bipolaire II* constitué d'un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs, accompagnés au moins par un épisode hypomaniaque ;
- Le *trouble bipolaire III* qui correspond à des épisodes dépressifs majeurs d'allure mélancolique avec des manies pharmaco-induites ;

- Le *trouble cyclothymique* dont la durée est d'au moins 2 ans. Il est constitué par de nombreux épisodes d'hypomanie, ne satisfaisant pas au critère d'épisode maniaque et d'épisodes dépressifs qui ne remplissent pas les critères d'épisode dépressif majeur ;
- Le *trouble bipolaire non spécifié*, retenu afin de pouvoir coder les troubles avec des caractéristiques bipolaires précédemment décrits.[5]

### VI.1.3. Formes cliniques expérimentales

À ces différentes formes cliniques décrites, le manuel du DSM V propose en outre des catégories diagnostiques « à l'essai » qui doivent être validées par les travaux de recherche en cours :

- Le trouble dépressif postpsychotique de la schizophrénie ;
- Le trouble dysphorique prémenstruel ;
- Le trouble dysthymique : amélioration de sa définition ;
- Le trouble dépressif mineur : deux symptômes dépressifs présents pendant au moins 2 semaines, nombre insuffisant pour répondre à un épisode dépressif majeur ;
- Le trouble dépressif bref récurrent ;
- Le trouble mixte anxiété-dépression déjà isolé dans la CIM10 ;
- La personnalité dépressive : autocritique, tendance à la rumination, vision négative de soi et d'autrui, tendance à la culpabilité et aux remords.[5]

### VI.2. Classification de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : classification internationale des maladies (CIM) 10 ou ICD (10e édition, 1992) :

Elle ajoute le *trouble dépressif récurrent* et le *trouble anxieux et dépressif mixte*.

Elle distingue les mêmes autres catégories en précisant le degré d'intensité, la présence en fonction du nombre de critères présents. Elle précise la présence ou non de troubles psychotiques associés congruents ou non à l'humeur. Elle note l'existence éventuelle d'un syndrome somatique « mélancolique » ou « biologique ».[5]

### VII. Critères diagnostiques de dépression :

Chaque trouble ou catégorie est défini par un regroupement caractéristique de critères descriptifs, symptomatiques, permettant aux cliniciens et aux chercheurs de comparer des groupes homogènes de patients. Toutefois, ces regroupements excluent un nombre important de sujets non classables.[7]

### VII.1. Critères du DSM V :

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

1. **NB** : Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection générale.
  1. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (sentiment de tristesse ou vide) ou observée par les autres (pleurs).
  2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours.
  3. Perte ou gain de poids significatif (5%) en l'absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit tous les jours.
  4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
  5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours.
  6. Fatigue ou perte d'énergie tous les jours.
  7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut-être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
  8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
  9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.
2. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
3. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.
4. L'épisode ne répond pas aux critères du troubles schizoaffectif et ne se superpose pas à une schizophrénie, à un trouble schizophréniforme, à un trouble délirant ou à une autre trouble psychotique.

5. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

**Note :** La réponse normale et attendue en réponse à un événement impliquant une perte significative (ex : deuil, ruine financière, désastre naturel), incluant un sentiment de tristesse, de la rumination, de l'insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids, peuvent ressembler à un épisode dépressif. La présence de symptômes tels que sentiment de dévalorisation, des idées suicidaires (autre que vouloir rejoindre un être aimé), un ralentissement psychomoteur, et un altération sévère du fonctionnement général suggèrent la présence d'un épisode dépressif majeur en plus de la réponse normale à une perte significative.[7]

### **VIII. Données épidémiologiques :**

**Morbidité dépressive** La prévalence occasionnelle ou prévalence de la dépression unipolaire dans la population générale est de 5 %, correspondant à 3 millions de personnes déprimées en France. **nouvel examen** De récentes études nord-américaines d'envergure menées en population générale, notamment l'étude ECA , montrent que la prévalence annuelle des troubles de l'humeur est épisodique. La dépression majeure, la dysthymie et le trouble bipolaire étaient de 5,1 %, et non les 9,5 % rapportés dans les résultats précédents . L'incidence à vie est de 15 %, ce qui représente un risque de dépression à vie. Les femmes sont deux fois plus susceptibles de souffrir de troubles dépressifs que les hommes.

D'épisode dépressif majeur ou proéminent. La dépression unipolaire est une maladie courante et récurrente. Environ 50 % des patients rechuteront dans les 2 ans suivant leur dépression initiale et 75 % connaîtront des rechutes plus ou moins prolongées. 20% des dépressions évoluent vers la dysthymie. La dysthymie est une dépression de faible intensité qui dure plus de 2 ans et entraîne une déficience sociale. [5]

La prévalence dans la population générale est d'environ 3 %, et lorsque le ratio (ou ratio) atteint 2,5 à 3 femmes pour 1 homme au-delà de 60 ans, le ratio augmente au détriment des femmes. La prévalence de la dépression due au trouble bipolaire est d'environ 1 % de la population générale. Le ratio hommes-femmes est égal à 1 et il y a égalité entre les femmes et les hommes indépendamment de leur origine culturelle ou de leur statut socio-économique.[5]

### **IX. Morbidité et mortalité suicidaire :**

Si le suicide représente un risque grave majeur de dépression, il en va de même pour un risque somatique vital. Bien moindre cependant les dépressions stuporeuses nécessitant des soins médicaux urgents. Les recherches montrent qu'il y a 120 000 à 150 000 tentatives de suicide par an en France, dont 30% sont liées à la dépression, et 12 000 suicides, dont 50% à

80% sont le fait de personnes souffrant de dépression. Les femmes font deux fois plus de tentatives que les hommes. Les hommes se suicident deux fois plus souvent que les femmes. Le suicide est la première cause de décès chez les jeunes de 15 à 34 ans. Les patients déprimés sont 30 fois plus susceptibles de se suicider que la population générale. Des études de suivi de patients souffrant de dépression majeure montrent que 15 % meurent par suicide et 10 % des suicides sont dus à des personnes atteintes de maniaque-dépression (trouble bipolaire). Cela comprend le suivi des personnes souffrant de dépression et des personnes à risque de suicide, quelle que soit leur origine .[5]

La prévention du suicide comprend les facteurs de risque, en particulier la gravité de la dépression et la probabilité de suicide, les facteurs personnels et environnementaux qui contribuent à la dépression, et l'évaluation générale, y compris, mais sans s'y limiter, des facteurs de risque pertinents : antécédents personnels ou familiaux de tentative de suicide, premières années d'épisodes dépressifs et consommation de substances toxiques, notamment d'alcool . Les personnes déprimées sont trois fois plus susceptibles de consulter un médecin que les personnes non déprimées et devraient être utilisées pour un dépistage précoce. Les praticiens ont suivi une formation spéciale. À l'exception des maladies cardiovasculaires, les patients déprimés ont une moins bonne qualité de vie que les autres conditions physiques.[5]

- On note aussi une particularité pour une tranche de la population spécifiquement étudiante universitaire notamment ceux des sciences médicales ou l'estimation sommaire de la prévalence de la dépression ou des symptômes dépressifs chez les étudiants en médecine était de 27,2 % et celle des idées suicidaires était de 11,1 %. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour identifier des stratégies de prévention et de traitement de ces troubles dans cette population.[8]

### **X. Données démographiques :**

L'*influence de l'âge* est retrouvée dans les tranches d'âge les plus touchées par un épisode dépressif majeur, c'est-à-dire chez le sujet jeune et chez l'adulte d'âge moyen (18-44 ans) en remarquant que la femme est davantage atteinte (4 %) que l'homme (2,3 %). Il en est de même pour la tranche d'âge 45-65 ans : femme 4,8 %, homme 1,9 %. Au-delà de 65 ans, l'écart est également noté chez la femme, 2,3 %, et chez l'homme, 1 %.

La prévalence des dysthymies s'élève de 18 à 64 ans chez la femme ; les épisodes dépressifs majeurs ont une prévalence plus élevée entre 25 et 35 ans chez la femme, puis diminuent au fur et à mesure que l'âge avance.[5]

La dépression chez l'enfant est retrouvée avec une prévalence de l'ordre de 2 % dans la population générale. Si cette prévalence est plus élevée chez le garçon avant la puberté, en revanche, après celle-ci, la *sex-ratio* est comparable à celui de l'adulte, c'est-à-dire qu'on dénombre deux femmes dépressives pour un homme.[5]

### **XI. Syndrome dépressif typique :**

Il correspond à l'épisode dépressif majeur des Anglo-Saxons, c'est-à-dire caractérisé, comprenant les différents symptômes de la dépression, quelle que soit leur intensité.[5]

#### **XI.1. Humeur dépressive :**

Elle constitue le trouble émotionnel le plus tangible d'un état dépressif et lui confère, par son intensité, son degré de sévérité. Elle s'exprime sous différents aspects.

La tristesse pathologique marquée par un pessimisme à l'encontre de soi et du monde. Elle donne d'emblée une tonalité à la dépression : le découragement amplifie ce mal être, l'abattement le péjore, le désespoir l'aggrave. La douleur morale tarabaudante, persistante, incontrôlable, envahit les pensées que le patient soit réticent et « honteux » de son état ou qu'il se dise « déprimé » ou « las », « épuisé », « sans force », « à bout ». Le désintérêt participe à l'incapacité d'anticipation, à l'absence de projet en un présent et un avenir définitivement sombre.[5]

L'affectivité s'émousse, et le plaisir s'évanouit. Les situations agréables ne sont plus perçues comme telles : l'anhédonie dépressive s'installe. Cette perte de plaisir peut être perçue avec une conscience aiguë d'anesthésie affective qui engendre une souffrance extrême et souvent une culpabilité à l'égard des proches : « je ne sais plus aimer », « ma fille, mes petits-enfants ne m'intéressent plus ».[5]

Cette indifférence affective, cette hypothyrie culpabilisante qui est énoncée sur un ton monocorde, las, peut être remplacée par une hyperthyrie douloureuse dont témoigne une sensibilité excessive avec pleurs réitérés face aux tracas habituels de la vie quotidienne qui réactive et aiguise la douleur morale. Cette humeur dépressive, variable dans la journée, maximale le matin, apparaît d'emblée lors d'un réveil précoce réitéré. Elle teinte en sombre la journée à venir.[5]

Le patient, en proie à un pessimisme redoublé, envahi par une apathie exacerbée, « souffre le martyr » et, paradoxe évocateur, ce découragement matinal qui peut s'amplifier jusqu'au désarroi, lors d'une journée épuisante, s'améliore en « un léger mieux » transitoire, le soir.

L'humeur dépressive, la tristesse, le désintérêt, la perte de plaisir, peuvent être toutefois au second plan, masqués par une dysphorie avec une humeur irritable, irascible, qui peut être péjorée par des explosions de colère, d'agressivité sur un fond de lassitude et d'émoussement affectif. L'anxiété, associée à la tristesse pathologique, participe au pronostic immédiat. [5]

Permanente, elle aggrave le pessimisme en l'infiltrant d'une crainte, d'une menace imminente. L'avenir, qui est déjà vécu comme sombre, peut alors être perçu comme étant sans issue, catastrophique. L'attente devient intolérable marquée par une hypervigilance, anxieuse, agitée qui remplace le ralentissement (dépression agitée). [5]

L'agitation est accrue par l'incapacité à se détendre physiquement : muscles tendus, boule dans la gorge, tension épigastrique, avec nausées et perturbation neurovégétatives telles que chaud-froid, précordialgies, céphalées.[5]

L'anxiété peut s'organiser en des symptômes phobiques, obsessionnels. Elle peut prendre l'allure d'un trouble panique.[5]

Elle augmente ainsi le risque suicidaire. Il devient maximal lors des *raptus anxieux* où le patient, en proie à un désarroi majeur, ne voit que la mort comme seule issue à ses tourments.[5]

L'anxiété est à évaluer avec précision. Elle est un des éléments majeurs du pronostic et doit être, lorsqu'elle est intense, réduite rapidement par les thérapeutiques.[5]

### **XI.2. Troubles cognitifs :**

#### **XI.2.1. Représentations cognitives :**

Elles témoignent du pessimisme au travers de distorsions de pensées dominées par la mésestime de soi : « je ne suis pas à la hauteur », « je n'ai pas les capacités nécessaires ». Cette dévalorisation peut s'accompagner d'un sentiment de culpabilité « je n'ai pas fait suffisamment d'efforts dans ma vie », « j'aurai dû travailler davantage ». Cette culpabilité s'amplifie : « je suis un poids pour ma famille », et devenir plus sévère lorsqu'elle s'exprime par des idées d'autoaccusations à dimension délirante : « j'ai mal agi », « je suis un incapable ». À un degré de plus, ce sont des idées délirantes de culpabilité, d'incurabilité, de ruine qui caractérisent la forme dépressive, psychotique, délirante, appelée mélancolie.

Cette représentation pessimiste de soi s'accompagne souvent d'inquiétude corporelle majeure avec des préoccupations d'allure hypocondriaque ou d'idées délirantes hypocondriaques dans la mélancolie : estomac bouché, absence de sang dans les veines. Le

pessimisme s'étend également au monde, passé et présent, péjoré, et au futur qui, incertain, est sans espoir, voire franchement catastrophique.[5]

Cette vision désespérée du monde confronte le patient avec *l'idée de mort*.

Quelle que soit l'intensité d'un état dépressif, *l'évaluation du potentiel suicidaire* est un moment important dans l'entretien avec un déprimé qui est toujours peu ou prou confronté à l'idée de mort, qu'elle soit ou non verbalisée. Il ne faut pas hésiter, avec subtilité, à envisager cette perspective et souvent le patient parle de ses « idées noires » avec un relatif soulagement d'avoir pu les aborder. Attitude qui ne constitue pas pour autant un signe rassurant pour le pronostic et ne doit pas retarder l'hospitalisation.[5]

Le risque suicidaire est fonction du degré de sévérité de l'état dépressif, de l'importance de la dévalorisation, de la mésestime de soi, qui est maximale dans la mélancolie, de l'activité, de la prégnance des idées de mort et du niveau de l'intentionnalité suicidaire, tous signes qui sont aggravés par l'intensité de l'anxiété.[5]

Ainsi, l'idéation suicidaire est d'intensité variable. Interrogation sur l'intérêt de vivre « à quoi bon vivre dans ce monde ? », pensée récurrente de mort où l'interrogation initiale devient plus pressante avec l'idée d'un soulagement envisagé. Apparition d'une intentionnalité de se donner la mort si la situation actuelle se prolongeait. Intentionnalité d'un geste suicidaire avec réflexion sur les modalités possibles de passage à l'acte ultérieur. L'intention manifeste, verbalisée, persistante, de se donner la mort, avec réflexion sur ces possibilités de mise en œuvre signe le risque imminent de passage à l'acte : les mesures d'urgence s'imposent.[5]

L'échelle HARD (humeur, anxiété, ralentissement, danger) de Rufin et Ferreri , permet, sur la symptomatologie dépressive, de calculer un indice suicidaire.

Il existe, outre l'intensité dépressive, des facteurs de risque qui aggravent le potentiel suicidaire :

- Les antécédents suicidaires personnels et familiaux ;
- Le degré d'impulsivité lié à la personnalité ;
- La prise de toxiques, notamment d'alcool qui abaisse la maîtrise de l'impulsivité;
- Les facteurs démographiques péjoratifs en particulier l'homme, l'adulte jeune, le célibat, les conflits relationnels, l'environnement dépressogène, l'isolement, le chômage, les difficultés économiques, l'absence d'aide, de recours.

Il faut souligner que le potentiel suicidaire peut rapidement varier dans le temps dans le sens d'une aggravation et qu'il existe des dépressions trompeuses qui retardent le diagnostic et la thérapeutique.[5]

### **XI.2.2. Distorsions cognitives :**

L'attention est réduite et la fatigabilité apparaît rapidement : la concentration décroît avec l'intensité et la durée de l'effort intellectuel.

La mémoire à court terme, c'est-à-dire la mémoire de travail, est perturbée par une distorsion des capacités attentionnelles, dirigée préférentiellement sur des éléments négatifs qui sont amplifiés au détriment des éléments positifs.

La mémoire biographique se focalise sur les épisodes douloureux, dramatisés, au détriment d'épisodes heureux qui ne sont pas spontanément remémorés, voire récusés.

La pensée dépressive est une pensée contrainte, perturbée, marquée par le pessimisme de soi et du monde, témoignant à des degrés variables des interprétations erronées, péjoratives de la réalité. L'anxiété associée accroît les troubles cognitifs.

La diminution des ressources attentionnelles et la chute de performance en mémoire explicite ou déclarative caractérisent le profil cognitif du patient dépressif. Le phénomène de congruence de l'humeur entraîne un biais cognitif en faveur d'une remémoration meilleure des souvenirs douloureux.[5]

Les troubles de la mémoire sont souvent les premiers et derniers symptômes de la dépression, leur dépistage est important à réaliser.[5]

### **XI.3. Troubles conatifs :**

Ces représentations négatives s'accompagnent de troubles *conatifs* dominés par l'aboulie, caractérisés par un fléchissement des capacités d'effort, d'initiative, d'anticipation. Cette incapacité à terminer une tâche, à élaborer un projet, à se projeter dans un avenir possible, ressentie douloureusement, est caractéristique d'un état dépressif.[5]

#### **XI.3.1. Ralentissement psychomoteur :**

D'emblée, il oriente le diagnostic dans la majorité des cas et est remplacé, dans 10 % des dépressions, par une subagitation visible.

### **XI.3.2. Ralentissement moteur :**

C'est un des signes caractéristiques de l'état dépressif marqué par un faciès peu expressif, donnant une impression de tristesse.

Les épaules sont voûtées, la démarche, la gestuelle sont ralenties.

La voix est lente, monocorde, affaiblie, suspendue par des pauses, des soupirs, témoignant de l'engourdissement de la pensée.

Le ralentissement moteur peut aller d'une lenteur modérée à la prostration, voire la catatonie.[5]

### **XI.3.3. Ralentissement psychique :**

Le patient se plaint de fatigue intellectuelle, avec difficulté à tenir l'effort lors d'une tâche, même simple, habituelle. Il a des difficultés à lire l'article de son quotidien, à regarder la télévision et ne peut effectuer des tâches complexes.

L'attention, la concentration, le jugement, demandent un effort important pour vaincre la lenteur des processus intellectuels.

Le déprimé est caractérisé par sa lenteur idéatoire, ses réponses retardées, courtes, soutenues par un effort tangible pénible, pour répondre aux questions .[5]

### **XI.4. Signes somatiques :**

Ils sont engendrés par les perturbations psychobiologiques de la dépression et précèdent souvent l'installation des symptômes psychiques. Ils peuvent être prévalents et occulter alors les symptômes psychiques qui restent discrets, caractérisant la dépression dite masquée.

Lors d'éventuelles récurrences dépressives, ils sont reconnus par le patient comme des symptômes annonciateurs et invitent à mettre en œuvre ou à aménager la thérapeutique.[5]

### **XI.5. Asthénie :**

Elle est le symptôme le plus fréquent et souvent le plus précoce. Elle s'aggrave à l'effort qu'il soit psychique, lors d'activités intellectuelles ou relationnelles, ou physiques. Elle s'exprime subjectivement par une lassitude, une impression de fatigue psychique avec difficultés à trouver et à agencer ses idées, à faire des projets et, sur le plan physique, une impression de lourdeur musculaire qui peut aller jusqu'à l'épuisement.

L'asthénie s'accompagne de multiples plaintes, notamment douloureuses, qui paradoxalement, peuvent s'améliorer de façon fugace à l'effort. L'ensemble de la

symptomatologie s'améliore progressivement en cours de journée, pour être perçue comme un discret mieux, le soir.[5]

### **XI.6. Troubles du sommeil :**

Le sommeil est perturbé, non réparateur. Si la majorité des patients souffrent d'insomnie, 10 % environ se plaignent d'hypersomnie avec réveil tardif et sieste prolongée, sans qu'il y ait un effet réparateur sur la lassitude.

L'insomnie touche l'endormissement qui est difficile. Le patient anxieux rumine les mêmes faits de la journée, ne pouvant trouver un moment de détente musculaire et de calme psychique facilitant le sommeil. Au milieu de la nuit apparaissent des rêves pénibles engendrant des réendormissements difficiles ou impossibles, parfois des cauchemars avec réveil en sursaut. La fin de la nuit est interrompue par un réveil précoce avec impossibilité de se rendormir, évocateur d'un trouble dépressif.

Le patient, déjà fatigué, est d'emblée envahi par une douleur morale intense avec idées pessimistes réitérées, voire mortifères où l'anticipation de la journée n'est perçue qu'à travers un effort épuisant et une souffrance intense. Les divers temps successifs du sommeil peuvent être perturbés, entraînant une dyssomnie mixte non réparatrice. Le tracé du sommeil montre une avance de phase avec raccourcissement du temps de la latence de l'apparition du sommeil paradoxal, une réduction du sommeil lent profond qui est la phase réparatrice du sommeil, expliquant sans doute une partie de l'épuisement ressenti au réveil.[5]

### **XI.7. Troubles de l'appétit :**

L'appétit est dominé par une anorexie. Elle peut n'être qu'un désintérêt pour la nourriture mais recouvre le plus souvent un dégoût alimentaire avec perte de poids dont l'intensité est un facteur de gravité. L'hyperphagie est retrouvée chez 10 % des patients, caractérisée le plus souvent par des accès boulimiques lors de bouffées anxiodépressives que le patient tente ainsi de calmer.[5]

### **XI.8. Troubles sexuels :**

La réduction du désir sexuel, avec impuissance et frigidité, est habituelle à la période d'état. Au début, lors de l'installation de l'état dépressif, peut apparaître une lutte contre cet envahissement, marqué par une excitation sexuelle transitoire. La baisse de la libido doit être recherchée, elle est, avec l'insomnie et les troubles de la mémoire, un des symptômes les plus tardifs à disparaître. [5]

### **XI.9. Troubles urinaires :**

Ils sont possibles avec pollakiurie, dysurie, miction impérieuse, brûlures à la miction qui apparaissent dans un contexte d'anxiété dépressive.[5]

### **XI.10. Troubles digestifs :**

Ils sont habituels, en particulier nausées, dysphagie, dyspepsie, lenteur de la digestion, ballonnements, qui s'accroissent lors des acmé anxieuses.[5]

### **XI.11. Troubles cardiovasculaires :**

Ils sont fréquents, notamment tachycardie, bouffée vasomotrice, oscillations tensionnelles témoignant d'une hyperactivité du système nerveux autonome chez les déprimés anxieux. En revanche, hypotension, bradycardie vagotonique, touchent préférentiellement les déprimés ralentis.[5]

### **XI.12. Troubles musculaires :**

La fatigue, l'épuisement musculaire, s'accompagnent de contractures, de crampes, de myalgies erratiques.[5]

### **XI.13. Troubles neurologiques**

Les céphalées sont fréquentes avec sensation de vertiges. Les cénesthésies, les paresthésies sont possibles.[5]

## **XII. Évolution :**

### **XII.1. Évolution de l'épisode dépressif aigu :**

#### **XII.1.1. Évolution spontanée :**

Elle se fait vers la guérison avec disparition des symptômes en environ 6 mois, dans la majorité des cas (80 %). Les antidépresseurs raccourcissent les délais de guérison à environ 2 à 6 semaines. Cependant, comme nous le verrons dans les formes cliniques, cette durée peut varier dans certains états dépressifs de 2 à 3 jours pour les dépressions récurrentes brèves, et dépasser 2 ans dans les formes chroniques. Pour éviter les redites, les modes évolutifs sont développés dans les formes cliniques.[5]

#### **XII.1.2. Évolution sous traitement :**

La clinique permet de reconnaître des indices défavorables aux thérapeutiques, notamment un retard à la mise sous antidépresseur, une durée d'évolution prolongée de l'épisode dépressif, une anxiété importante, la présence d'idées délirantes, un état mixte, un premier épisode dépressif tardif chez un sujet âgé, une rémission partielle et la présence de

symptômes résiduels, un trouble de la personnalité. En revanche, l'existence de signes d'endogénéité induisant souvent une sévérité dépressive est un élément favorable.[5]

Ce ne sont que des indices de prédiction relative d'une évolution qui demeure variable.

- La *rémission complète* est caractérisée par une amélioration telle que le patient ne satisfait plus aux critères diagnostiques d'épisode dépressif majeur. Le score total est inférieur ou égal à 7 à l'échelle de dépression de Hamilton (HDRS) ou inférieur à 10 à l'échelle de Montgomery et Asberg (MADRS).[5]
- La *guérison* correspond à une période de rémission complète égale ou supérieure à 6 mois.
- La *rémission partielle* constitue une amélioration clinique telle que le patient ne satisfait plus les critères diagnostiques d'un épisode dépressif majeur, tout en souffrant de symptômes discrets. Le score à l'échelle de Hamilton se situe entre 8 et 15. Elle touche environ 30 à 50 % des patients selon l'âge, la sévérité de la dépression, la précocité du traitement et atteindrait 80 % chez les patients âgés. Les symptômes résiduels de la rémission partielle sont similaires aux symptômes prodromiques de l'épisode dépressif actuel, ils sont représentés le plus souvent par l'humeur dépressive, l'anxiété, la réduction de l'intérêt pour les activités habituelles. La rémission partielle est un facteur de risque de rechute et de récurrence 3 à 6 fois plus élevé que lors d'une rémission complète.[5]
- La *rechute* est constituée par la réapparition des symptômes avant la guérison, c'est-à-dire avant une période asymptomatique égale ou supérieure à 6 mois. La prévalence des rechutes est de 50 %. Elle est réduite de moitié par le traitement. La rechute s'intègre dans un même épisode dépressif aigu alors que la récurrence correspond à la survenue d'un nouvel épisode dépressif.[5]
- L'*absence de rémission* témoigne d'une résistance au traitement, facteur de passage à la chronicité.
- La *dépression résistante* : la résistance à un antidépresseur est jugée après 4 semaines d'un traitement prescrit à doses efficaces. La résistance totale médicamenteuse correspond à l'absence de réponse à deux traitements antidépresseurs bien conduits avec deux classes différentes d'antidépresseurs dont l'une tricyclique. Certains auteurs ajoutent, pour accréditer une résistance totale biologique, l'échec de la pratique de la psychothérapie.[5]
- Le *suicide* : l'évolution des états dépressifs comporte un risque de degré variable de passage à l'acte suicidaire. L'évaluation renouvelée du potentiel suicidaire est

un point important qui conditionne le plus souvent l'hospitalisation. Trente pour cent des tentatives de suicide sont dues à un état dépressif alors que 15 % des déprimés décèdent par suicide. Qu'il s'agisse d'un acte impulsif, notamment d'un raptus anxieux ou d'un acte prémédité, l'acte suicidaire survient le plus souvent dans les premiers temps de la dépression, en particulier lors d'une mélancolie anxieuse dont le potentiel suicidaire est très élevé.[5]

### **XII.1.3. Évolution à distance :**

L'évolution à distance, c'est-à-dire après la guérison de l'épisode dépressif aigu, qui resterait unique dans 20 % des cas, peut prendre deux aspects particuliers, soit des récurrences uniquement dépressives représentant la dépression unipolaire, soit des récurrences dépressive, maniaque ou mixte définissant le trouble bipolaire.[5]

### **XII.1.4. Évolution unipolaire**

L'épisode dépressif unique concerne environ 20 à 30 % des patients.

Les *dépressions récurrentes*, c'est-à-dire à partir de la deuxième récurrence, touchent 70 à 80 % des patients. Environ 50 % des déprimés récidivent dans les 2 ans après un premier épisode et 75 % des déprimés auront un troisième épisode dépressif dans les 10 ans qui suivent. Celui-ci augmente fortement la probabilité d'une récurrence qui atteint 87 % dans les 5 ans suivants. À partir de 65 ans, les récurrences, cependant, semblent diminuer mais les rémissions sont davantage partielles et le passage à la chronicité plus fréquent.[5]

Vingt à 30 % des patients récidivent, quelle que soit la thérapeutique. Environ 40 à 50 % demeurent en rémission sous placebo. Trente pour cent des patients atteints de dépression récurrente bénéficient de la thérapeutique préventive. Ces patients à risque méritent d'être mieux reconnus.[5]

La dépression chronique correspond à un état dépressif qui se prolonge sur une période égale ou supérieure à 2 ans, spontanément ou en dépit des traitements entrepris. Elle correspond dans la majorité des cas à la dysthymie ou trouble dysthymique, dépression d'intensité modérée sans épisode dépressif majeur ou sans symptôme d'un épisode dépressif majeur en rémission partielle.[5]

### **XII.1.5. Évolution bipolaire**

Il est estimé que 10 % des dépressions unipolaires évoluent vers la bipolarité.[5]

### **XIII. Formes cliniques :**

La sémiologie dépressive varie tant dans son évolution que dans son intensité, son expression sémiologique en fonction de la sévérité respective des symptômes qui engendrent de nombreuses formes cliniques décrites avec précision par différents auteurs. Il existe cependant des formes cliniques principales dont la description est consensuelle.[5]

#### **XIII.1. Formes évolutives :**

##### **XIII.1.1. Dépressions récurrentes brèves**

Elles sont caractérisées par la brièveté évolutive « dépression intermittente de 3 jours ». [5]

##### **XIII.1.2. Dysthymie**

La dysthymie, ou trouble dysthymique, est caractérisée par la présence d'une humeur dépressive dont l'intensité est modérée.

Elle ne comporte pas d'épisode dépressif majeur elle comporte :

###### **XIII.1.2.1. Dysthymie dépressive mineure ou dysthymie subaffective**

Elle est améliorée par le traitement ; 55 % de ces formes se compliquent d'épisodes dépressifs majeurs réalisant une dépression à double forme .[5]

###### **XIII.1.2.2. Dysthymie à spectre caractériel**

Elle est plus fréquente chez les femmes, où les manifestations dépressives s'expriment par des troubles de la personnalité, qui ne répondent pas à la chimiothérapie.[5]

##### **XIII.1.3. Dépression chronique :**

La dépression chronique correspond à un épisode dépressif dont la durée est égale ou supérieure à 2 ans.[5]

##### **XIII.1.4. Formes selon l'intensité :**

L'intensité peut être évaluée par des échelles de dépression : échelle de dépression de Hamilton, échelle de dépression de Montgomery et Asberg, échelle de dépression de Rufin et Ferreri (HARD).[5]

### **XIII.1.4.1. Formes légères**

Elles sont caractérisées surtout par une asthénie physique et psychique avec des idées pessimistes qui permettent encore une activité professionnelle qui est toutefois réduite ou aménagée.[5]

### **XIII.1.4.2. Formes moyennes**

Elles ont une intensité intermédiaire entre les formes légères et les formes sévères.[5]

### **XIII.1.4.3. Formes sévères**

Elles sont marquées par l'importance de la tristesse, de l'anhédonie, du désintérêt, avec des idées suicidaires actives et un retentissement social majeur avec une impossibilité d'accomplir l'activité professionnelle.[5]

## **XIII.2. Formes symptomatiques :**

Elles se situent entre les deux pôles comportementaux de l'agitation et du ralentissement.

### **XIII.2.1. Dépression anxieuse, agitée**

L'anxiété domine le tableau clinique, induisant une subagitation psychique et motrice désordonnée. L'hyperthymie douloureuse à l'environnement avec demande de réassurance s'effectue dans une quête relationnelle constante qui masque les éléments dépressifs. Ils réapparaissent furtivement lors d'une accalmie. Le diagnostic est encore plus délicat lorsqu'existe une acmé anxieuse dont la symptomatologie se rapproche de celle d'une attaque de panique.[5]

Le risque de raptus suicidaire est majeur. Certaines dépressions agitées se rapprochent des dépressions hostiles, des mélancolies anxieuses et des états mixtes.[5]

### **XIII.2.2. Mélancolie anxieuse**

Elle est caractérisée par l'importance de l'agitation anxieuse, associée à des idées suicidaires fréquentes. Le risque de passage à l'acte suicidaire est majeur dans un contexte de raptus anxieux. L'acmé anxieuse peut aussi entraîner une fugue « mélancolique », le plus souvent amnésique, aggravant le risque de geste autoagressif.[5]

La mélancolie anxieuse impose une hospitalisation en urgence. La résistance habituelle aux antidépresseurs et le potentiel suicidaire élevé soulèvent l'indication d'une sismothérapie d'emblée.[5]

### **XIII.2.3. Dépression hostile**

Dans certaines dépressions agitées, l'irritabilité, l'opposition, l'agressivité, sont prévalentes dans la relation à autrui et donc entraînent des doléances de l'entourage affecté par ces troubles du comportement. [5]

L'hostilité est un trouble catégoriel en rupture avec la personnalité habituelle du sujet qui apparaît et disparaît avec la pathologie dépressive.[5]

### **XIII.2.4. Dépression ralentie**

À l'inverse de la dépression anxieuse, agitée, c'est le ralentissement qui domine le tableau clinique dans la dépression ralentie (ralentissement psychomoteur marqué). Dans le registre psychique, la lenteur de la parole corrobore le ralentissement des processus intellectuels et aggrave les troubles cognitifs, marqués par des perturbations de l'attention, de la mémoire, du jugement.[5]

### **XIII.2.5. Mélancolie typique**

Elle est caractérisée, dans sa forme ralentie typique, par :

- une douleur morale intense ;
- un ralentissement psychomoteur important.
- L'anxiété intense, la tristesse, se lisent sur un visage figé, un front où est dessiné, entre les sourcils froncé, « l'oméga » mélancolique.
- La voix est monotone, basse, faible, parfois à la limite de l'audible.
- La démarche est lente, le dos voûté, la gestuelle rare, renforçant le sentiment d'accablement.
- L'asthénie intense confirme l'extrême lassitude du visage.

La tristesse pathologique est profonde, l'anhédonie totale, le désintérêt global. Les propos désespérés sont autoaccusateurs et jugent négativement le monde. À un degré de plus est caractérisée la mélancolie marquée par les idées d'autoaccusation : « je suis un menteur », « j'ai trompé mes collaborateurs », « j'ai passé ma vie à pécher ». Cette autoaccusation est Cette représentation négative de soi et du monde peut être complétée par des idées délirantes de ruine, d'indignité, « je suis un misérable », d'incurabilité « vous ne pouvez rien faire ».[5]

Cette tristesse pathologique est profonde, la douleur morale intense, l'anhédonie totale, le désintérêt global, les propos désespérés témoignent d'un potentiel suicidaire élevé. L'hospitalisation urgente s'impose.[5]

### **XIII.2.6. Mélancolie délirante**

#### **XIII.2.6.1. Idées congruentes à l'humeur**

La mélancolie délirante comprend en outre une construction délirante également *congruente à l'humeur* dans 95 % des cas dont la thématique persécutrice peut s'accompagner d'hallucinations psychiques d'idées de possession avec automatisme mental, syndrome d'influence et idées perçues comme un châtement justifié pour toutes les fautes passées.[5]

#### **XIII.2.6.2. Idées délirantes non congruentes à l'humeur**

Elles recouvrent environ 5 % des mélancolies. Les idées de persécution ne sont plus en rapport avec l'idée de faute, de culpabilité, d'autoaccusation. Elles soulèvent le diagnostic de psychoses dissociatives en particulier avec la schizophrénie affective et les psychoses chroniques.[5]

### **XIII.2.7. Mélancolie stuporeuse**

Le ralentissement psychomoteur peut être maximal aboutissant à l'immobilité, au mutisme, avec impossibilité de boire, de s'alimenter. Le visage figé, les yeux grands ouverts témoignent d'une anxiété majeure et d'un désarroi profond qui frappe et émeut douloureusement l'entourage. Des phénomènes cataleptiques avec maintien des attitudes imposées, peuvent s'associer à cet état stuporeux réalisant la « catatonie mélancolique » qui est une pseudocatatonie où le phénomène de la « roue dentée » lors de la mobilisation du coude, signant le trouble extrapyramidal, est remplacé par le signe du « tuyau de plomb » ou « de la flexibilité cireuse » de la catatonie mélancolique. Le pronostic vital est en jeu, la déshydratation est rapide. Le raptus suicidaire reste possible. Les soins somatiques et psychiatriques sont urgents.[5]

### **XIII.2.8. Dépression mixte**

Elle entre dans le cadre de la bipolarité et associe des troubles hypomaniaques, ou maniaques, et des symptômes dépressifs.[5]

### **XIII.2.9. Dépression confuse**

La confusion mentale domine le tableau clinique, marquée par une altération cognitive avec baisse de l'attention, de la concentration, de la mémoire et du jugement. La conscience est fluctuante, témoignant de l'obnubilation intellectuelle constante avec désorientation temporo-spatiale. [5]

### **XIII.2.10. Dépression saisonnière**

La possibilité de récurrence dépressive, en fonction des saisons, est connue depuis l'Antiquité. [5]

Il touche essentiellement les femmes (86 %) à l'âge moyen (35 ans) avec début du trouble vers 26 ans.[5]

L'épisode dépressif commence en octobre, novembre, et dure 3 à 4 mois, quand la luminosité saisonnière est minimale. Il survient sans événement stressant particulier, sans pathologie de la personnalité.[5]

### **XIII.2.11. Dépression atypique**

La terminologie « dépression atypique » est utilisée en France pour qualifier des états dépressifs suspectés d'évoluer vers une schizophrénie et en constituant un mode d'entrée un état dépressif sévère peut s'accompagner de signes dissociatifs ou de symptômes d'allure déficitaire sans qu'ils aient une valeur pronostique.[5]

Ils ont une sémiologie paradoxale, faites essentiellement d'une prise de poids, d'un appétit accru, d'une libido exacerbée et d'une hypersomnie. [5]

### **XIII.3. Dépression en fonction de l'âge :**

#### **XIII.3.1. Dépression de l'enfant**

L'humeur dépressive peut être remplacée chez l'enfant et d'adolescent par une irritabilité et il peut y avoir une absence d'augmentation de poids au lieu d'une perte. [5]

#### **XIII.3.2. Dépression de l'adolescent**

Les manifestations dépressives de l'adolescent posent la question de leur statut. Est-ce un trouble sévère ou un mouvement dépressif inhérent au développement normal de l'adolescence et sans conséquence.[5]

#### **XIII.3.3. Dépression du sujet âgé**

Les études des troubles dépressifs en population générale, chez le sujet âgé ayant plus de 65 ans, ont précisé que la prévalence de l'épisode dépressif majeur est de l'ordre de 2 % et donc que cette pathologie est 2 à 3 fois moins fréquente que chez l'adulte jeune .[5]

### **XIV. Dépression et cultures :**

Les dépressions s'expriment par des symptômes fondamentaux universels : humeur triste, anhédonie, désintérêt et perte de l'initiative, ralentissement psychomoteur, anorexie, insomnie. Cependant, certains de ces symptômes sont influencés par la culture. La

dévalorisation, la culpabilité, l'autoaccusation d'allure mélancolique, les idées et les actes suicidaires sont fréquents dans la pathologie dépressive occidentale et moins fréquents dans les cultures chinoises ou japonaises, rares dans les cultures dites traditionnelles, sans support écrit. Ces disparités sémiologiques tiennent essentiellement à la représentation culturelle de la maladie. Si la représentation est liée à l'atteinte corporelle par des esprits maléfiques, par un envoûtement, la dimension persécutrice est prévalente au détriment de la culpabilité, de l'autoaccusation, du châtement mélancolique, tels qu'on les trouve dans la culture occidentale.[5]

### **XV. Dépression et comorbidité :**

La comorbidité comme modèle de classement privilégié entraîne une segmentation excessive de la pathologie et une augmentation des catégories diagnostiques dont la pertinence clinique est discutable. [5]

### **XVI. Dépression et personnalité :**

La personnalité qui est caractérisée par une certaine stabilité confère au sujet son Moi singulier, son identité. Elle englobe le tempérament et le caractère. Le tempérament correspond à la dimension biologique avec ses composants génétiques qui conditionnent en partie les émotions et les comportements. Le caractère correspond au registre dynamique, adaptatif de la personnalité, acquis lors du développement qui module émotion et comportement. Le comportement, au sens général, apparaît comme l'expression tangible, visible, de la personnalité.[5]

### **XVII. Dépression et stress :**

#### **XVII.1. Humeur dépressive et troubles de l'adaptation :**

Le trouble de l'adaptation est caractérisé par l'apparition d'une réaction inadaptée, dépressive, ne satisfaisant pas aux critères d'épisode dépressif majeur ; Il survient dans les 3 mois suivant un ou des facteurs de stress psychosociaux. Le diagnostic est retenu sur l'existence, soit d'une symptomatologie dépressive exagérée par rapport à la réaction « normale » habituellement attendue à la suite de la situation de stress, soit d'un handicap, une altération manifeste sociale, scolaire ou professionnelle. La durée est variable en fonction des difficultés d'adaptation du sujet et de la persistance de la situation de stress. Elle est de l'ordre de quelques jours à 2-3 mois caractérisant le trouble de l'adaptation aigu. Au-delà de 6 mois, on considère que le trouble devient chronique.[5]

#### **XVII.2. Dépression et état de stress post-traumatique**

Il existe une similitude épidémiologique entre épisode dépressif majeur caractérisé et état de stress post-traumatique ou *post traumatic stress disorder* (PTSD).

Les sex-ratios qui touchent deux femmes pour un homme et la prévalence ponctuelle en population générale de l'ordre de 5 % sont équivalentes dans les deux troubles. En outre, les manifestations dépressives sont impliquées de façon constante dans la constitution d'un état post-traumatique.[5]

Lors de l'apparition d'un PTSD, le diagnostic et le handicap social sont fonction de l'intensité du syndrome de répétition et des comportements d'évitement qui sont aggravés par les manifestations dépressives. Lorsque les PTSD évoluent de façon durable ou se chronicisent, ce sont alors les manifestations anxieuses et surtout les manifestations dépressives qui conditionnent le handicap social. [5]

Elles réalisent le plus souvent un tableau de trouble dysthymique qui, bien que d'intensité modérée, est grandement invalidant. Cette évolution vers la chronicité est émaillée d'épisodes dépressifs caractérisés, le plus souvent liés à des difficultés environnementales. La dépression chronique installée peut être elle-même émaillée d'épisodes dépressifs majeurs. Dans une perspective évolutive, il faut insister sur le fait que l'intensité initiale des manifestations dépressives, lors de l'installation du PTSD, comme leur prévalence, lors d'un PTSD chronique, sont un facteur de gravité pronostique et constituent un risque de voir apparaître une dépression chronique.[5]

### **XVIII. Dépression et maladie organique :**

Les états dépressifs sont fréquents et touchent 20 % des patients atteints de maladies somatiques sévères, invalidantes. La dépression peut être révélatrice de la maladie ou survenir au cours d'une affection somatique connue et traitée. Si toutes les maladies somatiques sévères peuvent entraîner une symptomatologie dépressive, certaines sont réputées dépressogènes.[5]

#### **XVIII.1. Affections neurologiques :**

La maladie de Parkinson peut être révélée par un syndrome dépressif dont les symptômes sont proches : ralentissement psychomoteur, bradypsychie, akathisie.[5]

La maladie de Huntington, souvent précédée longtemps à l'avance par une fatigabilité, un désintérêt, une irritabilité.[5]

La sclérose latérale amyotrophique où la dépression précède souvent les signes organiques.[5]

Certaines tumeurs cérébrales, notamment frontales, caractérisées par l'indifférence, l'adynamie, les tumeurs temporales, pourvoyeuses de crises d'épilepsie et les tumeurs hypophysaires marquées par une anorexie, un amaigrissement, un rétrécissement du champ visuel. Ces troubles cérébraux soulignent l'intérêt de pratiquer un électroencéphalogramme et un scanner cérébral lors d'un premier épisode dépressif et lors de l'apparition de symptômes nouveaux, a fortiori s'ils orientent vers une organicité.[5]

### **XVIII.2. Affections endocriniennes :**

La plus fréquente est l'hypothyroïdie qui devrait être recherchée devant le moindre signe d'appel, notamment une bradycardie, une frilosité, une épilation de la queue des sourcils, et une augmentation pondérale. Elle devrait également être recherchée devant toute dépression résistante aux antidépresseurs.[5]

- L'hyperthyroïdie peut donner le change avec une dépression anxieuse.[5]
- La maladie d'Addison (hypocortisolémie) est caractérisée par une asthénie intense, psychique et physique.[5]
- La maladie de Cushing (hypercortisolémie) où le ralentissement est associé avec des crises d'agitation.[5]
- Le diabète où l'asthénie est fréquente.[5]

### **XVIII.3. Affections cancéreuses :**

Si toutes les affections cancéreuses sont susceptibles d'engendrer un syndrome dépressif, le *cancer du pancréas* expose à des plaintes somatiques avec asthénie et anxiété, qui peuvent apparaître plusieurs mois, voire 2 à 3 ans avant l'apparition des symptômes.[5]

## **XIX. Médicaments dépressogènes**

Les plus fréquents, outre les neuroleptiques et les psychostimulants lors du sevrage, sont la L-dopa, les corticoïdes, mais ils peuvent être stimulants, certains antihypertenseurs, notamment la réserpine, l'alphaméthylidopa, les bêtabloquants les anticancéreux, les immunosuppresseurs.[5]

## **XX. Dépression et alcoolisme**

La dépression est fréquente au cours de l'alcoolisme avec des chiffres de prévalence de l'ordre de 50 % vie entière, variables en fonction des différentes méthodes utilisées.[5]

### **XX.1. Dépression dite « primaire »**

Nous en avons décrit les différentes formes cliniques. Elle précède et induit les abus d'alcool ; elle diffère de la dépression secondaire, qui a ses propres caractéristiques et qui apparaît au cours de l'évolution de l'alcoolisme.[5]

### **XX.2. Dépression secondaire**

Labilité de l'humeur, irritabilité, difficultés relationnelles, qui apparaissent et s'aggravent. Les troubles de l'attention, de la concentration, du jugement, augmentent les difficultés professionnelles.[5]

Le diagnostic est délicat, le patient met souvent en avant les éléments dépressifs et minimise ou méconnaît les abus d'alcool. L'aménagement thérapeutique implique que le patient prenne conscience de ses abus alcooliques. La majorité des dépressions secondaires, soit les deux tiers, s'estompent sans traitement antidépresseur après le sevrage.[5]

La dépression constitue un moment privilégié chez l'alcoolique pour la prise de conscience des excès ou de la dépendance à l'alcool.[5]

### **XXI. Dépression et addiction :**

Les comorbidités addictives (ou encore trouble co-occurent, double diagnostic, diagnostic associé) associées à la dépression sont des troubles dont le diagnostic doit être porté indépendamment, et non pas être simplement notés comme un cluster de symptômes du trouble, ou comme des troubles induits par la prise de toxique.[9]

L'association d'un trouble addictif à une dépression pose un problème pronostique.

En effet, cette association entraîne non seulement une aggravation mutuelle des deux troubles, mais encore un problème de pénalisation dans l'accès aux soins, avec un sous diagnostic important. Pourtant, cette association est fréquente, puisqu'on sait que 30 à 50% des patients admis en psychiatrie en Europe présentent un trouble mental associé à un abus de substance (alcool, sédatifs, cannabis).[9]

Cette association peut avoir de conséquences en termes de retard diagnostique, d'impact pronostique et thérapeutique. quelle que soit l'origine de cette association (tentative d'automédication, dépression induite par l'addiction, conséquence de la dépression ou association fortuite), une double prise en charge psychiatrique et addictologique est toujours justifiée, même si elle s'avère souvent complexe en raison du clivage des différentes structures mises à notre disposition.[9]

### **XXII. Dépression de sevrage**

Dans les semaines qui suivent le sevrage peut apparaître une tendance dépressive qui, le plus souvent, par une prise en charge psychologique rapprochée en consultation disparaît spontanément. Plus rarement peut survenir un état dépressif caractérisé qu'il faut traiter précocement en associant un antidépresseur.

En effet, la dépression constitue un facteur de risque de rechute, d'autant qu'il existe chez ces patients fragiles d'autres facteurs défavorables telles des difficultés socioprofessionnelles ou familiales.[5]

## **Chapitre II : La dépression et les étudiants en sciences médicales**

### I. Introduction :

Il existe une prévalence inquiétante de dépression et d'idées suicidaires chez les étudiants en sciences médicales.

Selon une étude faite par la faculté de médecine de l'université de Michigan aux USA, la prévalence de la dépression modérée à sévère était de 14,3 % . Les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de souffrir de dépression modérée à sévère. Les étudiants de troisième et de quatrième année étaient plus susceptibles que les étudiants de première et de deuxième année de déclarer des idées suicidaires ce qui explique plus l'étudiant avance dans ses études plus le trouble sera majorés .[10]

### II. Facteurs de risque de la dépression chez les étudiants en sciences médicales

Le développement des troubles psychologiques serait lié aux facteurs de stress spécifiques à la formation médicale notamment l'importante charge d'informations, et le manque de temps de loisir et divertissement. En effet, les étudiants en médecine passent leurs temps à apprendre comment s'occuper de la santé mentale et physique des autres, mais ils se donnent peu d'importance pour s'occuper de leur propre santé .[11]

Au niveau international, les études s'intéressants à l'équilibre psychologique des étudiants en médecine se sont multipliés ces dernières années.

D'ailleurs l'objectif de ce travail de thèse est d'évaluer la fréquence des symptômes et dépressifs et de déterminer leurs facteurs associés chez une population d'étudiants inscrits à la faculté de médecine.[12]

Le haut niveau de stress perçu était un facteur prédictif des symptômes dépressifs ; cette notion de stress s'explique par la charge des cours à assimiler dans une courte durée notamment le nombre d'examens ainsi même les modalités des examens on peut rajouter à cela que les étudiants en sciences médicales sont susceptibles de développer des troubles dépressifs vu qu'ils se trouvent souvent dans des situations où ils doivent faire face au stress, qu'ils se trouvent face à la mort des patients, qu'ils assurent un grand nombre de gardes de nuit avec le manque de sommeil qui en résulte. Les étudiants essaient de gérer au mieux leur vie, mais ils auraient peu de temps pour leurs familles , leurs amis et leurs loisirs se qui créé une situation d'isolement sociale qui aggrave le stress vécue [12]

### III. Les maladies chroniques chez les étudiants en médecine : quelles interactions avec le stress psychosocial ?

Les maladies chroniques, sont la première cause de mortalité prématurée dans le monde, elles se développent d'une façon progressive et elles ont des causes multiples et complexes. Elles peuvent apparaître tout au long de la vie même avec une prévalence plus important chez le sujet âgé Elles peuvent être de nature psychiatrique ou organique et elles réfèrent aux affections à forte prévalence comme le diabète, l'hypertension artérielle, l'asthme, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, le cancer, les maladies musculo-squelettiques, les maladies transmissibles (Tuberculose et VIH), et les troubles psychiatriques de longue durée comme la dépression ou la schizophrénie

Les maladies chroniques retentissent sur les dimensions sociale, psychologique et économique du patient .[13]

Plusieurs études ont mis en évidence une relation étroite entre le stress psychologique et certaines maladies chroniques, en l'occurrence, les maladies de la peau, les maladies cardiovasculaires, l'asthme, le syndrome du côlon irritable ainsi que les troubles anxieux et dépressifs .[13]

Les étudiants en médecine sont confrontés à des exigences élevées (académiques, familiales, personnelles, et relationnelles) qui causent souvent du stress, de l'anxiété, de la dépression et retentissent sur les niveaux de réussite et la qualité de vie. Les niveaux élevés de stress psychologique peuvent conduire à des affections chroniques psychiatriques, psychosomatiques ou organiques .[13]

Durant les études médicales, Les étudiants subissent beaucoup de stress avec un retentissement néfaste sur la santé physique, la santé mentale, la qualité de vie, l'apprentissage et la productivité.

À l'échelle internationale, certaines études mettent en évidence des niveaux inquiétants d'épuisement professionnel et de détresse psychologique chez les étudiants en médecine. Par ailleurs, les niveaux de stress objectivés chez les étudiants en médecine sont plus élevés par rapport aux autres étudiants de l'enseignement supérieur.

En ce qui concerne les interactions entre les maladies chroniques et le stress psychosocial, des études ont montré un lien fort entre certains évènements de vie stressant et initiation ou récidence de certaines pathologies telles que l'eczéma et le psoriasis. Il a été

également montré l'impact du stress continu l'initiation ou l'exacerbation des symptômes digestifs du syndrome de l'intestin irritable .[13]

Les affections chroniques les plus fréquentes étaient dominées par l'asthme dans , les pathologies psychiatriques (dépression, troubles anxieux, schizophrénie...) et les pathologies gastro-intestinales (Gastrites chroniques, maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), troubles fonctionnels intestinaux..).

Parmi les troubles psychiatriques, le trouble dépressif était le plus fréquent. Le syndrome de l'intestin irritable (SII) est le trouble gastroentérologique le plus fréquent.

Il s'agit d'un syndrome fonctionnel intestinal qui est remarquablement associé au stress et il peut apparaître chez les étudiants qui sont soumis à des exigences du milieu universitaire au cours de leur processus éducatif.[13]

Ce qui suppose que les étudiantes en médecine sont plus vulnérables au stress, et elles sont plus prédisposées au déclenchement et à l'aggravation de maladies chroniques au cours de leur processus académique ainsi que les dernières études montrent une augmentation de la morbidité au fil des années des études médicales.

Notamment l'accumulation des facteurs stressants tout au long des études médicales et le manque de formation en ce qui concerne les stratégies de gestion du stress chez les étudiants et par conséquent l'aggravation de l'état de santé des étudiants en passant d'une année à l'autre

Les maladies chroniques chez les étudiants en médecine semblent être fréquentes selon plusieurs études menées à l'échelle internationale .[13]

La sous-estimation et le sous traitement du fait du manque de temps pour soi des étudiants en médecine, aboutit au retentissement grave sur la qualité de vie, l'état de santé et le rendement académique. Le rôle du stress a été fortement incriminé , d'où l'intérêt de la mise en place d'un programme de formation des étudiants en médecine à la gestion du stress .[13]

#### **IV. Impact des troubles dépressifs sur le rendement des étudiants en sciences médicales**

La dépression affecte très fortement la qualité de vie des étudiants, notamment leur vie sociale et professionnelle et donc leur rendement universitaire.

## **Chapitre II : La dépression et les étudiants en sciences médicales**

---

Les troubles dépressifs peuvent avoir des conséquences néfastes sur le rendement des étudiants en augmentant le risque d'échec ce qui pourrait entraîner une souffrance psychologique durable [14]

La détresse psychologique des étudiants universitaires est associée à plusieurs conséquences graves.[14]

L'une des conséquences les plus souvent rapportées par les étudiants est la présence de difficultés de sommeil ; une autre conséquence est la diminution de la performance académique. La dépression pourrait avoir comme conséquence la baisse des résultats universitaires. La détresse psychologique pourrait également mener à l'abus de substance.

Finalement, la dépression pourrait même engendrer des pensées suicidaires .[14]

**Chapitre III : Prise en charge des troubles  
dépressifs chez les étudiants en sciences  
médicales**

## **I. Prise en charge d'un état dépressif :**

La décision du traitement doit se faire en concertation avec le patient selon ses préférences et l'accessibilité à une psychothérapie.

Il est nécessaire d'aborder tout trouble dépressif sans délai dans sa dimension relationnelle. Avant toute prescription médicamenteuse, la consultation du médecin est l'acte thérapeutique initial.[15]

Il est recommandé d'effectuer un suivi rapproché du patient dès le début de la prise en charge ; la fréquence des consultations nécessaires est laissée à l'appréciation du clinicien.

Il est recommandé de ne pas prescrire un antidépresseur pour traiter :

- les symptômes dépressifs subsyndromiques : symptômes en nombre insuffisant pour remplir les critères d'un épisode dépressif caractérisé ou symptômes d'intensité sévère mais d'une durée inférieure à 2 semaines (selon la CIM-10 ou le DSM-5) ;
- les épisodes dépressifs caractérisés d'intensité légère (selon la CIM-10 ou le DSM-5).[15]

### **I.1. Traitement médicamenteux :**

- Il est recommandé en 1<sup>re</sup> intention de prescrire un ISRS ou un IRSNA ou la miansérine ou la mirtazapine (classe des autres antidépresseurs). Le délai d'action est de 3 à 5 semaines.
- Les antidépresseurs imipraminiques (tricycliques) sont recommandés en deuxième intention en raison de leur risque de toxicité cardio-vasculaire.
- La tianeptine et l'agomélatine sont recommandées en troisième intention, en raison respectivement du risque d'abus et de dépendance de la tianeptine et de la toxicité hépatique de l'agomélatine.
- Les IMAO ne sont recommandés qu'en dernier recours, après échec des autres alternatives thérapeutiques, en prescription spécialisée du fait de leurs nombreux effets indésirables et interactions médicamenteuses.[15]

### **I.2. Hospitalisation :**

L'hospitalisation en psychiatrie est recommandée en cas de risque suicidaire élevé, de retentissement somatique marqué (anorexie notamment), d'entourage familial ou social du patient insuffisant, en cas d'agitation, de violence, de conduite addictive ou en présence de symptômes psychotiques.

Une hospitalisation sous contrainte est parfois nécessaire.[15]

### **I.2.1. Les différentes approches thérapeutiques :**

Les psychothérapies (individuelles, familiales ou de groupe) les plus usuelles et ayant fait leur preuve d'efficacité sont :

- la psychothérapie de soutien ;
- les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) ;
- les psychothérapies psychodynamiques ou d'inspiration analytique ;
- les thérapies systémiques.[15]

### **I.3. Évaluation de l'efficacité**

- Le suivi clinique est aidé par l'usage d'une échelle type Hamilton Depression (HAM-D).
- L'absence de réponse est évaluée par une non-diminution du score initial HAM-D ou une diminution inférieure à 50 %.[15]
- La réponse est évaluée par une diminution du score HAM-D  $> 50\%$  (réponse attendue entre la 3e et la 6e semaine).
- La rémission est la disparition complète des symptômes (apparaissant en général entre la 6e et la 12e semaine).[15]

### **I.4. Échec du traitement**

En cas d'échec du traitement, il importe d'en vérifier l'observance : prises régulières, doses suffisantes.[15]

### **I.5. Électroconvulsivothérapie**

En raison de sa plus grande rapidité d'action et de sa bonne tolérance, l'électroconvulsivothérapie est indiquée en 1re intention dans les formes mélancoliques sévères, en particulier chez les patients âgés présentant des symptômes somatiques ou des idées suicidaires mettant en jeu le pronostic vital.[15]

## **II. Psychothérapie de soutien chez les étudiants en sciences médicales :**

En dehors des thérapies structurées, il existe une thérapie non codifiée dans sa technique que l'on appelle volontiers psychothérapie de soutien qui peuvent avoir un impact important dans la vie de l'étudiant car ça permet d'éliminer cette charge de stress et faire apprendre à l'étudiant de mieux gérer ses contraintes durant périodes d'examen et de charge d'études ou véritablement durant un épisode dépressif

La psychothérapie de soutien peut être réalisée par un médecin généraliste ou un psychiatre, psychologue clinicien ou psychothérapeute.[16]

Le soutien psychothérapique propre à la relation de soins est une composante fondamentale du traitement de la dépression et cet accompagnement améliore l'adhésion au traitement médicamenteux.[16]

### **III. Mesures préventifs des troubles dépressifs chez les étudiants en science médicale :**

La souffrance psychologique des médecins est connue depuis plus d'un siècle ; celle des étudiants en médecine a été reconnue plus récemment. De nombreuses études et méta-analyses ont évalué la prévalence de la dépression, de l'anxiété et du burnout chez les étudiants en médecine et plus généralement de l'absence de bien-être. Nous pouvons distinguer trois types d'intervention : institutionnelle (modification du système de notation, de classement...), en groupe (gestion du stress, thérapie pleine de conscience, relaxation, psychoéducation...) ou individuelle (dépistage et prise en charge personnalisée). Ces interventions englobent l'ensemble des niveaux de prévention (primaire, secondaire et tertiaire). On peut donc penser qu'une action sur les stressseurs va permettre d'empêcher l'apparition de la dépression.[11]

#### **III.1. Mesures préventives à l'échelle individuelle**

Pour garder un équilibre physique et psychique satisfaisant, le médecin en devenir doit non seulement ne pas négliger sa santé mais il devra la préserver et veiller à son équilibre, à son bien-être et à son épanouissement personnel.[11]

Un état d'équilibre ne peut être atteint sans assurer les besoins physiologiques. La théorie des besoins de Maslow datant de 1943 met en valeur ces besoins fondamentaux un palier indispensable et incontournable pour accéder aux autres niveaux de bien être. En effet, Maslow, psychologue américain, considère que les besoins d'un individu sont hiérarchisés et que la satisfaction des besoins physiologiques (boire, manger, dormir, se reproduire) doit précéder la tentative de satisfaction des autres besoins et notamment psychosociologiques (sécurité, appartenance, et reconnaissance), avant de pouvoir enfin atteindre les besoins spirituels (Réalisation de Soi). [11]

Dans le cadre de la prévention du burn-out, il faut respecter les phases de repos, d'avoir une vie régulière et saine ; des repas réguliers, équilibrés au plan nutritionnel, pris dans une

### **Chapitre III : Prise en charge des troubles dépressifs chez les étudiants en sciences médicales**

---

ambiance propice sont nécessaires, des horaires de sommeil réguliers également ainsi opter pour des activités extra-professionnelles pour évacuer le stress

Utiliser des techniques corporelles ou créatives des techniques corporelles de gestion du stress peut être utilisées par les étudiants en médecine

Favoriser les formations contributives à la pratique quotidienne La formation médicale est non seulement une nécessité pour les médecins et les étudiants, mais également un devoir évoqué dans le serment d'Hippocrate et une obligation légale. Le sentiment de non performance ou d'inefficacité peut être en lien avec l'incapacité de poursuivre cette formation personnelle. La médecine est une science qui se perfectionne et s'enrichit perpétuellement, les publications régulières des recommandations de la Haute Autorité de Santé en sont le reflet. Il existe de nombreux congrès, formations qui permettent aux médecins de se retrouver entre praticiens spécialistes et d'échanger sur leur activité, mais également de se perfectionner dans leur pratique quotidienne .[11]

#### **III.2. Mesures préventives aux niveaux collectif et institutionnel :**

Information des étudiants sur la réalité de la profession Selon Freudenberger (1980), «quelqu'un qui souffre d'épuisement professionnel souffre de fatigue ou de frustration aiguë causée par sa dévotion envers une cause, un mode de vie ou une relation qui n'a pas produit la récompense attendue ». L'objectif serait de réduire les discordances possibles entre leurs attentes souvent utopistes du métier de médecin et la réalité du terrain en évoquant les contraintes de la profession médicale. Cette information permettrait de sensibiliser les étudiants aux risques psychosociaux tels que l'épuisement professionnel, la dépression et le suicide. [11]

L'information est un moyen d'identifier les médecins en souffrance ;elle permettrait par ailleurs la lutte contre la stigmatisation du médecin .[11]

Il existe également en termes de prévention des présentations qui peuvent être proposées et adressées à l'ensemble des promotions ainsi que des groupes de discussion encadrés par des psychiatres, en début de cursus et avant le début des stages hospitaliers.[11]

Notamment favoriser la communication et l'échange car l'amélioration de la communication entre les étudiants en science médicales semble contribuer à un meilleur épanouissement lors des révisions.

### Chapitre III : Prise en charge des troubles dépressifs chez les étudiants en sciences médicales

---

Des temps et des espaces d'échanges, de concertation et de discussions constitueraient un moyen essentiel dans le domaine de la prévention. Ce temps doit être un temps de soutien. La théorie de l'auto-détermination est un champ de recherche psychologique sur la capacité de motivation des individus. La motivation est considérée comme au centre de la régulation biologique, cognitive et sociale des individus, elle est vue comme une source d'énergie, une direction ou encore la persévérance que les individus mettent dans leurs actions ainsi que dans leurs intentions. Selon la théorie de l'auto-détermination, trois besoins psychologiques sont à la base de la motivation humaine : le besoin d'autonomie, le besoin de compétence et le besoin d'appartenance sociale ; Lorsque ces trois besoins sont satisfaits, elle permet d'obtenir une sensation de bien-être chez l'individu. Ainsi, il est proposé quatre facteurs régulant la motivation humaine : motivation intrinsèque, motivation extrinsèque, amotivation et les conséquences qui en découlent. [11]

La Team Building signifiant «la construction d'équipe» est un processus émergeant dans les années 1980 permettant de développer des valeurs collectives au sein d'une entreprise comme la cohésion, l'interdépendance ou l'implication à travers des activités communes de nombreuses valeurs peuvent être mises en exergue et favorisent la gestion du stress, la cohésion et l'esprit d'équipe. Les pratiques de team building peuvent être classées en trois grands axes :

- la récompense
- l'intégration de nouveaux collaborateurs
- la gestion de crise inhérente aux phases d'accompagnement du changement.[11]

Au total les étudiants sont soumis à une grande pression qui peut occasionner énormément de stress et donc il faut chercher des moyens pour lutter contre stress qui peut conduire malheureusement à des états dépressifs :

- ✓ Une bonne organisation quotidienne permet d'éviter le stress inutile. Faire les choses les plus longues et les plus contraignantes au début, afin d'en être débarrassé plus vite et être plus disponible pour d'autres obligations. Ménage, révisions, courses, sport, visite médicale, sorties... Hiérarchiser les activités vous évitera de procrastiner, d'agir en urgence et d'avoir à lutter contre le stress. Rédiger un planning peut aider à tenir à grande volonté .[17]
- ✓ Avoir une alimentation équilibrée et une bonne hygiène de vie

### Chapitre III : Prise en charge des troubles dépressifs chez les étudiants en sciences médicales

---

Il n'est pas toujours facile d'avoir une alimentation équilibrée lorsqu'on est étudiant. Pourtant, cela est essentiel pour le corps et le cerveau, afin qu'ils puissent fonctionner correctement sans développer de symptômes de stress. Pour pouvoir travailler et apprendre correctement, le corps a besoin d'énergie. Magnésium, fer, vitamines sont les alliés pour rester concentré et avoir une bonne vitalité. Ne pas négliger les fruits et légumes mais aussi les légumes secs, les céréales et le chocolat noir. en revanche l'éviction de la forte consommation , de tabac, de thé ou café, de *junk food* ou de sucreries, qui ne font qu'augmenter la tension dans votre corps.[17]

- ✓ La vie d'étudiant est très prenante et laisse peu de place aux loisirs. Mais il est capital de dégager du temps pour décompresser et extérioriser tout le stress accumulé. Sport, méditation, sortie entre amis, théâtre, musique... Quelle que soit l'activité, elle est capitale pour vous changer les idées.[17]
- ✓ Des plantes anti-stress à connaître

Le stress provoque anxiété, angoisse, insomnie, palpitations... Difficile d'échapper au stress pendant ses études, notamment en période d'examens. Certains se tournent vers les médecines naturelles pour remédier à cet état, et le monde végétal recèle de plantes aux propriétés diverses. La mélisse apaise, on lui attribue la faculté de combattre les troubles digestifs liés au stress, la valériane et l'aubépine auraient des vertus tranquillisantes, l'angélique agirait sur les crises d'anxiété et le millepertuis sur les dépresses passagères, la passiflore aiderait, elle, à lutter contre les troubles du sommeil. Apprécié pour son action tonique, le ginseng favoriserait aussi la résistance au stress et au surmenage. [17]

- ✓ bien dormir pour réduire la fatigue et le stress

Que ce soit pour travailler ou pour faire la fête, il n'est pas rare quand on est étudiant de repousser l'heure du coucher tard dans la soirée. Pourtant, rien de mieux qu'une bonne nuit de sommeil pour se lever en forme et sans stress et maintenir un rythme quotidien et éviter le surmenage.[17]

# **Partie Pratique**

### **I. Objectif de l'étude :**

L'objectif principal de notre étude est d'évaluer la prévalence des troubles dépressifs chez les étudiants en sciences médicales de la Faculté de médecine Dr BENZERDJEB BENAOUA de l'Université ABOUBEKR BELKAID de Tlemcen, Algérie. Au cours de l'année universitaire 2022-2023.

Les objectifs secondaires consistent à :

- Comparer la prévalence des troubles dépressifs entre les étudiants en sciences médicales.
- Evaluer les préjugés et le stigma des troubles dépressifs parmi les étudiants en sciences médicales

### **II. Matériel et méthode :**

#### **II.1. Type d'étude :**

Ceci est une étude observationnelle descriptive transversale allant du 01/12/2022 au 15/01/2023 qui évalue la prévalence des troubles dépressifs chez les étudiants de la faculté de médecine de Tlemcen, Algérie. Au cours de l'année universitaire 2022-2023.

#### **II.2. Population :**

Cette étude s'intéresse aux étudiants en sciences médicales de la faculté de médecine de Tlemcen couramment inscrits à l'année universitaire 2022-2023.

##### **II.2.1. Critères d'inclusion :**

Etant donné le peu de vécu des étudiants en première année au sein de la faculté, nous avons choisi un échantillon d'étudiants admis de la 2<sup>ème</sup> à la 7<sup>ème</sup> année universitaire pour représenter notre population. Nous avons proposé à ces étudiants de remplir un formulaire de façon totalement anonyme en utilisant la plateforme : Google Forms. Nous avons inclus dans notre échantillon tous les étudiants consentants à remplir le formulaire.

##### **II.2.2. Critères de non inclusion :**

Les étudiants inscrits en 1<sup>ère</sup> année n'ont pas été inclus dans l'étude parce qu'ils n'avaient pas encore connus bon nombre de facteurs pouvant influencer l'état de santé mentale de cette population. Notamment le stress des épreuves de validation des connaissances. Ceci afin d'éviter un biais de sélection.

### **II.2.3. Critères d'exclusion :**

Après avoir recueilli les réponses via Google Forms, nous avons obtenu un total de 586 réponses. Nous avons exclu les formulaires n'ayant pas été rempli correctement : 6 formulaires.

Notre population est donc représentée par un échantillon de 580 étudiants.

### **II.3. Déroulement de l'étude :**

Afin d'évaluer la prévalence des troubles dépressifs dans notre population, nous avons utilisé l'échelle d'Hamilton, qui évalue l'intensité des symptômes dépressifs d'une personne durant les 15 derniers jours. (cf Annexes)

Afin de pouvoir répondre à nos objectifs secondaires nous avons sectionné notre questionnaire en 3 parties.

La première partie fut dédiée au recueil des données sociodémographiques, à la clinique de notre population et à la répartition selon les filières incluant ainsi les paramètres suivants :

- Sexe
- Age
- Antécédents médicaux chirurgicaux et antécédents psychiatriques
- Utilisation de substances toxiques
- Redoublement d'une année universitaire
- Année d'étude en cours et filière (médecine, médecine dentaire et pharmacie).

La deuxième partie fut dédiée à l'échelle d'Hamilton avec un système de notation intégrée.

La troisième partie fut dédiée à l'étude du stigma et des difficultés que rencontrent les étudiants souffrants de troubles dépressifs pour s'ouvrir et en discuter avec leur entourage.

L'étude s'est déroulée du 01/12/2022 au 15/01/2023. Cette période fut choisie expressément du fait du nombre d'examens qui s'y déroule. Nous avons conçu un formulaire sur Google Forms que nous avons distribué à travers les réseaux sociaux des différents groupes des promotions concernées.

La collecte des réponses s'est faite de manière totalement anonyme, la saisie des réponses ne nécessitant même pas de recueillir une adresse mail.

### III. Résultats

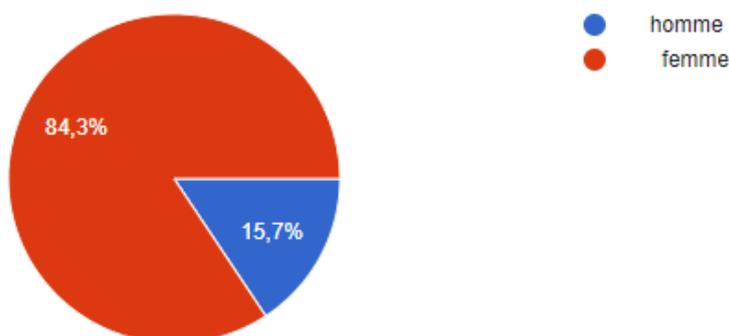
#### III.1. Méthode d'analyse des données :

Comme cité plus haut ; le formulaire de recueil des données fut divisé en 3 parties. Nous avons intégré à la deuxième partie, consacrée à l'échelle d'Hamilton, un système de cotation automatique qui respecte le système originel.

Nous avons trié les données en utilisant le logiciel Windows Excel. Nous avons d'abord effectué une analyse globale en nous basant sur la somme totale obtenue par chaque participant. Nous avons ensuite effectué une analyse spécifique à chaque item.

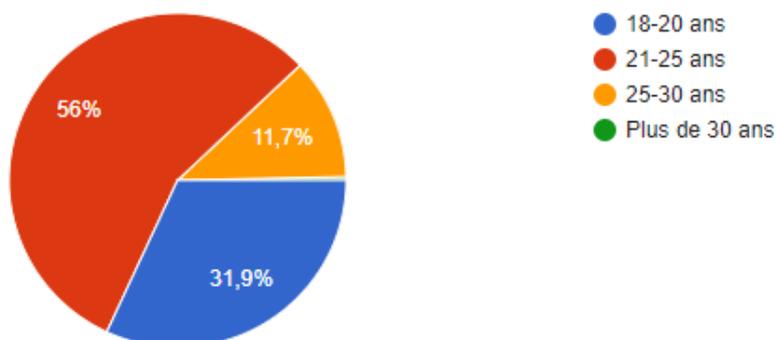
#### III.2. Données sociodémographiques :

En nous intéressant au sexe de la population ayant participé à l'échantillon nous notons qu'il y'a eu 489 participants de sexe féminin soit (84.3%) et 91 participants de sexe masculin soit (15.7%) représentés selon le schéma suivant :



**Figure 1 : Diagramme en secteur représentant la répartition de l'échantillon selon le sexe.**

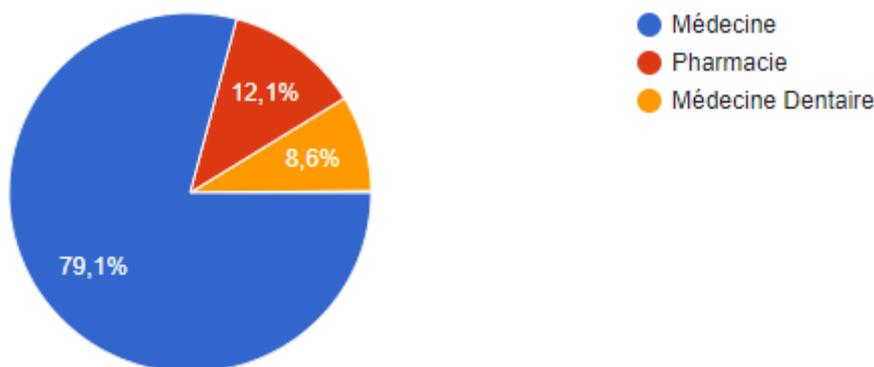
Selon leur tranche d'âge, les participants furent répartis comme suit : 325 participants appartenant à la tranche des [21-25 ans] (soit 56%), 185 participants appartenant à celle des [18-20 ans] (soit 31.9%), 68 participants ayant entre [25-30 ans] (soit 11.7%) et 2 participants ayant plus de 30 ans (soit 0.2%). L'ensemble fut réparti selon le schéma ci-dessous :



**Figure 2 : Diagramme en secteur représentant la répartition de l'échantillon selon l'âge.**

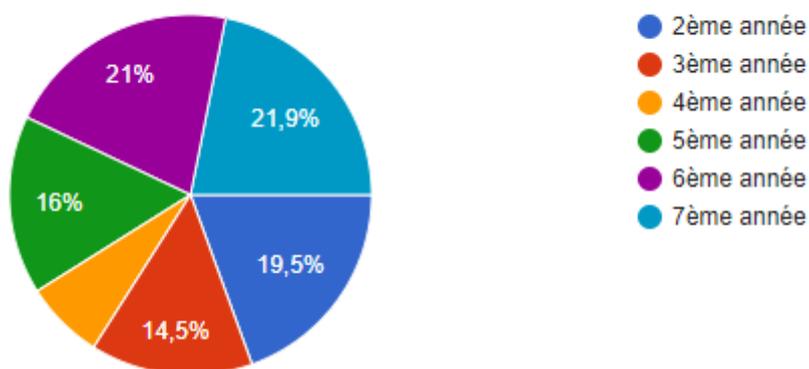
### III.3. Répartition des étudiants :

Dans cet échantillon de 580 étudiants, 497 poursuivent des études de médecine (soit 79.1%), 70 des études de pharmacie (soit 12.1%) et 50 des études de médecine dentaire. La répartition est représentée par le graphique suivant :



**Figure 3 : Diagramme en secteur représentant la répartition de l'échantillon selon le département d'étude.**

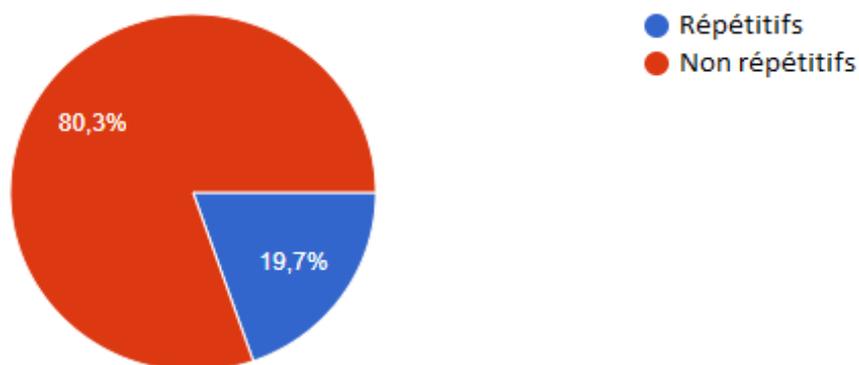
Tandis que la répartition de notre échantillon selon l'année universitaire en cours fut comme suit : 121 étudiants inscrits en 7<sup>ème</sup> année (soit 21.9% de l'échantillon), 122 en 6<sup>ème</sup> année (soit 21%), 113 étudiants en 2<sup>ème</sup> année (soit 19.5%), 93 étudiants en 5<sup>ème</sup> année (soit 16%), 84 étudiants en 3<sup>ème</sup> année (soit 14.5%) et 41 en 4<sup>ème</sup> année (soit 7.1%). La répartition peut être représentée ainsi par le graphique suivant :



**Figure 4 : Diagramme en secteur représentant la répartition de l'échantillon selon l'année universitaire en cours.**

Nous nous sommes également intéressés au nombre d'étudiants qui ont dû refaire une ou plusieurs années d'études, et la répartition fut comme suit : 114 (soit 19,7%) ont répété une

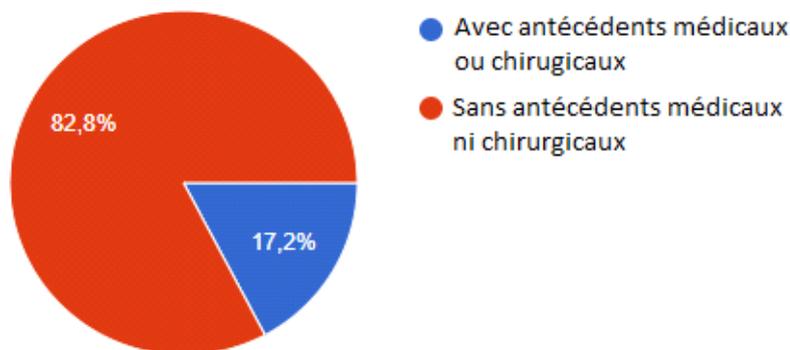
année universitaire et 466 (soit 80.3%) ne sont pas répétitifs. Ceci est représenté par le diagramme suivant :



**Figure 5 : Diagramme en secteur représentant la répartition de l'échantillon selon la répétition ou la non répétition d'une année universitaire.**

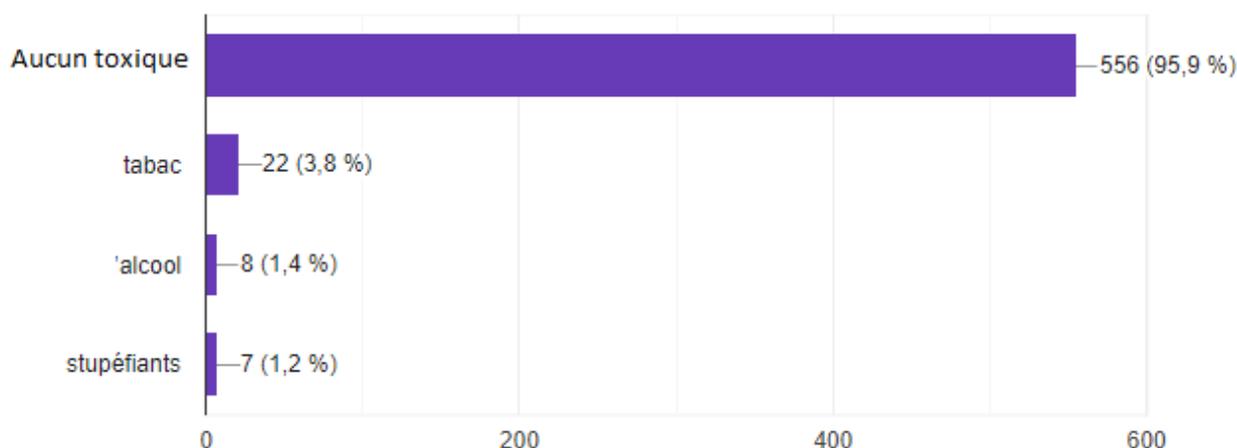
#### **III.4. Etude clinique de la population :**

En nous intéressant aux antécédents médicaux-chirurgicaux de notre population nous avons obtenu une répartition comme suit, représentée par le graphique ci-dessous : 480 étudiants ne se plaignaient d'aucune pathologie chronique ni d'aucun antécédent chirurgical (soit 82.2%) et 100 étudiants ont présenté des pathologies spécifiques.



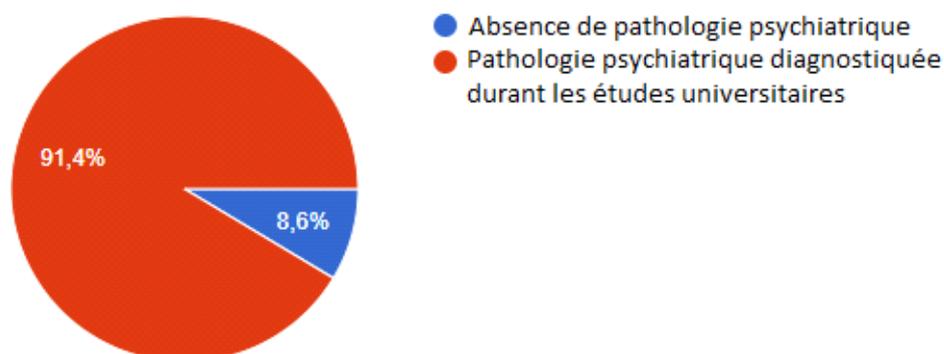
**Figure 6 : Diagramme en secteur représentant la présence ou l'absence d'antécédents médicaux ou chirurgicaux.**

Concernant l'utilisation des toxiques 556 étudiants déclarent ne pas avoir recours à leur utilisation, tandis que 22 soit (3.8%) sont tabagiques, 8 (soit 1.4%) ont recours à l'alcool et 7 (soit 1.2%) utilisent des stupéfiants comme montre le graphique ci-dessous :



**Figure 7 : Histogramme représentant la répartition de l'utilisation des toxiques parmi les étudiants de notre population.**

En affinant les résultats aux pathologies psychiatriques découvertes durant les années d'études universitaires nous notons que 50 étudiants (soit 8.6%) ont rempli ce critère. Comme représenté dans le graphique ci-dessous :

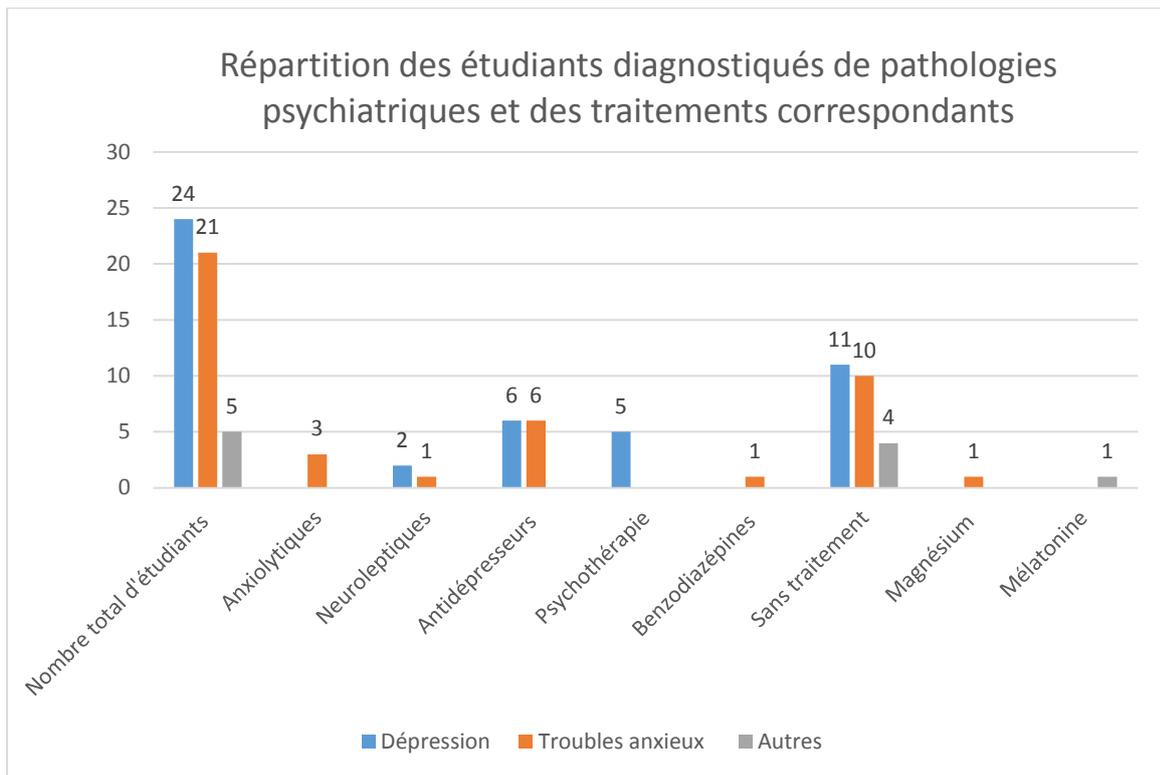


**Figure 8 : Diagramme en secteur représentant la fréquence du diagnostic de pathologie psychiatrique durant les années d'études universitaires.**

Parmi ces 50 étudiants diagnostiqués d'une pathologie psychiatrique par un professionnel de santé durant leurs études universitaires, 21 soit (42%) ont été diagnostiqué de troubles anxieux et 22 (soit 44 %) ont été diagnostiqué d'une dépression. Les 5 autres souffrant de boulimie, anorexie mentale, syndrome des jambes sans repos et insomnie.

Nous notons également que parmi les 50 étudiants, 22 sont traités (soit 44%) dont 12 sont sous antidépresseurs, 7 sous psychothérapie, 3 sous neuroleptiques, 1 sous benzodiazépines, 1 sous mélatonine et 1 sous vitaminothérapie.

L'ensemble a été représenté par la figure ci-dessous :



**Figure 9 : Histogramme groupé permettant de comparer la répartition des étudiants diagnostiqués de pathologies psychiatriques et des traitement correspondants.**

### III.5. Données des réponses au questionnaire de l'échelle d'HAMILTON :

Nous rappelons que l'échelle d'Hamilton est un outil diagnostique qui permet outre de poser le diagnostic de dépression, de classer l'état dépressif du répondeur en 3 : Dépression légère pour un score entre 10 et 13, dépression légère à modérée pour un score entre 14 et 17 et dépression sévère pour un score supérieur à 18.

Les réponses des participants furent réparties comme suit : 134 étudiants ont un score inférieur à 10 (soit 23.10% qui ne sont pas dépressifs), 85 ont un score entre 10 et 13 (soit 14,65% qui présentent une dépression légère), 104 ont un score entre 14 et 17 (soit 17,93% qui présentent une dépression modérée) et 259 étudiants ont un score supérieur à 18 (44,65% qui présentent une dépression sévère).

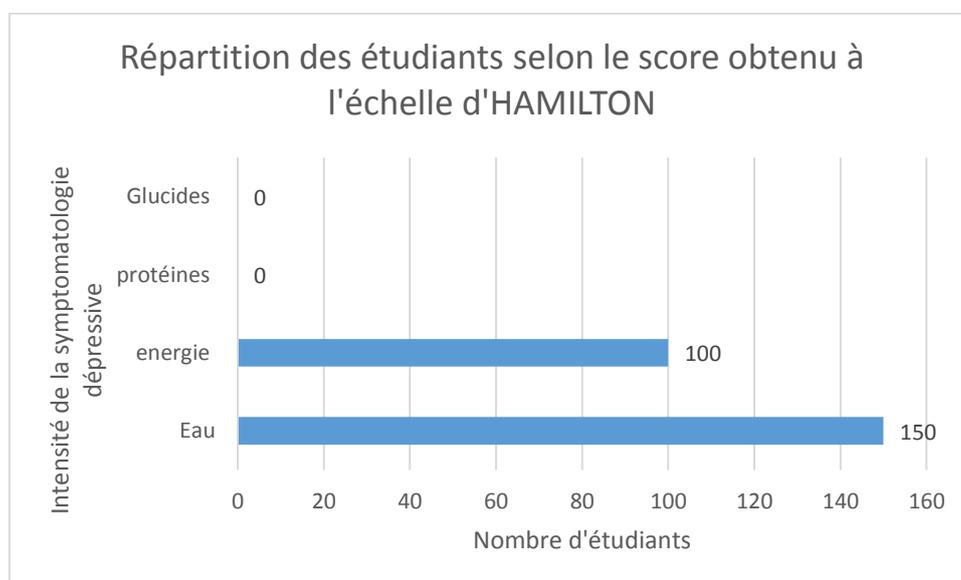
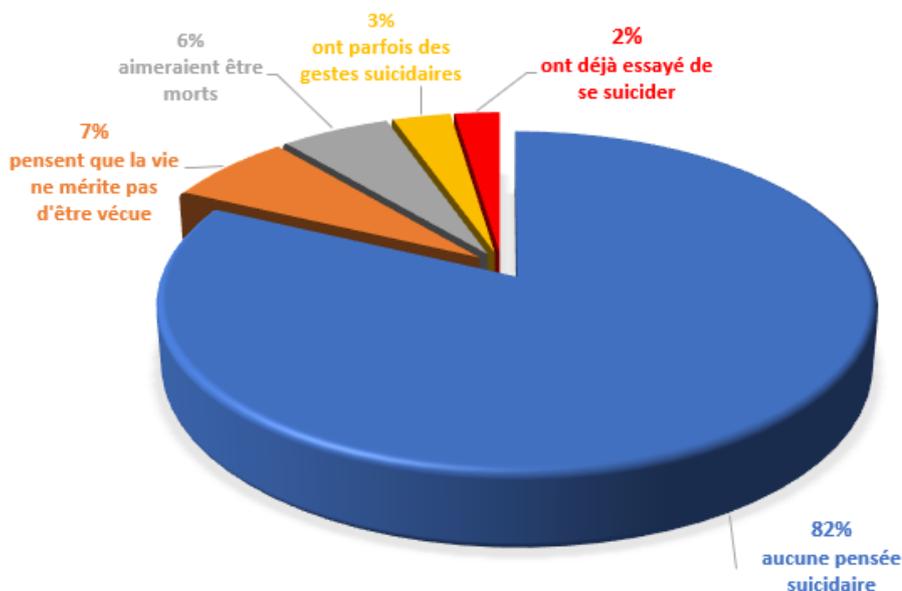


Figure 10 : Graphique en barres permettant de comparer les différents scores obtenus par les étudiants en réponse à l'échelle d'HAMILTON.

### III.6. Tri des données spécifique par item de la réponse au questionnaire de l'échelle d'HAMILTON :

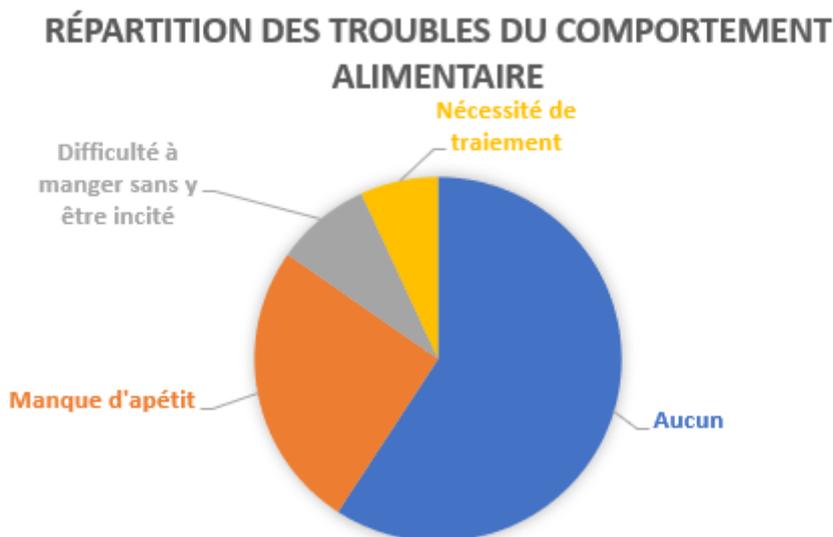
En nous intéressant à chaque item séparément, nous faisons ressortir les résultats suivants :

A la question sur les idées suicidaires, 485 étudiants disent ne pas en avoir eu durant les 15 derniers jours précédents la réponse au formulaire, 40 étudiants pensent que la vie ne mérite pas d'être vécue, 34 étudiants aimeraient être mort, 18 ont parfois des gestes suicidaires et 14 ont déjà essayé de se suicider. La répartition peut être représentée comme suit :



**Figure 11 : Graphique en secteurs 3D permettant de représenter la répartition des pensées suicidaires parmi les étudiants en sciences médicales.**

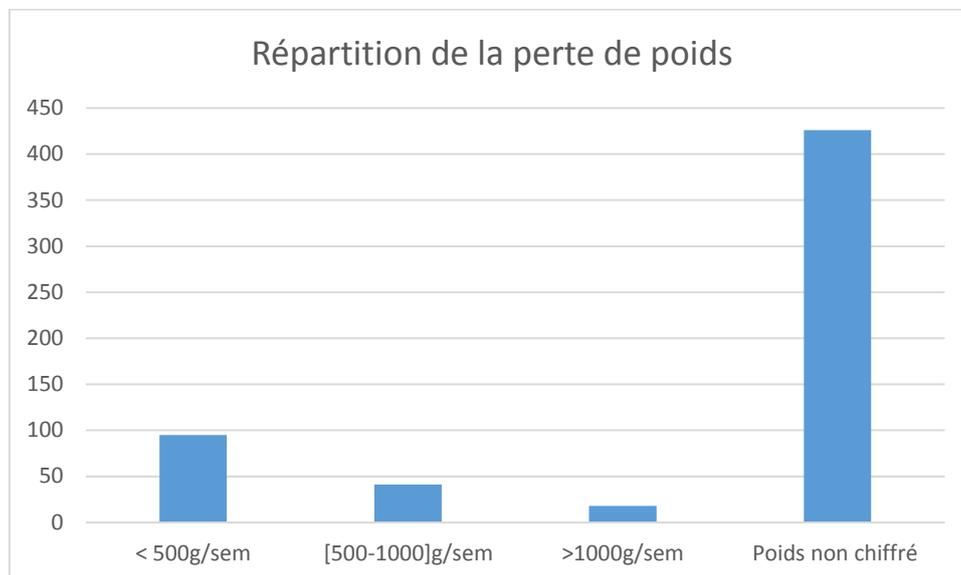
En nous intéressant aux troubles du comportement alimentaire nous notons que 345 (soit 58,49%) étudiants n'en présentent pas, 149 étudiants (soit 25,69%) ont un manque d'appétit mais mangent sans y être poussés, 49 étudiants (soit 8,45%) ont des difficultés à manger quand ils n'y sont pas incités et 40 étudiants (soit 6,8%) ont besoin de médicaments. La répartition est représentée par le graphique suivant :



**Figure 12 : Graphique en secteurs permettant de représenter la répartition des troubles du comportement alimentaire parmi les étudiants en sciences médicales.**

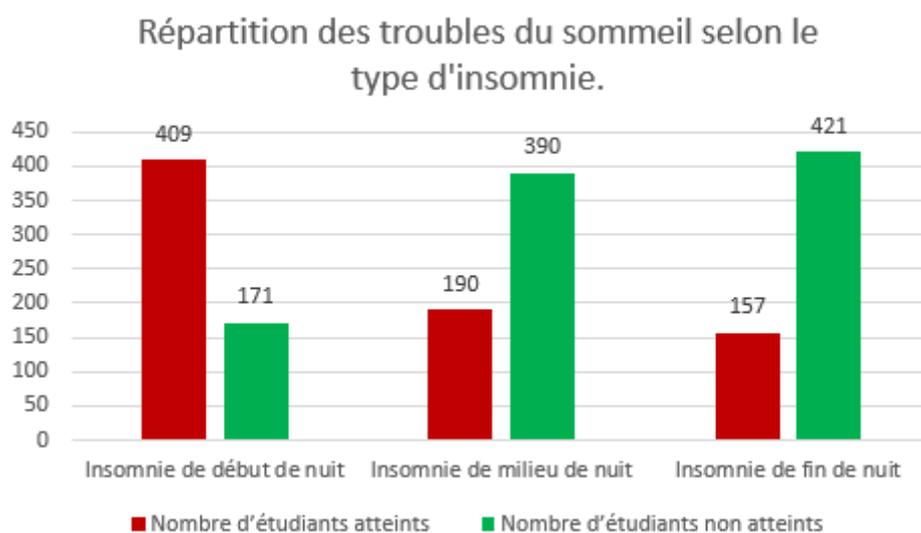
## Partie Pratique

Parmi notre échantillon 154 étudiants ont noté une perte de poids certaine durant les 15 derniers jours. Parmi lesquels 18 ont perdu plus de 1000g par semaine, 41 étudiants ont perdu entre 500 et 1000g par semaine, le reste (soit 95) a perdu moins de 500g par semaine. Ceci est représenté par le graphique suivant :



**Figure 13 : Histogramme groupé permettant de comparer la répartition de la perte de poids parmi les étudiants en sciences médicales.**

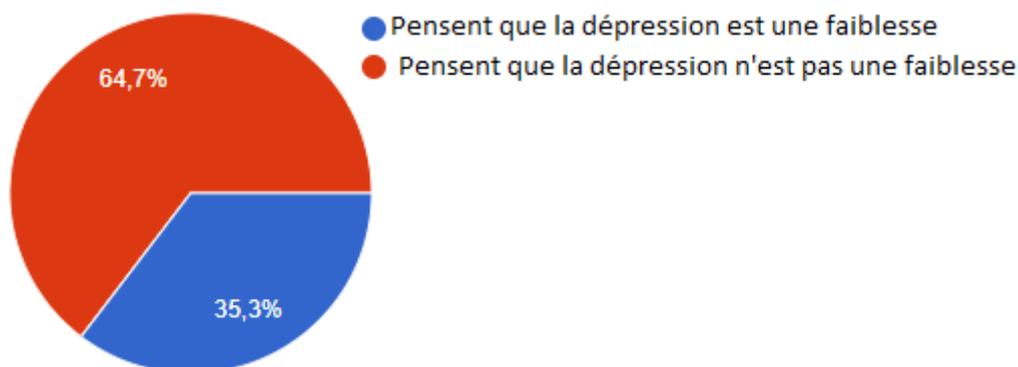
Quant aux troubles du sommeil, les réponses des étudiants furent réparties comme représenté par le graphique suivant :



**Figure 14 : Histogramme groupé permettant de comparer la répartition du type d'insomnie parmi les étudiants en sciences médicales.**

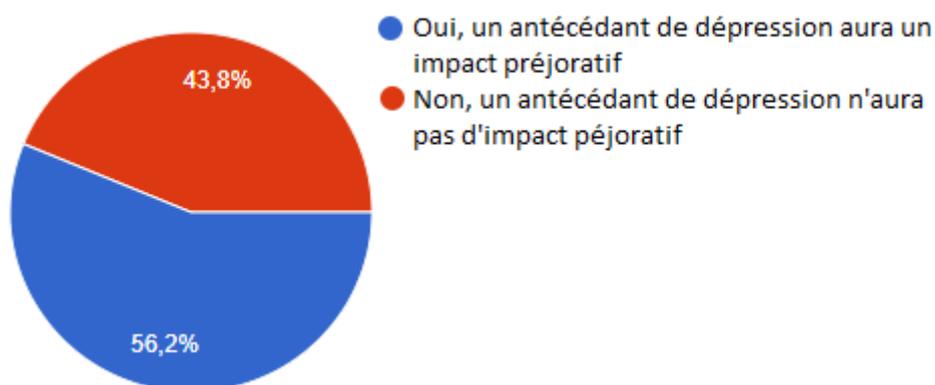
### III.7. Préjugés et stigma :

Dans ce cadre nous avons obtenu les réponses suivantes : 205 étudiants (soit 35.3%) pensent que la dépression est un signe de faiblesse, les 375 autres (soit 64.7%) pensent que la dépression n'est pas un signe de faiblesse. Leurs réponses ont été représentées sur le graphique suivant :



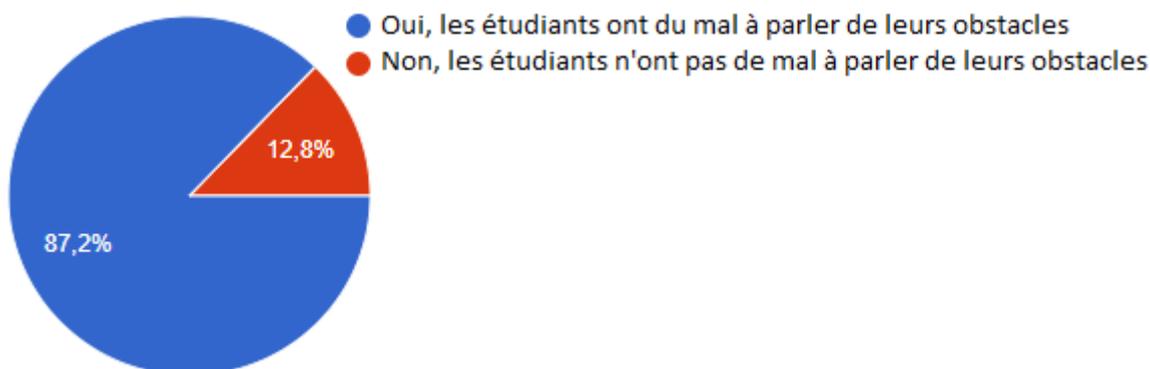
**Figure 15 : Diagramme en secteur représentant les considérations des étudiants en sciences médicales vis-à-vis de la dépression.**

D'un autre côté 326 étudiants (soit 56.2%) pensent qu'un confrère ou une consœur ayant eu une dépression, ont moins de chance de réussir leur carrière à venir. Contre 254 étudiants (soit 43.8%) qui pensent qu'un antécédent de dépression ne va pas influencer la future carrière de leurs confrères et consœurs. Les résultats sont représentés par le graphique suivant :



**Figure 16 : Diagramme en secteur représentant les réponses des étudiants à la question concernant l'impact de la dépression sur la carrière à venir.**

Concernant la facilité que trouvera un étudiant à aborder les obstacles rencontrés et ses peines, avec ses amis, camarades et/ou supérieurs hiérarchiques ; 506 étudiants (soit 87.2%) pensent que les étudiants en difficulté auront du mal à aborder le sujet, tandis que 74 étudiants (soit 12.8%) pensent le contraire.



**Figure 17 : Diagramme en secteur représentant les réponses des étudiants à la question concernant l'aisance à discuter des obstacles rencontrés.**

### **III.8. Analyse des résultats :**

Pour cette partie nous avons utilisé le Logiciel IBM SPSS Statistics 21. Nous avons utilisé le test ANOVA à 1 facteur pour la comparaison des moyennes, en déterminant la P value. Ainsi que le test de Kruskal Wallis.

En comparant les moyennes du score de sévérité de la dépression selon l'échelle d'Hamilton obtenues par les étudiants qui ont répété une année universitaire et ceux qui n'ont pas répété d'année universitaire, nous obtenons le tableau suivant :

Etudiants :	Ayant refait au moins une AU	N'ayant pas refait d'AU	p
Moyenne ± écart type	19.64 ± 11.31	16.28 ± 8.83	0.001

AU : Année d'études universitaires

La différence de la moyenne de la dépression entre les deux populations est très significative  $p = 0.001$

D'un autre coté, en nous intéressant à la différence de la moyenne du score en fonction du sexe nous obtenons les résultats du tableau suivant :

Etudiants de	Sexe féminin	Sexe masculin	p
Moyenne ± écart type	17.37 ± 9.44	14.64 ± 9.22	0.01

## Partie Pratique

La différence de la moyenne des scores de la dépression entre les hommes et les femmes dans notre population est significative  $p = 0.01$

En comparant les moyennes entre les étudiants répartis selon leur année d'étude, nous obtenons le tableau suivant :

Etudiants	2 <sup>ème</sup> année	3 <sup>ème</sup> année	4 <sup>ème</sup> année	5 <sup>ème</sup> année	6 <sup>ème</sup> année	7 <sup>ème</sup> année	P
Moyenne	17.23 ±	18.96 ±	21.31 ±	13.70 ±	17.17 ±	16.08 ±	0.01
± écart type	8.46	11.18	12.02	8.48	8.95	8.42	

La différence des moyennes obtenues à l'échelle d'HAMILTON entre les différentes années d'études est statistiquement significative. ( $p=0.01$ )

En comparant les moyennes de l'intensité de la dépression entre les étudiants des 3 départements de notre faculté nous obtenons les résultats suivants :

Département	Médecine	Médecine dentaire	Pharmacie	P
Moyenne ± écart type	16.87 ± 9.58	17.56 ± 9.18	16.94 ± 9.46	0.89

La différence de la sévérité de la dépression entre les 3 départements n'est pas statistiquement significative. ( $p = 0.89$ )

Concernant la différence de la sévérité de la dépression entre les étudiants qui ont recours aux toxiques et ceux qui ne les utilisent pas, nous obtenons les résultats sous la forme du tableau suivant :

Utilisation des toxiques	Pas d'utilisation	Utilisation d'un seul toxique	Utilisation de 2 toxiques	Utilisation de 3 toxiques	P
Moyenne ± écart type	16.77 ± 9.17	21.31 ± 9.40	21.33 ± 8.91	30.67 ± 38	0.1

La différence de la sévérité de la dépression entre les 4 catégories d'étudiants n'est pas statistiquement significative. ( $p = 0.1$ )

### IV. Discussion

#### IV.1. Prévalence de la dépression

A travers notre étude nous avons trouvé que 448 étudiants ont eu un score supérieur à 10 en répondant à l'échelle d'HAMILTON soit 77.24% des étudiants qui présentent une dépression.

Selon une méta-analyse de 197 études provenant de 47 pays différents ; 27% des étudiants en sciences médicales ont déjà fait une dépression. (Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, et al.) [18] Ces résultats sont cinq fois plus élevés que dans la population générale.

Le taux d'étudiants présentant une dépression dans notre population d'étude est 3 fois plus important que les résultats obtenus dans cette méta-analyse.

#### IV.2. Prévalence des idées suicidaires

Les idées suicidaires sont la deuxième cause de décès parmi les étudiants en sciences médicales après les accidents de la voie publique. (Garlowet al, Van Orden et al, Wilcox et al.) [19] [20] [21]

Concernant les idées suicidaires ; dans notre population 18% des étudiants ont déjà eu des idées suicidaires et 2% ont déjà fait une tentative de suicide.

Selon une analyse multicentrique réalisée au Maroc chez les étudiants en sciences médicales des 7 universités marocaines, 5 % des étudiants ont réalisé une tentative de suicide et 31 % ont eu des idées suicidaires. (Barrimi M, et al) [22]

Dans notre population les idées suicidaires et les tentatives de suicides sont donc 2 fois moins élevées comparé à nos voisins marocains.

Tandis que selon une étude transversale brésilienne ayant inclus 475 étudiants, le taux des idées suicidaires était de 7.2%. (Albina R. Torres et al). [23]

Le taux des idées suicidaires dans notre population est 2.5 fois plus important comparé aux étudiants en sciences médicales au Brésil.

Une autre étude transversale en chine trouve une prévalence des idées suicidaires parmi les étudiants en sciences médicales estimées à 17.9% avec 4.3% de passage à l'acte. (L. Sun et al.) [24]

Ce qui, comparé à notre population signifie que le taux des idées suicidaires est égal au taux des idées suicidaires chez les étudiants en sciences médicales chinois. Tandis que le taux de tentative de suicide est 2 fois moins important.

Ces résultats peuvent s'expliquer par la différence culturelle entre nos populations, essentiellement par l'imprégnation religieuse de notre société.

### **IV.3. Prévalence des troubles du comportement alimentaire**

Les troubles du comportement alimentaire sont présents chez 41.5% des étudiants en sciences médicales de notre faculté.

Selon une étude transversale menée à Casablanca au Maroc, 25,09% des étudiants en sciences médicales souffrent de troubles du comportement alimentaire. (Nadia Attouche et al.) [25]

Tandis qu'une méta-analyse de niveau 1 conduite en 2021 ayant inclus 9 bases de données, retrouve une prévalence des troubles du comportement alimentaire parmi les étudiants en sciences médicales estimée à 17,35% (Feten Fekih-Romdhane et al.) [26]

Selon ces études, la prévalence des troubles du comportement alimentaire est 2 fois plus importante dans notre population.

## **V. Conclusion**

En comparaison avec les différentes méta-analyses traitant du sujet et les études transversales menées au Maroc, au Brésil et en Chine ; la prévalence des troubles dépressifs et des troubles du comportement alimentaire est plus élevée parmi les étudiants en sciences médicales de la faculté de médecine de Tlemcen, Algérie. Tandis que la prévalence des idées suicidaires et des tentatives de suicides est plus faible dans notre échantillon.

Ceci devrait inciter à la réalisation d'autres études plus approfondies et plus spécifiques pour déterminer les facteurs intervenant dans la genèse de ces troubles afin de pouvoir les prévenir et y apporter des solutions concrètes.

# **BIBLIOGRAPHIE**

- [1] Dépression : Histoire / Épidémiologie. État Dépress n.d. <http://www.etat-depressif.com/depression/histoire-epidemiologie/> (accessed June 7, 2023).
- [2] Dépression (psychiatrie) — Wikipédia n.d. [https://fr.wikipedia.org/wiki/D%C3%A9pression\\_\(psychiatrie\)](https://fr.wikipedia.org/wiki/D%C3%A9pression_(psychiatrie)) (accessed May 2, 2023).
- [3] Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. *Acad Med J Assoc Am Med Coll* 2006;81:354–73. <https://doi.org/10.1097/00001888-200604000-00009>.
- [4] Tournier M. 2. Épidémiologie. *Actual. Sur Mal. Dépress.*, Cachan: Lavoisier; 2018, p. 17–25.
- [5] Masson E. Clinique des états dépressifs. *EM-Consulte* n.d. <https://www.em-consulte.com/article/46842/clinique-des-etats-depressifs> (accessed May 2, 2023).
- [6] Dépression (psychiatrie). Wikipédia 2023.
- [7] Annexe\_4 Définition de l'EDC selon le DSM-5 (proposition de traduction) n.d.
- [8] Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, et al. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA* 2016;316:2214–36. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.17324>.
- [9] Cottencin O. Dépressions sévères et addictions. *L'Encéphale* 2009;35:S264–8. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(09\)73483-9](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(09)73483-9).
- [10] Schwenk TL, Davis L, Wimsatt LA. Depression, stigma, and suicidal ideation in medical students. *JAMA* 2010;304:1181–90. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.1300>.
- [11] Caumont M. Santé mentale des étudiants en médecine: étude d'un groupe de 24 étudiants consultant dans un service psychiatrique d'évaluation de crise n.d.
- [12] Frajerman A. Quelles interventions pour améliorer le bien-être des étudiants en médecine ? Une revue de la littérature. *L'Encéphale* 2020;46:55–64. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2019.09.004>.
- [13] Les maladies chroniques chez les étudiants en médecine au Maroc : quelles interactions avec le stress psychosocial ? - ScienceDirect n.d. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013700621001305#bib0120> (accessed June 8, 2023).
- [14] Flore Morneau-Sévigny. dépression impact universitaire et rendement des etudiants - Recherche Google. *Détresse Psychol Chez Étud Univ Un Devis Mixte Incluant Une Métaanalyse* n.d. [https://www.google.dz/search?q=d%C3%A9pression+impact+universitaire+et+rendement+des+etudiants&source=hp&ei=yld\\_ZJiDC6GqkdUP2aiXuAc&iflsg=AOEireoAAAAZH-V2CPHnd-PfbhCg\\_6-g3GImW5LKT8P&oq=d%C3%A9pression+impact+univer&gs\\_lcp=Cgdnd3Mtd2l6EAEYAJIFCCEQoAEyBQghEKABMgUIIRCgATIECCEQFToHCAAQigUQQzoLCAAQgAQQsQMgQwE6CwguEloFELEDEIMBOgsIABCKBRCxAxCDAToKCAAQigUQsQMgQzoFCAAQgAQ6BwgAEIAEEA o6DQgAEA0QgAQQsQMgQsQM6BwgAEA0QgAQ6BggAEB4QDTtoICAAQHhANEAA86CAgAEGQHhANOGUIABCIbD0GCAAQFhAeOggiABAWEB4QDzoICAAQFhAeEAO6CAghEBYQHhAdSgUIQBIBMVAAWLKLAWD4ogFoDHAAeACAACUCiAGzLZIBCDaUmjMuNS40mAEAoAEB&scient=gws-wiz](https://www.google.dz/search?q=d%C3%A9pression+impact+universitaire+et+rendement+des+etudiants&source=hp&ei=yld_ZJiDC6GqkdUP2aiXuAc&iflsg=AOEireoAAAAZH-V2CPHnd-PfbhCg_6-g3GImW5LKT8P&oq=d%C3%A9pression+impact+univer&gs_lcp=Cgdnd3Mtd2l6EAEYAJIFCCEQoAEyBQghEKABMgUIIRCgATIECCEQFToHCAAQigUQQzoLCAAQgAQQsQMgQwE6CwguEloFELEDEIMBOgsIABCKBRCxAxCDAToKCAAQigUQsQMgQzoFCAAQgAQ6BwgAEIAEEA o6DQgAEA0QgAQQsQMgQsQM6BwgAEA0QgAQ6BggAEB4QDTtoICAAQHhANEAA86CAgAEGQHhANOGUIABCIbD0GCAAQFhAeOggiABAWEB4QDzoICAAQFhAeEAO6CAghEBYQHhAdSgUIQBIBMVAAWLKLAWD4ogFoDHAAeACAACUCiAGzLZIBCDaUmjMuNS40mAEAoAEB&scient=gws-wiz) (accessed June 6, 2023).
- [15] Recommandations Dépression. VIDAL n.d. <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/depression-1567.html> (accessed June 8, 2023).

- [16] Dépression - Prise en charge | Recommandations | VIDAL Campus n.d.  
[https://campus.vidal.fr/recommandations/1567/depression/prise\\_en\\_charge/](https://campus.vidal.fr/recommandations/1567/depression/prise_en_charge/) (accessed May 23, 2023).
- [17] Pégard F. Comment résister au stress pendant ses études ? Futura n.d.  
<https://www.futura-sciences.com/sciences/questions-reponses/vie-etudiante-resister-stress-pendant-etudes-14602/> (accessed June 6, 2023).
- [18] Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, et al. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA*. 2016;316(21):2214–2236. doi:10.1001/jama.2016.17324
- [19] Garlow SJ, Rosenberg J, Moore JD, Haas AP, Koestner B, Hendin H, Nemeroff CB (2008) Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: results from the American Foundation for Suicide Prevention College Screening Project at Emory University. *Depress Anxiety*. 25:482–488.
- [20] Van Orden KA, Witte TK, James LM, Castro Y, Gordon KH, Braithwaite SR, Hollar DL, Joiner TE Jr (2008) Suicidal ideation in college students varies across semesters: The mediating role of belongingness. *Suicide Life Threat Behav*. 38:427–435.
- [21] Wilcox HC, Arria AM, Caldeira KM, Vincent KB, Pinchevsky GM, O'Grady KE (2010) Prevalence and predictors of persistent suicide ideation, plans, and attempts during college. *J Affect Disord*. 127:287–294.
- [22] Barrimi M, et al. Les idées et les tentatives de suicide chez les étudiants en médecine au Maroc : résultats d'une étude multicentrique. *Ann Med Psychol (Paris)* (2019), <https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.11.012>
- [23] Torres AR, Campos LM, Lima MCP, Ramos-Cerqueira ATA. Suicidal Ideation Among Medical Students: Prevalence and Predictors. *J Nerv Ment Dis*. 2018 Mar;206(3):160-168. doi: 10.1097/NMD.0000000000000734. PMID: 28837427.
- [24] Long Sun, Chengchao Zhou, Lingzhong Xu, Shixue Li, Fanlei Kong, Jie Chu, Suicidal ideation, plans and attempts among medical college students in china: The effect of their parental characteristics, *Psychiatry Research*, Volume 247, 2017, Pages 139-143, ISSN 0165-1781, <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.11.024>.
- [25] Attouche N, Hafdi S, Somali R, Battas O, Agoub M. Facteurs associés au risque de troubles du comportement alimentaire chez les étudiants en médecine de Casablanca, Maroc [Factors associated with the risk of developing eating disorders among medical students in Casablanca, Morocco]. *Pan Afr Med J*. 2021 Aug 25;39:270. French. doi: 10.11604/pamj.2021.39.270.19976. PMID: 34707771; PMCID: PMC8520402.

[26] Fekih-Romdhane F, Daher-Nashif S, Alhuwailah AH, Al Gahtani HMS, Hubail SA, Shuwiekh HAM, Khudhair MF, Alhaj OA, Bragazzi NL, Jahrami H. The prevalence of feeding and eating disorders symptomology in medical students: an updated systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Eat Weight Disord.* 2022 Aug;27(6):1991-2010. doi: 10.1007/s40519-021-01351-w. Epub 2022 Jan 24. PMID: 35067859; PMCID: PMC8784279.

# ANNEXES

## Formulaire utilisé pour la récolte des données :

Santé Mentale des Etudiants en Sciences Médicales (Médecine Pharmacie Médecine Dentaire)

Pour cette étude nous nous intéressons à un sujet qui nous tient hautement à cœur.

Ce formulaire est totalement anonyme et ne vous prendra que quelques minutes.

En y répondant vous nous permettez d'apporter une preuve concrète sur l'état de santé mentale des étudiants mais aussi l'impact des conditions d'études et de travail sur la formation et le rendu des professionnels de santé.

Votre aide nous sera utile pour proposer des solutions efficaces afin d'améliorer le secteur de l'enseignement et du travail.

1- Vous êtes étudiant en :

- Médecine
- Pharmacie
- Médecine Dentaire

2- Vous-êtes étudiants en :

- 2<sup>ème</sup> année
- 3<sup>ème</sup> année
- 4<sup>ème</sup> année
- 5<sup>ème</sup> année
- 6<sup>ème</sup> année

- 7<sup>ème</sup> année

3- Etes-vous :

- Un homme
- Une femme

4- A quelle tranche d'âge appartenez-vous ?

- 18-20 ans
- 21-25 ans
- 25-30 ans
- Plus de 30 ans

5- Avez-vous des antécédents médicaux ou chirurgicaux particuliers ?

- Oui
- Non

Si oui, veuillez préciser la pathologie, l'année de découverte et le traitement suivi :

6- Avez-vous été diagnostiqué d'une pathologie psychiatrique durant vos années d'études universitaires ? (Diagnostic établi par un professionnel de santé)

- Oui
- Non

Si oui, pouvez-vous nous préciser le diagnostic, le traitement suivi et si les études ont été un facteur déclenchant ou aggravant ?

7- Avez-vous eu recours aux toxiques ? (Plusieurs réponses possibles)

- Non
- Oui, du tabac
- Oui, de l'alcool
- Oui, des stupéfiants

8- Avez-vous refais une année d'études universitaires ?

- Oui
- Non

1- Vous sentez-vous triste, impuissant ou n'ayant pas de valeur ?

- Non

- Il m'arrive de dire que je suis triste mais seulement si mon interlocuteur me le demande
- Mon entourage se rend compte de ma tristesse car ils m'entendent pleurer parfois
- Mon entourage se rend compte de ma tristesse car ils m'entendent pleurer et me trouvent triste souvent

2- Vous sentez-vous coupable ?

- Non
- Oui je m'adresse des reproches et j'ai porté préjudice à des gens
- Oui je rumine mes erreurs passées et condamne mes actions
- Oui et mon état actuel est une punition pour mes actions
- Il m'arrive d'entendre des voix qui m'accusent et dénoncent mes actes et/ou d'avoir des hallucinations visuelles menaçantes

3- Avez-vous des idées suicidaires ?

- Non
- Je pense que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue
- J'aimerais être mort
- J'ai des idées et parfois des gestes suicidaires
- J'ai déjà essayé de me suicider

4- Avez-vous des troubles du sommeil ? (Plusieurs réponses possibles)

- Non
- Parfois, j'ai du mal à m'endormir
- Souvent, j'ai du mal à m'endormir
- Parfois, je me réveille en milieu de nuit (en dehors d'un besoin d'uriner)
- Souvent, je me réveille en milieu de nuit (en dehors d'un besoin d'uriner)
- Je me réveille de très bonne heure mais je peux me rendormir
- Je me réveille très tôt sans possibilité de me rendormir

5- Avez-vous des difficultés à réaliser votre travail et/ou vos activités quotidiennes et/ou de détente ?

- Non
- Je me sens fatigué et/ou incapable de les faire
- Je n'ai plus l'envie de les faire
- J'ai diminué mon temps d'étude et/ou je sens que ma productivité a baissé
- J'ai arrêté mes études (provisoirement ou définitivement) à cause de mon état actuel

- 6- Ressentez-vous un des symptômes suivants :
- Je me sens irritable
  - Je me fais du souci pour des problèmes mineurs
  - Je me sens crispé et tout le temps inquiet
  - Je ressens une peur invalidante qui m'empêche de réaliser mes activités
  - Aucun
- 7- Ressentez-vous un des symptômes suivants : Bouche sèche, troubles digestifs, palpitations, maux de tête ...
- Jamais
  - Rarement
  - Parfois
  - Souvent
  - Tout le temps, ça m'empêche de réaliser mes activités quotidiennes
- 8- Vous identifiez-vous à l'une des situations suivantes : (Plusieurs réponses possibles)
- Je manque d'appétit mais je mange sans y être obligé
  - Je n'ai pas d'appétit, mon entourage doit me forcer à manger
  - J'ai perdu du poids
  - Je ressens une lourdeur et/ou douleur de mes membres de ma tête, de mon dos
  - J'ai des troubles menstruels et/ou une perte de libido légère
  - J'ai des troubles menstruels et/ou une perte de libido sévère
  - Aucune
- 1- Pensez-vous qu'un étudiant ayant un antécédant de dépression a moins de chance de réussir sa carrière qu'un étudiant n'ayant pas fait de dépression ?
- Oui
  - Non
- 2- Pensez-vous qu'un étudiant n'ayant pas de difficultés psychiques voudra collaborer et/ou réviser avec un étudiant ayant fait une dépression ?
- Oui
  - Non
- 3- Pensez-vous que la dépression est un signe de faiblesse ?
- Oui
  - Non

4- Pensez-vous qu'un étudiant faisant face à des difficultés psychiques aura du mal à en parler par peur d'être jugé par ses camarades et/ou supérieurs hiérarchiques ?

- Oui
- Non

**Fin du questionnaire :**

Nous vous remercions de votre participation, si vous vous identifiez à l'une des situations précédentes sachez que vous avez tout notre soutien. Vous n'êtes pas seul ! N'hésitez pas à demander de l'aide.

Ce sujet nous tient particulièrement à cœur, votre aide nous est précieuse, nous espérons sincèrement participer au changement.