

Faire face

à la

DÉPRESSION



Pr Jérôme PALAZZOLO

Préface du Dr David Gourion



Faire face à la dépression

Pr Jérôme Palazzolo

Préface du Dr David Gourion



Mise en pages : Soft Office

ISBN 9782340-121140

Dépôt légal : octobre 2026

©Ellipses Édition Marketing S.A.

8/10 rue la Quintinie 75015 Paris



Le Code de la propriété intellectuelle et artistique n'autorisant, aux termes des alinéas 2 et 3 de l'article L. 122-5, d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale, ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite » (alinéa 1^{er} de l'article L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

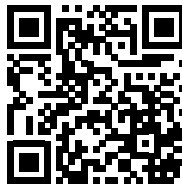
www.editions-ellipses.fr

L'AUTEUR

Médecin psychiatre libéral installé à Nice, **Jérôme Palazzolo** est spécialisé en psychopharmacologie et en thérapies cognitivo-comportementales. Il est également professeur des universités en psychologie clinique et médicale, et il anime des conférences dans de nombreux pays. Par ailleurs, il est chercheur associé au LAPCOS (Laboratoire d'Anthropologie et de Psychologie Cliniques, Cognitives et Sociales) de Nice, et chargé de cours à l'Université Côte d'Azur où il est co-fondateur du Diplôme Universitaire de thérapies comportementales et cognitives.

En parallèle de ses études de Médecine et de sa spécialisation en Psychiatrie, Jérôme Palazzolo a suivi un cursus en Pharmacologie, en Neurosciences, en Anthropologie de la santé et en Psychologie.

Il a publié de nombreux articles de référence et plus de soixante-dix ouvrages traitant des diverses pratiques psychiatriques et des sciences humaines.





PRÉFACE

Il existe mille façons de parler de la dépression. Les poètes y ont consacré leurs plus beaux vers, les philosophes leurs traités les plus sombres, et nous autres psychiatres nos classifications les plus sophistiquées. Mais entre la beauté du verbe romantique et l'aridité algorithmique du DSM-5, il reste un immense territoire à explorer : celui d'une parole à la fois rigoureuse et humaine, scientifique et accessible. C'est sur ce territoire que Jérôme Palazzolo nous entraîne avec ce nouvel ouvrage.

Clinicien, chercheur, enseignant entre Nice et Alexandrie, auteur de plus de soixante-dix ouvrages, Jérôme Palazzolo cumule les casquettes avec une belle énergie et cette capacité rare à conjuguer rigueur scientifique, créativité et humanité sincère.

Faire face à la dépression est à son image : complet sans être écrasant, savant tout en restant simple, chaleureux sans être naïf. Le livre traverse tous les continents de cette maladie, de la neurobiologie aux dimensions culturelles, du cabinet du psychiatre aux politiques de santé publique. On y trouve les dernières avancées scientifiques (la kétamine, les psychédéliques, la stimulation magnétique transcrânienne) comme des conseils pratiques pour tenir au quotidien. Le tout dans une langue claire, dénuée de ce jargon qui transforme trop souvent nos manuels en bunkers scientifiques imprenables.

Ce qui touche, c'est le regard que porte Jérôme Palazzolo sur les personnes qui nous consultent. Il insiste sur la singularité de chaque parcours, sur l'importance du contexte social, familial, culturel. Il fait de la vraie psychiatrie, celle qui n'oublie jamais que l'esprit habite un corps, vit dans une société, s'inscrit dans une histoire.

On apprécie aussi qu'il ne fasse pas de fausses promesses miraculeuses, pas de pilules magiques, pas de solutions en trois étapes faciles. Jérôme sait que guérir d'une maladie dépressive c'est long, difficile, parfois chaotique. Mais il sait aussi que c'est possible. Cette nuance entre lucidité et espoir, c'est l'art des grands soignants.

On pourrait craindre, devant un tel ouvrage, de se noyer dans un océan d'informations. Mais la construction est intelligente, la progression naturelle. Du grand public au professionnel de santé, chacun y trouvera matière à comprendre, à réfléchir, à agir. Les proches d'une personne dépressive y découvriront comment soutenir sans étouffer et sans culpabiliser. Les patients eux-mêmes y reconnaîtront leur vécu, clairement mis en mots.

Surtout, il y a cette petite musique qui traverse l'ouvrage, discrète mais obstinée : celle de l'espoir. Non pas l'espoir béat des livres de développement personnel qui promettent le bonheur en dix étapes, mais l'espoir lucide du clinicien qui a vu des centaines de patients se relever. Cet espoir-là se partage, page après page.

Si vous tenez ce livre entre vos mains, c'est peut-être parce que vous êtes concerné par la dépression, la vôtre ou celle d'un proche. Peut-être êtes-vous un professionnel en quête d'outils. Peut-être simplement un curieux. Quelle que soit votre raison, vous avez fait le bon choix. Ce livre n'est pas seulement une somme de connaissances : c'est une main tendue, un compagnon de route.

Jérôme Palazzolo nous rappelle une vérité essentielle : la dépression est une maladie, mais elle ne définit jamais la personnalité de celui qui la traverse. Derrière le diagnostic, il y a toujours une singularité, une histoire, des ressources, une certaine capacité à repousser les limites. C'est parce qu'il n'oublie jamais cette dimension profondément humaine que son travail est si précieux.

Merci, Jérôme, pour ce livre généreux et nécessaire. Merci de nous rappeler que soigner, c'est aussi transmettre, expliquer, accompagner.

Je vous laisse maintenant découvrir cet ouvrage. Prenez votre temps. Et surtout, retenez ceci : si vous souffrez de dépression, vous n'êtes pas seul. Le chemin est peut-être long, mais il existe. Et au bout du chemin, il y a la vie.

Dr David Gourion

Médecin psychiatre, Paris



INTRODUCTION : COMPRENDRE POUR MIEUX FAIRE FACE

Pourquoi un livre sur la dépression aujourd'hui ?

La dépression n'est pas un phénomène nouveau. Depuis l'Antiquité elle fascine et inquiète à la fois. Hippocrate, père de la Médecine, décrivait déjà la mélancolie comme un état de tristesse prolongée accompagné de peurs et de désespoir. Plus tard, les médecins de la Renaissance, les philosophes des Lumières ou encore les psychiatres du XIX^e siècle, de Pinel à Esquirol, ont cherché à cerner ce trouble insaisissable. De tout temps la dépression a été interprétée à travers les prismes de la Médecine, de la religion, de la morale ou de la philosophie. Elle a inspiré des poètes, des écrivains et des artistes qui ont tenté de mettre des mots ou des images sur cette douleur intérieure.

Mais si la dépression n'est pas nouvelle, sa place dans nos sociétés contemporaines mérite une attention particulière. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) plus de 300 millions de personnes dans le monde souffrent aujourd'hui d'un épisode dépressif. En France près de 10 % de la population présenterait chaque année des symptômes dépressifs significatifs, et environ 20 % connaîtraient au cours de leur vie un épisode caractérisé. La dépression est devenue la première cause de handicap psychique dans le monde – devant les troubles anxieux – et elle est à l'origine de coûts humains, sociaux et économiques considérables.

Cette réalité est encore plus préoccupante si l'on considère les inégalités sociales. Les personnes en situation de précarité, confrontées au chômage, à l'isolement ou aux discriminations, sont plus exposées au risque de dépression. Les violences, qu'elles soient conjugales, familiales ou institutionnelles, constituent elles aussi des facteurs de vulnérabilité majeurs. Mais la dépression ne touche pas uniquement les plus fragiles : elle traverse toutes les catégories sociales, tous les âges, tous les milieux. Elle n'épargne ni les élites intellectuelles, ni les sportifs de haut niveau, ni les dirigeants politiques. Elle rappelle à chacun que la santé mentale n'est pas un acquis, mais un équilibre à préserver.

La crise sanitaire liée au COVID-19 a agi comme un révélateur et un amplificateur. Confinements successifs, perte de repères, isolement prolongé, incertitudes économiques et sociales : jamais la question de la santé mentale n'avait occupé une telle place dans le débat public. Les enquêtes menées durant cette période ont montré une augmentation significative des troubles dépressifs, notamment chez les jeunes adultes, les étudiants, les soignants et les personnes âgées. Cet épisode a mis en évidence ce que de nombreux psychiatres rappelaient déjà : la dépression n'est pas un problème individuel isolé mais un enjeu collectif de santé publique.

Proposer un ouvrage sur la dépression aujourd'hui, c'est donc répondre à une nécessité. C'est offrir des repères fiables dans un contexte où circulent de nombreuses informations, parfois contradictoires ou erronées. Sur Internet on trouve tout et son contraire : certains promettent une guérison en quelques jours grâce à des méthodes miracles, d'autres banalisent le trouble en le réduisant à un état d'âme passager. Or la dépression est une maladie sérieuse, complexe, qui mérite une information claire, accessible et scientifiquement validée.

Ce livre a donc pour ambition d'éclairer, sans dramatiser mais sans minimiser non plus. Il s'agit de vous apporter les connaissances les plus actuelles, de présenter les traitements disponibles, mais aussi de donner la parole à l'expérience vécue. Car la dépression ne se résume pas à un diagnostic médical ; elle est aussi une épreuve humaine, intime, parfois indicible, qui touche au cœur de ce que nous sommes.

Enfin, ce manuscrit se veut porteur d'espoir. Contrairement à certaines idées reçues, la dépression n'est pas une fatalité. Elle peut être soignée et l'on peut se rétablir. De nombreuses personnes témoignent de leur sortie de la maladie, parfois après un long parcours, parfois plus rapidement grâce à une prise en charge adaptée. Faire face à la dépression ce n'est pas seulement survivre à un épisode douloureux : c'est souvent aussi redécouvrir des ressources insoupçonnées, réorganiser ses priorités, reconstruire un rapport plus apaisé à soi et aux autres.

Sortir des idées reçues

La dépression souffre d'un paradoxe : elle est à la fois très répandue et profondément mal comprise. Tout le monde en parle, mais trop souvent à travers des clichés ou des simplifications. Sortir des idées reçues est une étape essentielle pour mieux comprendre ce trouble et mieux accompagner celles et ceux qui en souffrent.

La première idée reçue est de confondre la dépression avec une simple tristesse. La tristesse est une émotion universelle, saine et même nécessaire : elle survient en réponse à une perte, un échec, une déception, et elle s'accompagne souvent de larmes, d'un besoin de repli ou de consolation. Mais la tristesse ordinaire finit par s'apaiser avec le temps, grâce au soutien de l'entourage ou à de nouveaux projets. La dépression, elle, dépasse largement ce cadre. Elle s'installe, elle envahit le quotidien, elle altère le sommeil, l'appétit, la concentration, la motivation. Elle s'accompagne d'une perte de plaisir, d'un ralentissement psychomoteur, d'une vision du futur teintée de désespoir. Elle prive la personne de son énergie vitale, et parfois même de son envie de vivre.

Une autre idée reçue consiste à penser que la dépression serait un manque de volonté. Cette croyance est non seulement fausse mais aussi dangereuse, car elle entretient la culpabilité du patient et le jugement négatif de l'entourage. La dépression n'a rien à voir avec une faiblesse de caractère. C'est un trouble psychique qui implique des altérations complexes du fonctionnement cérébral, des déséquilibres biologiques, des vulnérabilités psychologiques et des facteurs sociaux. Dire à une personne dépressive : « *Secoue-toi !* » revient à nier la réalité de sa maladie. On ne guérit pas d'un infarctus ou d'un diabète par la seule force de la volonté : il en va de même pour la dépression.

Il existe également l'idée selon laquelle la dépression ne toucherait que les personnes fragiles. Or, si certaines vulnérabilités prédisposent effectivement à la maladie (antécédents familiaux, événements traumatiques, personnalité hypersensible, isolement social), la dépression peut frapper n'importe qui, à n'importe quel moment. Des sportifs médaillés olympiques, des acteurs célèbres, des chefs d'entreprise à la réussite éclatante en ont témoigné publiquement. Cette réalité rappelle que la dépression est un trouble transversal, universel, qui n'épargne personne.

Enfin, une dernière idée reçue veut que la dépression soit incurable, qu'une fois malade on le reste pour toujours. Là encore, c'est faux ! Si la rechute est possible, les études montrent qu'avec un traitement adapté environ 70 % des patients connaissent une rémission significative dès le premier épisode. Et même lorsqu'il existe une vulnérabilité à long terme, il est tout à fait possible de mettre en place des stratégies de prévention et de rétablissement qui permettent de vivre pleinement, avec un projet de vie, des relations satisfaisantes et une stabilité émotionnelle retrouvée.

Sortir de ces représentations erronées est une condition indispensable pour avancer. C'est reconnaître la dépression comme une véritable maladie et non comme une faiblesse. C'est comprendre qu'elle peut concerner tout le monde et qu'elle n'exclut jamais la possibilité d'un rétablissement. C'est aussi lutter contre la stigmatisation, qui constitue encore un frein majeur à la demande d'aide.

LA DÉPRESSION : DE QUOI PARLE -T-ON ?

1. DÉFINIR LA DÉPRESSION : ENTRE TROUBLE PSYCHIQUE ET IMPACT ENVIRONNEMENTAL

La dépression n'est pas un état d'âme, une faiblesse ou un simple passage à vide. Elle constitue un trouble psychique reconnu par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et clairement identifié par les classifications médicales internationales. Mais réduire la dépression à une liste de symptômes serait insuffisant. Car elle n'est pas qu'une affaire de cerveau ou de chimie : elle est aussi profondément inscrite dans l'histoire personnelle de chacun, dans le tissu social et dans l'environnement global au sein duquel la personne évolue. Définir la dépression, c'est donc considérer plusieurs dimensions : biologique, psychologique, sociale, culturelle, environnementale. C'est accepter sa complexité sans chercher à la réduire à un seul facteur.

■ Un trouble psychique bien défini par la Médecine

La dépression figure parmi les troubles de l'humeur. Dans le DSM-V (cinquième édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux), elle est nommée « trouble dépressif caractérisé » lorsqu'elle répond à un certain nombre de critères diagnostiques. Parmi eux, au moins cinq symptômes doivent être présents presque tous les jours, durant au moins deux semaines, et provoquer une souffrance significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou familial. Les deux symptômes centraux sont une humeur dépressive quasi permanente et une perte d'intérêt ou de plaisir (ce que l'on appelle l'*anhédonie*).

À ces signes s'ajoutent souvent :

- des troubles du sommeil (insomnie ou hypersomnie) ;
- une fatigue intense et/ou un ralentissement psychomoteur ;
- une diminution de la concentration ;
- des sentiments de culpabilité et/ou de dévalorisation ;

- des modifications de l'appétit et/ou du poids ;
- des pensées de mort et/ou des idées suicidaires.

Ces critères permettent d'objectiver le diagnostic et d'éviter les confusions avec d'autres affections médicales ou psychiatriques. Pourtant, dans la pratique, tout est plus nuancé : certains patients expriment peu de tristesse mais décrivent une perte totale d'élan vital ; d'autres rapportent surtout des plaintes somatiques, comme des douleurs diffuses ou des troubles digestifs.

➤ Critères diagnostiques du trouble dépressif caractérisé selon le DSM-V

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

N.B. : Ne pas inclure les symptômes qui sont clairement imputables à une autre affection médicale.

1. Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours, signalée par la personne (par exemple se sent triste, vide, sans espoir) ou observée par les autres (par exemple pleure). (N.B. : Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.)
2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quasiment toute la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).
3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (par exemple modification du poids corporel excédant 5 % en un mois) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
(N.B. : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de prise de poids attendue.)
4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement).
6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se reprocher 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 la personne ou observée par les autres).

9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale.

■ Une réalité qui dépasse les manuels de psychiatrie

Si les classifications sont indispensables, elles ne suffisent pas à saisir la réalité vécue de la dépression. Pour le patient cette pathologie ne se résume pas à cocher des cases : c'est une expérience globale qui modifie le rapport à soi, aux autres, au monde. Beaucoup décrivent un sentiment de vide, une impression d'être coupé de ce qui faisait sens auparavant, ou une incapacité à ressentir la moindre émotion. Le quotidien devient pesant, chaque geste demande un effort démesuré, la projection vers l'avenir semble impossible.

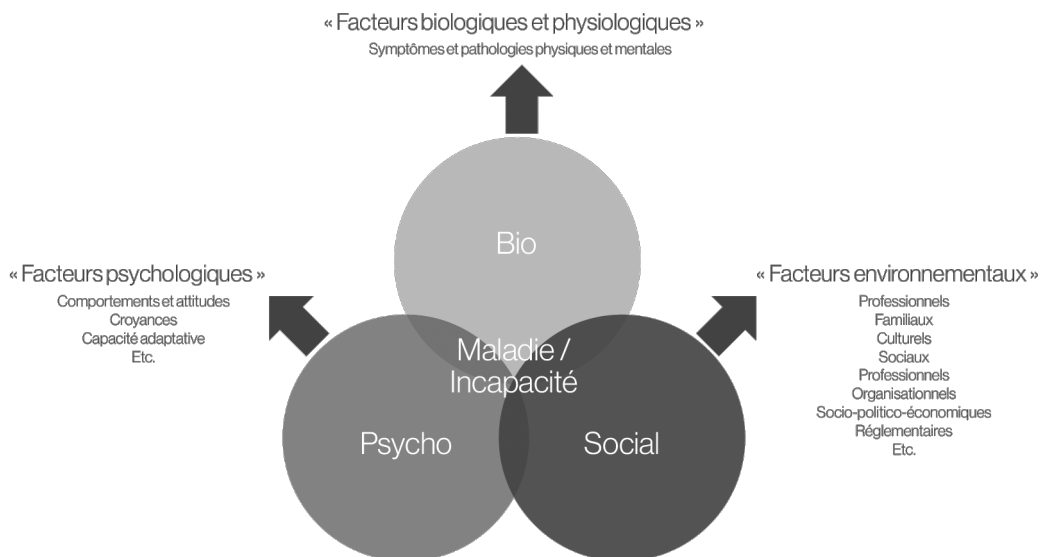
Définir la dépression c'est donc reconnaître cette expérience subjective : une perte de vitalité, une altération profonde du désir de vivre qui ne se comprend pas seulement comme une anomalie biologique mais comme une interaction entre le psychisme, le corps et l'environnement.

■ Les causes : entre vulnérabilités individuelles et facteurs environnementaux

La dépression résulte rarement d'une cause unique. Elle naît de l'entrelacement de plusieurs facteurs :

- biologiques : une prédisposition génétique, des déséquilibres de certains neurotransmetteurs, des modifications de certaines structures cérébrales ;
- psychologiques : une personnalité marquée par une tendance au perfectionnisme, à l'autocritique, ou une difficulté à réguler ses émotions ;
- environnementaux : des événements de vie stressants (deuil, séparation, perte d'emploi), un isolement social, des conditions de travail difficiles, une insécurité matérielle.

Il est important de comprendre que ces dimensions interagissent, c'est ce que l'on appelle le *modèle bio-psycho-social*. Un individu biologiquement vulnérable peut ne jamais développer de dépression s'il bénéficie d'un environnement protecteur, tandis qu'une personne sans prédisposition particulière peut basculer dans un épisode dépressif après une série d'événements traumatisants.



■ La place du contexte social et culturel

L'environnement ne se réduit pas aux événements personnels : il inclut aussi le contexte social et culturel. Dans certaines sociétés la dépression s'exprime surtout par des symptômes physiques (douleurs, fatigue) car l'expression émotionnelle est stigmatisée. Dans d'autres, la souffrance psychique est mieux reconnue mais encore trop souvent banalisée (« *Tout le monde est stressé* », « *Il faut relativiser* »).

Les transformations de notre monde contemporain jouent également un rôle. L'accélération du rythme de vie, la pression à la performance, l'instabilité professionnelle mais aussi les inégalités sociales et les crises globales (sanitaire, économique, environnementale) sont autant de facteurs de vulnérabilité. La dépression apparaît ainsi comme un trouble profondément lié à notre modernité, au point que certains chercheurs parlent de « maladie de civilisation ».

■ Un trouble individuel aux conséquences collectives

La dépression ne touche pas seulement l'individu : elle a un impact collectif. Les arrêts de travail liés aux troubles dépressifs représentent des millions de journées perdues chaque année. Les coûts pour la société sont considérables, tant en termes économiques qu'humains. Mais au-delà des chiffres ce sont les familles, les amis, les collègues qui subissent aussi les répercussions de la maladie : tensions, incompréhensions, parfois éloignement.

Reconnaître cet impact environnemental c'est rappeler que la dépression ne se soigne pas seulement dans le cabinet du psychiatre ou avec des médicaments. La qualité du soutien social, l'accès aux soins, la lutte contre la stigmatisation et contre la précarité font partie intégrante de la réponse thérapeutique.

■ Définir pour mieux agir

En définitive, définir la dépression c'est la considérer comme un trouble psychique objectivable par des critères médicaux, mais aussi comme une expérience humaine inscrite dans un contexte. C'est reconnaître que la souffrance individuelle est indissociable de facteurs environnementaux, et que la guérison passe par une approche globale qui tient compte de l'histoire personnelle, des ressources disponibles et du cadre social.

Loin d'être une faiblesse de caractère, la dépression est une pathologie sérieuse, multiforme, qui mérite une reconnaissance pleine et entière. La définir avec précision – sans la réduire – est la première étape pour mieux la soigner, mais aussi pour changer le regard que notre société porte sur ceux qui en souffrent.

2. HISTOIRE DE LA DÉPRESSION : DE LA MÉLANCOLIE ANTIQUE AUX CLASSIFICATIONS MODERNES

Pour comprendre la dépression telle que nous la connaissons aujourd'hui, il est essentiel de se tourner vers son histoire. Car si le terme « dépression » est relativement récent, l'expérience humaine qu'il désigne est universelle et ancienne. Depuis des millénaires les hommes et les femmes ont tenté de mettre des mots sur cette souffrance particulière, tour à tour perçue comme une maladie de l'âme, une affection du corps, une épreuve spirituelle ou un désordre social. L'évolution de ces représentations n'est pas anecdotique : elle a profondément influencé la manière dont on diagnostique, on soigne

et on vit la dépression. Retracer cette histoire, c'est mieux saisir pourquoi ce trouble reste encore aujourd'hui l'objet de débats, de malentendus et de stigmatisations.

■ La mélancolie antique : la bile noire et les humeurs

Dans l'Antiquité grecque le terme de « mélancolie » apparaît déjà. Hippocrate (460-370 avant Jésus-Christ), souvent considéré comme le père de la Médecine, décrit la mélancolie comme un excès de bile noire, l'une des quatre humeurs censées régir le corps humain (avec le sang, la bile jaune et la lymphe). Selon cette théorie humorale, la santé dépendait de l'équilibre de ces humeurs ; leur déséquilibre entraînait la maladie.

Le mélancolique, dominé par la bile noire, se caractérisait par une humeur triste, une tendance au repli, parfois des hallucinations ou des idées délirantes. Déjà, Hippocrate notait que ces états pouvaient s'accompagner de douleurs physiques et de troubles du sommeil, rapprochant ainsi la mélancolie de ce que nous appellerions aujourd'hui la dépression.

Aristote quant à lui s'interrogeait sur le lien entre mélancolie et génie : pourquoi tant de philosophes, de poètes et d'artistes semblaient-ils marqués par cette disposition ? La figure du « génie mélancolique » naissait alors, associant tristesse et créativité, fragilité et grandeur.

■ Le Moyen Âge : entre médecine et morale

Au Moyen Âge, la vision de la mélancolie évolue. La Médecine reste marquée par la théorie des humeurs, mais la religion joue un rôle majeur. L'acédie, décrite dans les monastères comme un état de langueur, de lassitude spirituelle et de désespoir, est considérée comme un péché car elle éloigne de la prière et de la vie communautaire. L'acédique est celui qui se laisse gagner par la torpeur, qui perd le goût de Dieu et du monde.

Cette dimension morale et spirituelle imprègne durablement la vision de la dépression. Être mélancolique n'est plus seulement un déséquilibre corporel : c'est aussi un signe de faiblesse morale, voire de faute. Cette culpabilisation a des répercussions profondes, dont on retrouve encore aujourd'hui les traces dans certaines représentations : combien de patients dépressifs se reprochent de ne pas faire assez d'efforts, ou se sentent jugés comme paresseux ?

■ La Renaissance et les Temps modernes : entre génie et folie

À la Renaissance la mélancolie connaît un regain d'intérêt, notamment dans le champ artistique et philosophique. L'iconographie regorge de représentations du mélancolique, souvent associé à la figure du penseur solitaire plongé dans ses réflexions. L'œuvre de Dürer, *Melencolia I* (1514), illustre parfaitement cette ambivalence : la mélancolie comme source de souffrance, mais aussi comme état propice à la créativité intellectuelle.

Sur le plan médical on continue d'associer la mélancolie à des désordres du corps et de l'esprit, mais on observe déjà une tentative de distinction entre différentes formes de tristesse pathologique. Certains médecins décrivent des mélancolies avec agitation, d'autres des mélancolies avec apathie profonde. L'idée que la maladie puisse avoir des causes variées et qu'elle ne se résume pas à une simple humeur triste commence à s'imposer.

■ Le XIX^e siècle : de la mélancolie à la dépression

C'est au XIX^e siècle que la psychiatrie moderne émerge et que les classifications commencent à se formaliser. Jean-Étienne Esquirol (1772-1840), élève de Pinel, décrit la « lypémanie », une forme de folie caractérisée par une tristesse profonde et des idées fixes. Peu à peu la mélancolie cesse d'être vue uniquement comme une disposition de l'âme pour devenir une maladie mentale spécifique.

Le terme de « dépression » apparaît alors, emprunté au vocabulaire médical général (il désigne initialement l'abaissement d'une fonction). L'idée est que la dépression correspond à un abaissement de l'humeur, de l'énergie, de la vitalité. Cette terminologie va peu à peu supplanter celle de mélancolie, même si les deux cohabitent longtemps.

À la fin du XIX^e siècle Emil Kraepelin (1856-1926), fondateur de la psychiatrie moderne, propose une classification des troubles mentaux qui influence encore aujourd'hui nos conceptions. Il distingue notamment la « folie maniaco-dépressive » (qui regroupe ce que nous appelons aujourd'hui troubles bipolaires et dépressions récurrentes) et la « démence précoce » (future schizophrénie). Pour lui la dépression est un trouble récurrent aux causes biologiques, et il insiste sur la nécessité d'une observation clinique rigoureuse.

■ Le xx^e siècle : entre psychanalyse et neurobiologie

Au xx^e siècle les approches de la dépression se diversifient. La psychanalyse, inaugurée par Freud, propose une lecture psychodynamique : la dépression résulterait d'une perte (réelle ou symbolique) mal intégrée, d'un conflit intrapsychique non résolu. Dans son célèbre texte *Deuil et mélancolie* (1917), Freud distingue le deuil – processus normal de détachement – de la mélancolie, où la perte se retourne contre le sujet lui-même sous forme d'autodévalorisation.

En parallèle, les avancées de la biologie et de la pharmacologie ouvrent de nouvelles perspectives. La découverte des premiers antidépresseurs dans les années 1950 marque une révolution : elle montre que la dépression peut être soulagée par des molécules agissant sur les neurotransmetteurs. C'est le début d'une ère où la dépression est envisagée aussi comme une maladie du cerveau, liée à des déséquilibres chimiques.

Ces approches, longtemps opposées, finissent par se compléter : la dépression est à la fois une expérience psychique singulière et un trouble biologique objectivable.

■ Les classifications contemporaines : DSM et CIM

Aujourd'hui la dépression est définie par des critères précis, établis par le DSM (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) et la CIM (Classification Internationale des Maladies). Ces manuels, régulièrement révisés, permettent une homogénéisation des diagnostics à travers le monde.

Le DSM-V, publié en 2013 (une version révisée est parue en 2023), décrit différents types de troubles dépressifs : le trouble dépressif caractérisé, la dysthymie (ou trouble dépressif persistant), le trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle chez l'enfant, le trouble dysphorique prémenstruel chez la femme ou encore les troubles dépressifs induits par une substance ou un médicament voire une autre affection médicale.

Ces classifications facilitent la recherche et la communication entre professionnels. Mais elles ne sont pas exemptes de critiques : certains reprochent leur approche trop catégorielle, qui ne reflète pas toujours la réalité clinique ; d'autres dénoncent une tendance à « psychiatriser » des états de souffrance qui relèvent aussi du social ou de l'existentiel.

■ Une histoire toujours en mouvement

L'histoire de la dépression n'est pas close. Elle continue de s'écrire à la lumière des découvertes scientifiques mais aussi des évolutions sociales et culturelles. La crise du COVID-19 par exemple a mis en évidence de nouvelles formes de vulnérabilité et de nouvelles manières de penser la souffrance psychique. Les recherches en neurosciences, en psychologie et en épidémiologie ne cessent d'affiner notre compréhension, tandis que les témoignages de patients rappellent que derrière les classifications il y a des vies bouleversées.

De l'excès de bile noire d'Hippocrate aux critères diagnostiques du DSM-V, la dépression a connu de multiples définitions. Chacune reflète une époque, un savoir médical, mais aussi une vision de l'homme et de sa souffrance. Longtemps vue comme une faute morale, parfois glorifiée comme le signe d'un génie, la dépression est aujourd'hui reconnue comme une maladie fréquente, sérieuse et potentiellement grave.

Connaître cette histoire c'est comprendre que nos représentations actuelles ne sont pas immuables. C'est aussi un moyen de prendre du recul : si la dépression prend aujourd'hui une telle place dans nos sociétés, c'est qu'elle dialogue en permanence avec notre culture, notre organisation sociale et nos valeurs.

3. LES DIFFÉRENTES FORMES DE DÉPRESSION

Parler de « la » dépression au singulier est déjà une simplification qui ne rend pas justice à la diversité des visages que peut prendre ce trouble. Si certaines manifestations sont communes – tristesse, perte de l'élan vital, troubles du sommeil, épuisement de l'estime de soi – il n'existe pas une seule dépression mais bien plusieurs formes cliniques, chacune avec ses spécificités, ses trajectoires et ses implications thérapeutiques. Comprendre ces nuances est essentiel, non seulement pour les professionnels de santé qui posent un diagnostic mais aussi pour les patients et leurs proches afin de mieux appréhender ce que signifie vivre avec la dépression.

■ Le trouble dépressif caractérisé

Le trouble dépressif caractérisé est sans doute la forme la plus connue et la plus étudiée de la dépression. Il se caractérise comme nous l'avons vu précédemment par l'apparition, sur une période d'au moins deux semaines,

d'un ensemble de symptômes qui entraînent une souffrance significative et une altération du fonctionnement global. Le patient décrit une tristesse quasi permanente, un désintérêt pour ce qui faisait autrefois plaisir, une fatigue persistante, des troubles du sommeil (souvent réveil précoce au petit matin, sans possibilité de se rendormir), une perte d'appétit (ou au contraire une hyperphagie [souvent sucrée]), ainsi que des difficultés de concentration. À cela s'ajoutent fréquemment des idées noires, parfois envahissantes, pouvant aller jusqu'à des pensées suicidaires.

Il est important de souligner qu'un trouble dépressif caractérisé ne correspond pas simplement à une mauvaise passe ou à une réaction proportionnée à un événement douloureux. Bien que certains déclencheurs existent (perte d'un proche, rupture, difficultés professionnelles), la sévérité et la durée des symptômes dépassent ce que l'on considère comme une réaction normale de tristesse. La dimension pathologique s'exprime par l'incapacité de la personne à retrouver un équilibre sans aide et par le risque vital associé.

La dépression chronique et la dysthymie

À côté des épisodes aigus il existe des formes plus insidieuses et prolongées, regroupées sous le terme de dysthymie (également appelée trouble dépressif persistant). Dans ce cas les symptômes sont moins intenses que dans un épisode caractérisé, mais ils s'étendent sur une durée d'au moins deux ans.

La personne atteinte de dysthymie décrit souvent une humeur constamment basse, un sentiment de lassitude, une perte d'entrain, une estime d'elle-même fragile. Contrairement au trouble dépressif caractérisé, les symptômes ne paralysent pas totalement le quotidien mais ils grignotent progressivement la qualité de vie. Beaucoup de patients finissent par considérer cet état comme normal, comme une manière d'être ou une fatalité : *« J'ai toujours été comme ça », « Je ne suis pas fait pour être heureux »*. Cette croyance contribue au retard diagnostique et à la sous-évaluation de la souffrance.

Il est fréquent que la dysthymie s'accompagne au fil du temps de troubles dépressifs caractérisés surajoutés. Ce tableau particulièrement lourd illustre bien la complexité des formes chroniques et la nécessité de repérer précocement les symptômes persistants.

■ La dépression bipolaire

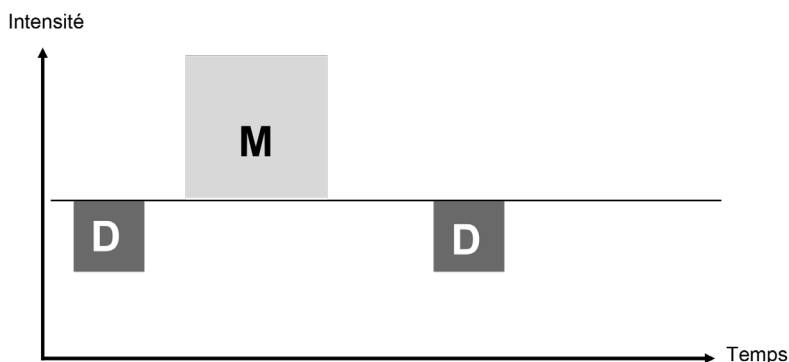
Un autre tableau clinique mérite une attention particulière : la dépression bipolaire. Contrairement à la dépression unipolaire (où les épisodes sont uniquement dépressifs) la dépression bipolaire s'inscrit dans le cadre du trouble bipolaire, caractérisé par l'alternance entre des phases dépressives et des phases d'excitation pathologique appelées manies ou hypomanies.

Le risque majeur réside dans le fait que lors d'un premier épisode dépressif il est parfois difficile de distinguer une dépression réactionnelle d'une dépression bipolaire. Or le traitement diffère considérablement : certains antidépresseurs utilisés seuls peuvent déclencher ou aggraver des phases maniaques. C'est pourquoi une anamnèse approfondie, incluant les antécédents personnels et familiaux, est indispensable avant de poser un diagnostic définitif.

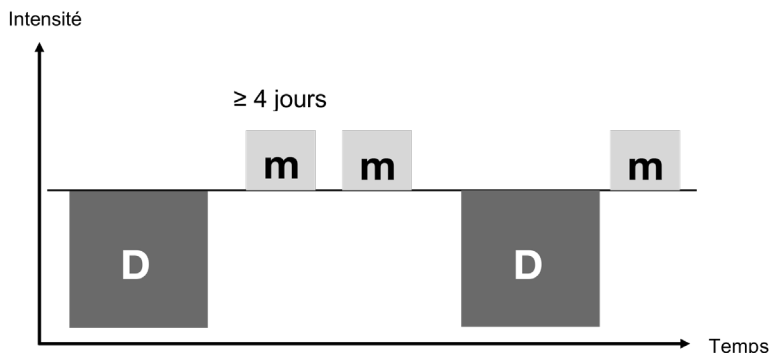
Dans sa forme dépressive le trouble bipolaire peut être particulièrement sévère : la mélancolie est souvent plus marquée, avec un ralentissement psychomoteur impressionnant et des idées de mort récurrentes. La prise en charge repose sur des thymorégulateurs (comme le lithium ou certains antiépileptiques, voire certains antipsychotiques), associés si besoin à des antidépresseurs prescrits avec précaution.

Les troubles bipolaires sont divisés en trois grands groupes :

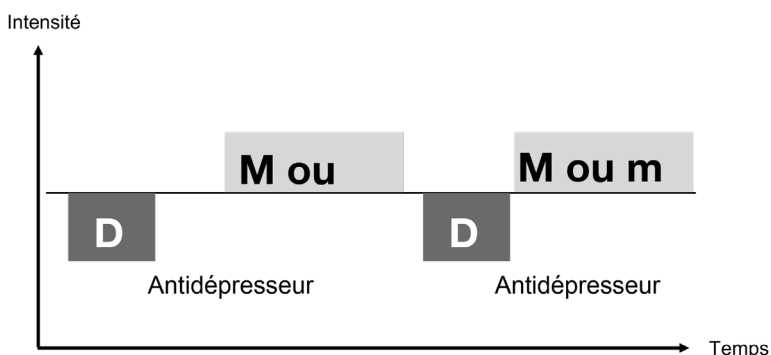
- *Les troubles bipolaires de type I* comportent une succession d'épisodes maniaques francs – nécessitant dans la plupart des cas une hospitalisation – et d'épisodes dépressifs pouvant être d'intensité modérée.



- *Les troubles bipolaires de type II* associent pour leur part la présence d'épisodes hypomaniaques (modérés) durant au minimum 4 jours – sans hospitalisation absolument nécessaire – et d'épisodes dépressifs francs.



- *Les troubles bipolaires de type III* impliquent quant à eux la présence d'épisodes dépressifs récurrents associés à :
 - ♦ des antécédents familiaux de bipolarité ;
 - ♦ et/ou des épisodes (hypo)maniaques pharmacologiquement induits ;
 - ♦ et/ou un tempérament hyperthymique (personne exubérante, énergique, extravertie, avec une attitude constamment optimiste).



■ Les dépressions saisonnières et atypiques

La dépression peut également se présenter sous des formes particulières, moins connues du grand public. La dépression saisonnière par exemple survient typiquement en automne ou en hiver, lorsque la luminosité diminue. Elle se caractérise par une fatigue accrue, une hypersomnie, un besoin compulsif de glucides, une prise de poids et une humeur morose. Ce trouble est lié à

des perturbations du rythme circadien et à des modifications de la sécrétion de mélatonine. Des traitements spécifiques existent, notamment la luminothérapie qui vise à compenser le déficit d'exposition à la lumière naturelle.

La dépression atypique quant à elle présente un tableau clinique différent : au lieu de l'insomnie classique, on observe une hypersomnie ; au lieu de la perte d'appétit, une hyperphagie ; à la place de l'agitation anxieuse, une sensation de lourdeur des membres. Ces formes atypiques rappellent à quel point la dépression ne se limite pas à un modèle unique.

■ La dépression masquée

Il existe aussi des dépressions dites « masquées », où les symptômes psychiques passent au second plan derrière des plaintes somatiques : douleurs chroniques, migraines, troubles digestifs. Ces patients consultent souvent leur médecin généraliste pour des symptômes physiques persistants, résistants aux traitements habituels. Le diagnostic peut alors tarder à être posé, ce d'autant que l'entourage et parfois même les soignants ne reconnaissent pas immédiatement l'origine psychique de la souffrance.

■ La dépression post-partum

Spécifique au contexte de la maternité, la dépression post-partum survient dans les semaines ou les mois suivant un accouchement. Elle ne doit pas être confondue avec le *baby blues*, état transitoire et bénin qui touche de nombreuses jeunes mères les jours suivant la naissance. La dépression post-partum est plus intense, plus durable, et peut avoir des conséquences importantes sur le lien mère-enfant si elle n'est pas reconnue et prise en charge rapidement.

■ Le trouble dépressif induit par une substance ou un médicament

Certaines dépressions trouvent leur origine dans la consommation de substances ou la prise de médicaments. L'alcool, certaines drogues (cocaïne, cannabis, amphétamines), mais aussi certains traitements médicaux (corticostéroïdes, interféron, certains antihypertenseurs, traitements hormonaux, etc.) peuvent provoquer ou aggraver des symptômes dépressifs. Dans ces cas l'arrêt ou l'ajustement de la substance en cause est une étape essentielle du traitement, en complément du soutien psychologique et si besoin d'un

traitement antidépresseur. Le diagnostic repose sur la chronologie (les symptômes apparaissent peu après l'introduction ou l'abus d'une substance) et sur leur réversibilité après son arrêt.

■ **Le trouble dépressif dû à une affection médicale**

La dépression peut également être la conséquence directe d'une maladie somatique. Le trouble dépressif dû à une affection médicale est diagnostiqué lorsque les symptômes apparaissent dans le cadre d'une pathologie identifiée : maladies neurologiques (maladie de Parkinson, sclérose en plaques, accidents vasculaires cérébraux), endocriniennes (hypothyroïdie, diabète), infectieuses (VIH, hépatites) ou encore certains cancers. Dans ces cas la dépression ne résulte pas seulement d'une réaction psychologique face à la maladie mais bien d'une atteinte biologique, hormonale ou neurologique directement liée à la pathologie. Ici encore la prise en charge doit être globale, associant le traitement de la maladie sous-jacente, un accompagnement psychologique et parfois une médication spécifique.

■ **Les états mixtes et atypiques**

Enfin, certaines formes de dépression échappent aux classifications trop rigides. Les dépressions atypiques associent par exemple hypersomnie, hyperphagie, hypersensibilité au rejet et fatigabilité. Les états mixtes, quant à eux, combinent simultanément des symptômes dépressifs et (hypo)maniaques, créant une souffrance intense et parfois un risque suicidaire accru.

■ **Une mosaïque de réalités cliniques**

À travers ces différentes formes, la dépression se révèle comme une mosaïque de réalités, allant des épisodes aigus et spectaculaires aux formes chroniques et insidieuses. Cette diversité a des conséquences pratiques : elle impose une évaluation fine et nuancée ainsi qu'une adaptation constante des stratégies thérapeutiques.

Réduire la dépression à un seul modèle, c'est risquer de passer à côté de patients dont la souffrance ne correspond pas aux clichés. Reconnaître cette pluralité, au contraire, c'est donner à chacun la possibilité de trouver une explication à son vécu et surtout une voie vers un traitement approprié.

4. CHIFFRES ET DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

La dépression n'est pas seulement une souffrance individuelle vécue dans l'intimité des pensées et des émotions. Elle constitue également un enjeu collectif, un véritable problème de santé publique qui mobilise chercheurs, cliniciens, décideurs politiques et associations de patients. Les chiffres parlent d'eux-mêmes : la dépression touche des millions de personnes, avec des conséquences économiques, sociales et humaines considérables.

■ Une prévalence mondiale en forte progression

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que plus de 280 millions de personnes souffrent actuellement de dépression dans le monde. Cela représente environ 3,8% de la population mondiale, tous âges confondus, avec une prévalence plus élevée chez les adultes jeunes et les femmes. Ces chiffres, déjà impressionnants, ne reflètent probablement pas toute la réalité car de nombreux cas ne sont ni diagnostiqués ni traités.

La dépression figure parmi les principales causes d'incapacité dans le monde. Selon le rapport *Global Burden of Disease*¹, elle est responsable d'une perte massive en termes d'années de vie en bonne santé. Dans certains pays elle représente même la première cause de handicap chez les 15-44 ans, soulignant qu'il ne s'agit pas d'une pathologie réservée à la vieillesse ou à des populations fragilisées mais bien d'un trouble qui frappe au cœur de la vie active.

■ La situation en France : des chiffres préoccupants

En France, les études épidémiologiques révèlent que 15 à 20% des individus connaîtront au cours de leur vie au moins un épisode dépressif caractérisé. Chaque année, environ 9% des adultes sont concernés par une forme de dépression, qu'elle soit légère, modérée ou sévère. Les enquêtes de santé publique menées régulièrement, comme celles de Santé Publique France, confirment une tendance à la hausse, notamment dans les périodes de crise économique, sociale ou sanitaire.

La pandémie de COVID-19 a constitué un révélateur et un amplificateur majeur. Les taux de symptômes dépressifs ont presque doublé dans la population générale lors des confinements successifs, avec un impact

1. https://www.healthdata.org/sites/default/files/2024-06/GBD_2021_Booklet_FR_FI-NAL_2024.06.25.pdf

particulièrement marqué chez les jeunes adultes, les étudiants, mais aussi chez les soignants. Ces données montrent à quel point la dépression est sensible aux bouleversements sociétaux et combien elle doit être pensée dans une perspective globale.

Des inégalités face à la dépression

L'épidémiologie met également en lumière des disparités importantes. Les femmes sont deux fois plus nombreuses que les hommes à souffrir de dépression. Plusieurs explications sont avancées : facteurs hormonaux, poids des inégalités sociales, exposition accrue aux violences conjugales et aux discriminations.

Les populations précaires sont également plus touchées : chômage, isolement, habitat dégradé, absence de soutien social sont autant de facteurs qui augmentent le risque de dépression. Cette dimension sociale du trouble montre bien que la dépression n'est pas uniquement une question de vulnérabilité individuelle, mais aussi le reflet d'un environnement qui fragilise et abîme.

Enfin, certaines pathologies chroniques (cancers, diabète, maladies cardiovasculaires) sont fréquemment associées à la dépression, ce qui aggrave encore la morbidité et complique la prise en charge. On parle alors de comorbidité, une situation fréquente qui souligne l'importance d'une approche intégrée entre santé mentale et santé somatique.

L'impact sur le risque suicidaire

Parmi les données les plus préoccupantes figure le lien étroit entre dépression et suicide. On estime que plus de 50 % des suicides surviennent dans un contexte de trouble dépressif caractérisé. Chaque année en France environ 9 000 personnes mettent fin à leurs jours, et l'on compte plus de 200 000 tentatives de suicide. Ces chiffres placent la France parmi les pays européens les plus touchés.

Il est fondamental de rappeler que derrière ces statistiques se cachent des vies interrompues, des familles bouleversées et des trajectoires marquées par une immense souffrance. Le suicide reste l'une des principales causes de mortalité prématurée évitable, et la dépression en constitue le facteur de risque majeur.

■ Des coûts économiques et sociaux colossaux

Au-delà de la souffrance individuelle et familiale, la dépression pèse lourdement sur l'économie. Les arrêts-maladie répétés, la baisse de productivité, le chômage lié à l'incapacité de travailler entraînent des coûts directs et indirects considérables. Le Panorama de la Santé publié par l'OCDE¹ estime que les troubles dépressifs représentent plusieurs milliards d'euros de perte chaque année en Europe.

À ces coûts financiers s'ajoutent les coûts humains : isolement, rupture des liens sociaux, perte de confiance. La dépression n'est pas seulement une maladie du cerveau ou des émotions, c'est aussi une maladie qui désorganise la vie sociale et collective.

■ Un enjeu majeur de santé publique

L'ensemble de ces données épidémiologiques rappelle que la dépression est loin d'être un problème marginal. Elle constitue un défi de santé publique majeur, à la croisée de la médecine, de la psychologie et des sciences sociales. Les pouvoirs publics sont de plus en plus appelés à mettre en place des politiques de prévention, de déstigmatisation et d'amélioration de l'accès aux soins.

Investir dans la santé mentale, c'est investir dans la société tout entière. Réduire la prévalence de la dépression, améliorer son dépistage et sa prise en charge, c'est non seulement sauver des vies, mais aussi préserver le tissu social et économique.

Concrètement, les chiffres de la dépression ne doivent pas être lus comme de simples statistiques médicales. Ils sont le reflet d'une souffrance humaine profonde, massive, parfois invisible. Ils rappellent l'urgence d'agir, d'informer et d'accompagner. La dépression n'est pas l'affaire de quelques-uns : elle concerne l'ensemble des individus.

5. TABOUS, REPRÉSENTATIONS ET STIGMATISATION DE LA DÉPRESSION

Si la dépression est aujourd'hui mieux connue et plus fréquemment diagnostiquée qu'il y a quelques décennies, elle reste entourée de nombreuses représentations sociales qui influencent la manière dont elle est perçue, vécue et prise en charge. La souffrance psychique n'a pas le même statut que la

1. https://www.oecd.org/fr/publications/2025/11/health-at-a-glance-2025_a894f72e.html

souffrance physique : elle demeure trop souvent banalisée, incomprise, voire stigmatisée. Or, ces attitudes collectives ont des conséquences directes sur le quotidien des personnes concernées, qui hésitent à demander de l'aide ou se sentent coupables de ne pas « tenir le coup ».

■ Les tabous persistants autour de la dépression

Dans de nombreux milieux, parler de sa santé mentale demeure difficile. Avouer que l'on souffre d'une dépression, c'est parfois s'exposer à des jugements hâtifs : « *Tu exagères* », « *Prends sur toi* », « *Bouge-toi et ça ira mieux* ». Ces phrases, en apparence anodines, traduisent l'idée selon laquelle la dépression ne serait pas une vraie maladie mais une faiblesse de caractère, un manque de volonté.

Ce tabou est particulièrement marqué dans certains contextes professionnels. Beaucoup de salariés redoutent d'informer leur employeur d'un arrêt de travail pour dépression, de peur d'être considérés comme fragiles, peu fiables ou inadaptés. Ce silence forcé contribue à isoler encore davantage les personnes en souffrance, qui se sentent condamnées à gérer seules une maladie déjà lourde à porter.

■ Les représentations culturelles et médiatiques

La dépression est également influencée par des représentations véhiculées par la culture et les médias. Dans certaines productions artistiques la mélancolie est idéalisée, associée à la créativité, au génie torturé ou à une profondeur intellectuelle supérieure. Cette vision romantique peut séduire, mais elle occulte la réalité clinique de la dépression : une souffrance qui détruit plus qu'elle ne sublime.

À l'opposé, les médias de masse tendent parfois à simplifier la dépression en la réduisant à une simple déprime passagère. Le vocabulaire courant contribue d'ailleurs à cette confusion : on dit « *Je suis déprimé* » pour exprimer une fatigue ou une contrariété. Cette banalisation brouille les repères et complique la reconnaissance du trouble.

Enfin, certaines images médiatiques renforcent les clichés : le dépressif serait forcément alité, incapable de sortir de chez lui, alors même que beaucoup de patients continuent à travailler, à s'occuper de leur famille tout en luttant en silence contre une douleur intérieure invisible.

■ La stigmatisation : poids supplémentaire pour les patients

L'une des conséquences les plus délétères de ces représentations est la stigmatisation. Être atteint de dépression c'est souvent affronter un double fardeau : la maladie elle-même et le regard des autres. Ce phénomène est bien documenté : les personnes souffrant de troubles dépressifs rapportent fréquemment des expériences de discrimination, que ce soit dans la sphère professionnelle, dans les relations sociales ou même au sein du cercle familial.

Cette stigmatisation prend différentes formes. Elle peut être explicite, à travers des propos blessants ou des comportements d'exclusion. Mais elle est souvent plus subtile : une distance que l'on met, une gêne dans les conversations, une minimisation systématique de la souffrance exprimée. Dans les deux cas le résultat est le même : la personne se sent incomprise, rejetée, ce qui accentue son isolement et aggrave son mal-être.

■ Les effets de la stigmatisation sur le recours aux soins

De nombreuses études montrent que la peur du jugement social constitue un frein majeur au recours aux soins. Beaucoup de patients retardent la consultation – parfois pendant des années – par honte ou par crainte d'être étiquetés. On estime ainsi qu'en France près d'une personne sur deux souffrant de dépression sévère ne bénéficie d'aucun suivi médical spécifique.

Ce retard de prise en charge a des conséquences dramatiques : aggravation des symptômes, chronicisation du trouble, augmentation du risque suicidaire. La stigmatisation ne se contente donc pas de blesser moralement les patients, elle contribue directement à la gravité de la maladie.

■ L'évolution des mentalités : un progrès encore fragile

Il serait toutefois injuste de peindre un tableau uniquement sombre. Depuis une vingtaine d'années la parole sur la santé mentale s'est libérée, notamment grâce aux campagnes de sensibilisation, aux témoignages de personnalités publiques et à la médiatisation croissante de la psychiatrie. Les jeunes générations en particulier semblent plus enclines à parler ouvertement de leur mal-être et à consulter.

Les initiatives se multiplient pour réduire la stigmatisation : semaines d'information sur la santé mentale, campagnes nationales, formations à destination des entreprises, interventions dans les écoles. Ces actions contribuent progressivement à changer les mentalités.

Mais ce changement reste fragile et inégal. Dans certains milieux sociaux ou culturels, la dépression demeure un sujet tabou et les stéréotypes persistent. Le chemin vers une pleine reconnaissance de la dépression comme une maladie à part entière, légitime et digne de soins, est encore long...

Dépasser les tabous pour mieux accompagner

Parler de la dépression, c'est déjà un premier pas pour la faire reculer. Déconstruire les idées reçues, c'est permettre aux patients de se sentir légitimes dans leur souffrance et dans leur demande d'aide. Combattre la stigmatisation, c'est donner à chacun la possibilité d'accéder aux soins sans honte ni culpabilité.

En définitive, la société a un rôle majeur à jouer : créer un climat où la dépression peut être reconnue comme une maladie, où la parole peut circuler librement et où l'accompagnement repose sur l'écoute, la solidarité et le respect.