

La santé mentale des étudiants en médecine

A. Etat des connaissances actuelles

L'anxiété et la dépression sont particulièrement présentes chez les professionnels de santé travaillant à l'hôpital et encore plus chez les internes et jeunes médecins. Selon une étude transversale datant de 2005, on retrouve chez cette population une prévalence significativement plus élevée de symptômes dépressifs et d'anxiété que dans la population générale (1).

Cette vulnérabilité pourrait notamment s'expliquer par différents facteurs comme la durée des études particulièrement longue par rapport aux autres études supérieures, la pression psychologique et la charge de travail importante (2).

1. Connaissances à l'international

Les études concernant la santé mentale des étudiants en médecine sont encore peu nombreuses.

Une récente revue systématique de la littérature et méta-analyse réalisée en 2016, incluant 167 études transversales et 16 études longitudinales de 43 pays, a montré que 27,2% des étudiants en médecine présentaient un épisode dépressif caractérisé ou des symptômes dépressifs et que 11,1% avaient déjà eu des idées suicidaires (3).

Parmi ces études, une seule provenait de France et avait comme population seulement les étudiants en médecine en deuxième année (4).

2. Connaissances en France

En France, les études de médecine sont parmi les plus longues études supérieures. Elles sont divisées en trois cycles, le premier cycle dure trois ans et est uniquement théorique. La première année de médecine se termine par un concours très sélectif où le nombre d'internes reçu est délimité par un numerus clausus.

Le second cycle dure trois ans, il est à la fois théorique et pratique, avec des stages dans les services hospitaliers. La sixième année se termine par un nouveau concours, appelé examen classant national, qui déterminera la spécialité et la ville d'exercice de l'interne en fonction de son classement.

Le dernier cycle, l'internat, dure de trois à six ans en fonction des spécialités, il est essentiellement pratique. Les internes doivent prendre en charge les patients, faire des gardes de nuit, prescrire des traitements sous la supervision d'un médecin senior.

En résumé, les étudiants en médecine doivent faire preuve de capacités d'adaptation importantes pendant une dizaine d'années. Dans le même temps, les longues périodes de gardes et d'examens peuvent entraîner des troubles du sommeil, des troubles de l'appétit, un manque d'activité physique, une majoration de la consommation de café ou d'autres psychostimulants, tout ceci peut avoir des conséquences sur la santé mentale.

Une étude parue en 2010 réalisée par l'institut national de veille sanitaire et observant la mortalité par suicide en fonction du secteur d'activité, a montré que les secteurs présentant le taux de mortalité par suicide le plus élevé sont ceux de la santé de

l'action sociale avec un taux de 34,3 pour 100 000 par rapport à un taux de 33,4 pour 100 000 en population générale (5).

En 2016, une enquête menée par la commission jeune médecins du conseil national de l'ordre des médecins et s'intéressant à la santé des jeunes médecins, a interrogé plus de 7500 étudiants et jeunes médecins, allant de la 4^{ème} année d'étude de médecine au post internat (chef de clinique, assistant). A la question « de manière générale, diriez-vous que votre santé est (...) », un peu plus d'un cinquième, 21.1% l'estiment moyenne et 3.2% mauvaise. Plus inquiétant encore, à la question « avez-vous déjà eu des idées suicidaires » 14% des participants ont répondu oui (6).

Une autre enquête menée conjointement par différents syndicats d'internes et de jeunes médecins, l'ANEMF, l'ISNI, l'ISNAR-MG et l'ISNCCA et réalisée en 2017, a interrogé étudiants et jeunes médecins à l'aide d'un questionnaire diffusé en ligne et s'adressant aux étudiants en médecine du premier cycle jusqu'au post internat, c'est-à-dire les chefs de clinique et assistants. Ce questionnaire a été construit en s'inspirant des facteurs de risque ou de protection connus ou fortement suspectés dans la littérature concernant la santé mentale. L'anxiété et la dépression ont été recherchées et évaluées à l'aide de l'auto-questionnaire HAD validé par la HAS (7). Au total il y a eu 21 768 répondants dont 4255 étudiants en 1er cycle, 8725 étudiants en 2e cycle, 7631 étudiants en 3e cycle et 1157 chefs de clinique ou assistants. Les principaux chiffres de l'étude retrouvent que 66.2% des répondants souffrent d'anxiété, 27.7% de dépression et 23.7% ont déjà eu des idées suicidaires (8).

Cette enquête bien qu'importante par le nombre de participants, ne distingue pas la prévalence des troubles par rapport au niveau d'étude, ce qui peut entraîner un biais important étant donné le nombre bien supérieur d'étudiants en première année par rapport à la deuxième année de médecine.

Enfin une dernière étude, la plus récente, réalisée en 2019, a cherché à déterminer la prévalence de la prise en charge de ces troubles mentaux, l'étude a été menée sur une cohorte de 10985 étudiants en médecine, de la première année à la fin de l'internat, les résultats montrent que 12,2% des étudiants étaient suivi par un

psychiatre. Parmi cette population, 20,5% consommaient régulièrement des anxiolytiques et 17,2% des antidépresseurs (9). Ces étudiants étaient plus à risque de consommer des antidépresseurs et des anxiolytiques, d'éprouver une souffrance psychique et une moins bonne qualité de vie.

B. Naissance d'un projet de thèse

Le nombre d'études françaises sur la santé mentale des étudiants en médecine est faible comparé à la médiatisation de plus en plus fréquente de drames, de suicides d'internes.

En effet, depuis le début de l'année 2020 nous comptabilisons déjà quatre internes décédés par suicide (10), chaque année nous en entendons de plus en plus parler dans les médias mais il n'y a pas de poursuite, pas de mise en cause d'un lien possible avec des conditions de travail difficiles, notamment un non-respect des 48h de travail hebdomadaire.

Il n'existe pas à ce jour d'observatoire national de la souffrance des soignants, pas de registre du nombre de suicides de soignants permettant d'avoir un chiffre précis sur cette mortalité, malgré les revendications de l'ISNI. Il n'existe pas non plus de décompte horaire du temps de travail, empêchant ainsi de mettre en cause un contexte d'épuisement professionnel ayant mené au décès par suicide.

Malgré les enquêtes en interne au sein des hôpitaux après le décès par suicide d'un soignant, il n'y a pas à ce jour de décès par suicide d'un interne ayant été juridiquement reconnu comme causé par un contexte professionnel.

Cette reconnaissance juridique n'est que très rarement obtenue, citons en exemple l'affaire des suicides chez France Telecom qui concernait vingt-cinq suicides d'employés entre 2008 et 2011, et qui vient seulement d'être traduite en justice, dix ans plus tard, l'ancien patron de France Telecom a été reconnu coupable de harcèlement moral (11).

Le harcèlement moral ou sexuel est encore tabou chez les étudiants en médecine et trop peu d'études existent sur ce sujet.

Nous savons pourtant que ce sont des facteurs de risque d'anxiété et de dépression, et ces derniers troubles mentaux non traités et non suivis peuvent mener jusqu'au suicide (12).

L'objectif principal de ce projet de thèse est d'obtenir des chiffres sur la prévalence et les caractéristiques du harcèlement moral à l'hôpital, ainsi que sur la prévalence des troubles anxieux et de dépression chez les étudiants en médecine à l'aide d'un questionnaire diffusé aux étudiants et jeunes médecins de France. Nous recherchons aussi à mettre en évidence les facteurs favorisant et protecteurs d'anxiété et de dépression.

Et enfin par la suite de pouvoir mettre en place des stratégies et moyens à l'hôpital permettant d'améliorer la santé mentale des étudiants et jeunes médecins.

II. LES TROUBLES ANXIEUX

A. Epidémiologie et physiopathologie

Les troubles anxieux font partie des pathologies psychiatriques les plus fréquentes en population générale.

La prévalence des troubles anxieux sur la population française est estimée entre 10 et 20% selon les études (13) (14).

Les troubles anxieux regroupent différentes entités selon la classification du DSM 5 que sont l'anxiété de séparation, le mutisme sélectif, la phobie spécifique, l'anxiété sociale, le trouble panique, l'agoraphobie et l'anxiété généralisée (15).

Anciennement classés parmi les troubles anxieux, dorénavant les troubles obsessionnels compulsifs et l'état de stress post traumatique sont dans des catégories spécifiques dans la classification du DSM 5.

Les plus fréquents sont dans l'ordre la phobie spécifique, l'anxiété généralisée, la phobie sociale et le trouble panique. Chacun des troubles anxieux connaît une prévalence supérieure à 1% sur la vie entière, les phobies spécifiques touchent jusqu'à 12% de la population (16).

On retrouve une prédominance féminine pour les troubles anxieux, le risque est environ 1,7 fois plus élevé pour l'ensemble des troubles anxieux chez le sexe féminin (14).

L'ensemble des troubles anxieux se développent vers l'adolescence et chez le jeune adulte, mais des formes tardives peuvent apparaître en particulier pour le trouble anxieux généralisé qui est le trouble anxieux le plus fréquent chez le sujet âgé.

La durée des troubles est variable, de quelques mois à plusieurs années, il existe des formes graves avec évolution continue sans rémission qui sont particulièrement invalidantes au quotidien, ces formes font partie des affections longue durée (ALD 23).

La physiopathologie des troubles anxieux n'est pas entièrement connue mais une origine multifactorielle est favorisée avec l'implication de facteurs de vulnérabilité génétique (tempérament anxieux, sensibilité au stress), de facteurs environnementaux (pression professionnelle, stress divers) et des facteurs biochimiques avec une hypothèse de réaction excessive du système nerveux autonome qui serait à l'origine de l'anxiété. Il en résulterait une production accrue de catécholamines et de noradrénaline. La baisse simultanée des niveaux d'acide gamma aminobutyrique (GABA) mènerait à l'hyperactivité du système nerveux central. Une hausse de l'activité dopaminergique et une diminution des niveaux de sérotonine seraient aussi liées à l'augmentation de l'anxiété (17).

B. Le diagnostic de trouble anxieux / Les comorbidités

1. Le diagnostic positif

L'interrogatoire complet recherche les antécédents, le type de troubles, la date de début, la notion de traumatisme éventuel dans les mois qui précèdent, les signes d'accompagnement et les troubles associés (signes neurovégétatifs, syndrome du côlon irritable, céphalées, etc.), l'intensité et la fréquence des symptômes, la présence de comorbidités en particulier de symptômes de dépression, de plusieurs troubles anxieux associés, de trouble bipolaire ou de comorbidités somatiques, les traitements antérieurs (médicaments et psychothérapies), leur efficacité et leur tolérance.

Le retentissement du trouble anxieux et ses conséquences sur la vie familiale, sociale et professionnelle, la consommation de psychotropes, l'altération des fonctions cognitives, la qualité de vie sont recherchés.

Le trouble anxieux pouvant se présenter avec des signes d'appel variés, l'interrogatoire et l'examen clinique peuvent être complétés par des examens complémentaires pour éliminer une pathologie organique (cardiaque, pulmonaire, endocrinienne, neurologique, ORL, digestive, hématologique, cancer, etc.).

Il n'y a pas d'examen biologique permettant le diagnostic du trouble anxieux.

Le DSM 5 identifie des critères diagnostiques spécifiques à chaque trouble anxieux (15), énoncés ci-dessous pour les principaux troubles :

Phobie spécifique :

- A. Peur ou anxiété intenses à propos d'un objet ou d'une situation spécifique.
- B. L'objet ou la situation phobogène provoque presque toujours une peur ou une anxiété immédiate.
- C. L'objet ou la situation phobogène est activement évité(e) ou vécu(e) avec une peur ou une anxiété intense.
- D. La peur ou l'anxiété est disproportionnée par rapport au danger réel engendré par l'objet ou la situation spécifique et par rapport au contexte socioculturel

- E. La peur, l'anxiété ou l'évitement sont persistants, habituellement d'une durée de 6 mois ou plus.
- F. La peur, l'anxiété ou l'évitement causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- G. Le trouble n'est pas mieux expliqué par les symptômes d'un autre trouble mental, comprenant la peur, l'anxiété et l'évitement de situations associées à des symptômes semblables aux symptômes de panique ou d'autres symptômes d'incapacité (comme dans l'agoraphobie), des objets ou situations liés à des obsessions (comme dans le TOC), des souvenirs d'événements traumatiques (comme dans le TSPT), une séparation de la maison ou des figures d'attachement (comme dans l'anxiété de séparation) ou des situations sociales (comme dans l'anxiété sociale).

Anxiété généralisée :

- A. Anxiété et soucis excessif (attente avec appréhension) survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois concernant un certain nombre d'événements ou d'activités (telles que le travail ou les performances scolaires).
- B. La personne éprouve de la difficulté à contrôler cette préoccupation.
- C. L'anxiété et les soucis sont associés à trois (ou plus) des six symptômes suivants (dont au moins certains symptômes ont été présents la plupart du temps durant les 6 derniers mois) :
 1. Agitation ou sensation d'être survolté ou à bout.
 2. Fatigabilité.
 3. Difficultés de concentration ou trous de mémoire.
 4. Irritabilité.
 5. Tension musculaire.
 6. Perturbation du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu ou sommeil agité et non satisfaisant).

- D. L'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques entraînent une détresse ou une altération cliniquement significatives du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- E. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus, médicament) ou d'une autre affection médicale (p.ex. hyperthyroïdie).
- F. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (p. ex. anxiété ou souci d'avoir une autre attaque de panique dans le trouble panique, évaluation négative dans l'anxiété sociale, contamination ou autres obsessions dans le TOC, séparation des figures d'attachement dans l'anxiété de séparation, souvenirs d'évènements traumatiques dans le TSPT, prise de poids dans l'anorexie mentale, plaintes somatiques dans le trouble à symptomatologie somatique, défauts d'apparence perçus dans l'obsession d'une dysmorphie corporelle, avoir une maladie grave dans la crainte excessive d'avoir une maladie, ou teneur de croyances délirantes dans la schizophrénie ou le trouble délirant).

Anxiété sociale :

- A. Peur ou anxiété intenses d'une ou plusieurs situations sociales durant lesquelles le sujet est exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui. Des exemples de situations incluent des interactions sociales (p. ex. avoir une conversation, rencontrer des personnes non familières), être observé (p. ex. en train de manger ou boire) et des situations de performance (p. ex. faire un discours).
- B. La personne craint d'agir ou de montrer des symptômes d'anxiété d'une façon qui sera jugée négativement (p. ex. humiliante ou embarrassante, conduisant à un rejet par les autres ou à les offenser).
- C. Les situations sociales provoquent presque toujours une peur ou une anxiété.
- D. Les situations sociales sont évitées ou subies avec une peur ou une anxiété intenses.

- E. La peur ou l'anxiété sont disproportionnées par rapport à la menace réelle posée par la situation sociale et compte tenu du contexte socioculturel.
- F. La peur, l'anxiété ou l'évitement sont persistants, durant habituellement 6 mois ou plus.
- G. La peur, l'anxiété ou l'évitement entraînent une détresse ou une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- H. La peur, l'anxiété ou l'évitement ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus, médicament) ni à une autre affection médicale.
- I. La peur, l'anxiété ou l'évitement ne sont pas mieux expliqués par les symptômes d'un autre trouble mental tel qu'un trouble panique, une obsession d'une dysmorphie corporelle, un trouble du spectre de l'autisme.
- J. Si une autre affection médicale (p. ex. maladie de Parkinson, obésité, défiguration secondaire à une brûlure ou une blessure) est présente, la peur, l'anxiété ou l'évitement sont clairement non liés à cette affection ou excessifs.

Trouble panique :

- A. Attaques de panique récurrentes et inattendues. Une attaque de panique est une montée brusque de crainte intense ou de malaise intense qui atteint son acmé en quelques minutes, avec la survenue de quatre (ou plus) des symptômes suivants :
 1. Palpitations, battements de cœur sensibles ou accélération du rythme cardiaque.
 2. Transpiration.
 3. Tremblements ou secousses musculaires.
 4. Sensations de « souffle coupé » ou impression d'étouffement.
 5. Sensation d'étranglement.
 6. Douleur ou gêne thoracique.
 7. Nausée ou gêne abdominale.

8. Sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide ou impression d'évanouissement.
 9. Frissons ou bouffées de chaleur.
 10. Paresthésies (sensations d'engourdissement ou de picotements).
 11. Déréalisation (sentiments d'irréalité) ou dépersonnalisation (être détaché de soi).
 12. Peur de perdre le contrôle ou de « devenir fou ».
 13. Peur de mourir.
- B. Au moins une des attaques a été suivie par une période d'un mois (ou plus) de l'un ou des deux symptômes suivants :
1. Crainte persistante ou inquiétude d'autres attaques de panique ou de leurs conséquences (p. ex. perdre le contrôle, avoir une crise cardiaque, « devenir fou »).
 2. Changement de comportement significatif et inadapté en relation avec les attaques (p. ex. comportements en lien avec l'évitement du déclenchement d'une attaque de panique, tels que l'évitement d'exercices ou de situations non familières).
- C. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus, médicament) ou d'une autre affection médicale (p. ex. hyperthyroïdie, affection cardiopulmonaire).
- D. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (p.ex. l'attaque de panique ne survient pas exclusivement en réponse à des situations sociales redoutées comme dans l'anxiété sociale, ou en réponse à des objets ou situations phobogènes spécifiques, comme dans la phobie spécifique, ou en réponse à des obsessions, comme dans un TOC, ou en réponse à un rappel d'évènements traumatiques, comme dans un TPST, ou en réponse à la séparation des figures d'attachement, comme dans l'anxiété de séparation).

2. Les comorbidités

Les comorbidités psychiatriques des troubles anxieux sont fréquentes avec en premier l'association de plusieurs troubles anxieux. La présence d'un trouble de la personnalité dit « anxieux » : personnalité dépendante ou évitante. Les troubles addictifs et l'épisode dépressif caractérisé font également partie des comorbidités les plus fréquentes.

Pour la phobie spécifique, les comorbidités les plus fréquentes sont l'association avec un autre trouble anxieux, en particulier l'anxiété sociale, l'agoraphobie, l'anxiété généralisée et le trouble panique. On retrouve une anxiété sociale chez environ 50% des personnes présentant une phobie spécifique. Viennent ensuite l'alcoolodépendance et la dépression.

Pour l'anxiété généralisée, il s'agit également des autres troubles anxieux avec en particulier la phobie sociale et le trouble panique. Viennent ensuite les troubles addictifs et la dépression.

Pour l'anxiété sociale, on trouve fréquemment une phobie spécifique et une agoraphobie associées. Également présent en comorbidités la dépression, 45% des personnes présentant une anxiété sociale développeront un épisode dépressif caractérisé au cours de leur vie. La phobie sociale précède en général l'épisode dépressif par l'isolement, la dévalorisation qu'elle entraîne. Viennent ensuite les troubles addictifs, 15% des phobiques sociaux présentent un trouble lié aux substances, le plus fréquent est la dépendance à l'alcool. L'effet recherché ici est la désinhibition. La dépendance à l'alcool vient aggraver l'anxiété sociale en engendrant des symptômes dépressifs. D'autres substances peuvent également être mésusées comme les benzodiazépines, le cannabis, la cocaïne.

Pour le trouble panique, la comorbidité la plus fréquente est de développer une agoraphobie secondaire au trouble panique, en effet les patients évitent les endroits

qu'ils craignent ne pas pouvoir quitter rapidement en cas de survenue d'une attaque de panique. On estime qu'un tiers des personnes souffrantes d'un trouble panique développe une agoraphobie secondaire. Les syndromes dépressifs affectent environ 50 à 70 % des patients souffrant de trouble panique à un moment de leur vie. Ces états dépressifs s'accompagnent souvent d'une aggravation de la symptomatologie anxieuse qui peut rendre le diagnostic difficile. Parmi les troubles addictifs, on retrouve principalement l'abus d'alcool ou de médicaments. Un effet anxiolysant est fréquemment recherché dans la consommation d'alcool ou dans l'automédication des anxiolytiques. Ces abus de substances sont en réalité des facteurs aggravants du trouble panique et peuvent dans certains cas être à l'origine du trouble. La consommation d'autres substances illicites comme le cannabis, la cocaïne est également retrouvée comme comorbidités et facteurs aggravants du trouble panique.

C. Prise en charge thérapeutique

Selon les recommandations de la HAS de 2007 (18), la prise en charge des troubles anxieux comporte :

1. Traitement pharmacologique

Les antidépresseurs sont le traitement de fond de référence dans les troubles anxieux graves, certains inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et certains inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA) sont recommandés en première intention dans l'un ou l'autre des cinq types de troubles anxieux, ils peuvent, en début de traitement, entraîner une aggravation de l'anxiété, une agitation ou, rarement, des idées suicidaires. Dans tous les cas, une surveillance initiale étroite est nécessaire. Les effets indésirables sont notamment des insomnies,

des nausées, une dysfonction sexuelle, une prise de poids. Ils ne provoquent pas de dépendance physique, même après un traitement long. Quand ils sont arrêtés brutalement, ce qui n'est pas recommandé, il peut exister un syndrome de sevrage avec vertiges, insomnies, syndrome pseudo-grippal.

Les antidépresseurs tricycliques sont efficaces dans certains troubles anxieux, mais sont associés à plus d'effets indésirables que les ISRS ou les IRSNA. Ils devraient n'être utilisés qu'après une non-réponse ou une mauvaise tolérance aux traitements de première intention.

La prescription d'antidépresseurs sera particulièrement surveillée chez les patients présentant un trouble bipolaire associé, le risque principal étant la survenue d'un épisode maniaque.

Les anxiolytiques sont utilisées en traitement symptomatique, les benzodiazépines sont indiquées lorsque le contrôle rapide de l'anxiété est crucial, car elles sont rapidement efficaces. Elles présentent un risque de rebond de l'anxiété à l'arrêt, il est recommandé de faire un sevrage progressif.

Outre la dépendance physique et psychique, les autres effets indésirables sont notamment une amnésie antérograde, une baisse de la vigilance, une confusion, des chutes chez le sujet âgé. La durée de traitement maximale préconisée est de 12 semaines, sevrage progressif inclus.

D'autres molécules à effet anxiolytique sont utilisables comme l'Hydroxyzine (sédatif), la Buspirone.

2. Traitement non pharmacologique

Un suivi en psychothérapie est recommandé dans la prise en charge des troubles anxieux. Dans le cadre du traitement psychothérapique, la psychothérapie de soutien est systématique, avec écoute attentive, conseils, accompagnement par un suivi régulier.

Les psychothérapies structurées ont des objectifs différents, qui doivent être communiqués au patient, et selon les circonstances à l'entourage avec l'accord du patient, certaines sont orientées vers la gestion des problèmes actuels et le futur : thérapies comportementales et cognitives (TCC) qui ont fait preuve de leur efficacité dans les troubles anxieux (19), d'autres sont centrées sur l'individu et ses conflits psychiques (psychothérapie d'inspiration analytique, psychanalyse, etc.). Une autre thérapie dite « self help », ou gestion de l'anxiété par soi-même, met l'accent sur l'information du patient et les moyens de changer par lui-même. La plupart des programmes incluent un ouvrage pratique conçu comme des guides d'autothérapie (bibliothérapie). Les symptômes sont les objectifs ciblés : anxieux, somatiques, émotionnels, cognitifs et comportementaux. Ils proposent des exercices concrets que le patient peut réaliser seul (relaxation, contrôle respiratoire, gestion émotionnelle, d'exposition et d'affirmation de soi, etc.). Le lien doit être gardé avec le thérapeute régulièrement, pour réaliser une formation initiale du patient et évaluer pendant la thérapie. Les psychothérapies structurées doivent être menées par des professionnels spécialement formés et entraînés. Elles ne sont pas toujours réalisables en raison du manque de thérapeutes formés ou de la réticence des patients.

Dans tous les cas le traitement proposé au patient doit être personnalisé, le patient doit être informé de la nature de son trouble, de ses comorbidités. Les différents traitements et leurs effets attendus doivent être expliqués ainsi que les possibles effets secondaires. Avec l'accord du patient, la famille ou les aidants peuvent également recevoir ces informations ainsi que des conseils sur comment soutenir au mieux le patient.

Enfin, il convient de conseiller au patient des mesures hygiéno-diététiques telles que : une quantité de sommeil suffisante à respecter, un bon équilibre alimentaire, une tempérance ou abstinence vis-à-vis de l'alcool, du café, du tabac et de drogues et une pratique régulière de l'exercice physique.

III. LA DEPRESSION

A. Epidémiologie et physiopathologie

Les troubles mentaux font partie des priorités des enjeux de santé publique car ils induisent un fardeau sanitaire, économique et social.

La dépression représente la 3^{ème} cause d'années de vies vécues avec incapacité dans le monde (20). La dépression par son ampleur, sert d'indicateur de suivi de l'état de santé des populations.

L'épisode dépressif caractérisé est associé à un risque suicidaire important, en effet en France 30 à 50% des tentatives de suicide surviennent après un épisode dépressif caractérisé et plus de 80% des décès par suicide présentent un épisode dépressif caractérisé au moment du passage à l'acte (21).

En France, une récente étude publiée en 2017 (22), a publié des chiffres concernant la prévalence de la dépression, cette étude s'appuie sur les données de l'enquête Baromètre santé, cette enquête a été menée successivement en 2005, en 2010 puis récemment en 2017. Plus de 25 000 personnes ont répondu à l'enquête lors de la dernière série de 2017, les personnes ont été interrogées sur des questions de santé mentale et d'addictions principalement. Au total sur les 25 319 répondants, âgés de 18 à 75 ans, on trouve une prévalence de l'épisode dépressif caractérisé de 9.8% sur les 12 derniers mois. On retrouve une prévalence deux fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes. La tranche d'âge la plus concernée est celle des 18-44 ans, chez les hommes la prévalence maximale est entre 18 et 34 ans et chez les femmes entre 35 et 44 ans. Dans les facteurs sociodémographiques associés à l'épisode dépressif caractérisé, on retrouve la situation conjugale, notamment le veuvage ou le divorce. Les chômeurs, personnes au foyer et les foyers aux revenus

les plus faibles étaient également plus concernés par la dépression. En comparant aux chiffres de l'enquête obtenus en 2005 et 2010, on observe que la prévalence de l'épisode dépressif a augmenté de 1,8 points sur la période 2010-2017.

La physiopathologie du trouble dépressif est multifactorielle, mêlant des facteurs de risque génétiques et environnementaux.

Il existe de nombreuses hypothèses, impliquant des dysfonctionnements des systèmes de neurotransmissions monoaminergiques (sérotonine, noradrénaline, dopamine), des hormones du stress (cortisol), des mécanismes inflammatoires, des neurotrophines (BDNF), ainsi que des boucles fronto-sous-corticales.

B. Le diagnostic positif d'épisode dépressif caractérisé / Les comorbidités

1. Le diagnostic positif

Les critères diagnostiques de l'épisode dépressif caractérisé selon le DSM 5 (15) sont :

- A. Au moins cinq des symptômes suivants sont présents pendant une même période d'une durée de deux 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.
 - 1. Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours, signalée par la personne (p. ex. se sent triste, vide, sans espoir) ou observée par les autres (p. ex. pleure).

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 (p. ex. modification du poids corporel excédant 5% en un mois) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
 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.
- D. La survenue de l'épisode dépressif caractérisé n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou d'autres troubles spécifiés ou non spécifiés du spectre de la schizophrénie, ou d'autres troubles psychotiques.