



Dépression

Comprendre la maladie,
accompagner, déstigmatiser

Document réalisé par
l'association **Raptor Neuropsychy**



Mathieu CERBAI
Neuropsychologue



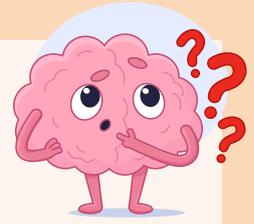
Camille PINTE
Stagiaire Neuropsychologue
M2 - Université de Lorraine



- Septembre 2023 -

Sommaire

Quelques chiffres



Qu'est-ce que la dépression ?

Définitions

Au niveau cérébral

Symptômes

Types de dépressions

Causes et facteurs de risques



Comorbidités

Complications

Accompagnements

...Insuffisamment pris en charge !

Diagnostic

Thérapies

Traitements

Hospitalisation

Professionnel.le.s



Cognition et émotions

Biais cognitifs

Reconnaissance des expressions
faciales émotionnelles



Ressources existantes

Quelques chiffres

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 5% des adultes à l'échelle mondiale souffrent de dépression, dont **11% en France**.

On estime qu'il y a **100 millions** de personnes dans le monde souffrant de dépression sur une période d'un an (GBD Results, s. d.).

Selon l'INSERM, **1 personne sur 5** fera une dépression au cours de sa vie.

1 personne sur **5**



**a souffert ou souffrira
d'une dépression
au cours de sa vie**

A savoir !

2/3 des sujets déprimés sont des **femmes**.

On retrouve deux tranches d'âges particulièrement touchées : les **20-30 ans** et les **50-60 ans** (Dépression · Inserm, La science pour la santé).

Qu'est-ce que la dépression ?

Définitions

Un épisode dépressif caractérisé (EDC) se définit par la **perturbation de l'humeur** dans le sens **néгатif** (tristesse, souffrance intérieure), avec des symptômes présents au quotidien depuis au moins 15 jours, avec une modification par rapport à un état antérieur.

Ces symptômes peuvent être d'intensités variées (légère, modérée, sévère) et retentissent sur la vie de la personne (Crocq & Guelfi, 2015), au niveau :

- Social
- Professionnel
- Psychique
- Relationnel
- Affectif
- Somatique
- Cognitif



On va alors distinguer les **troubles de l'humeur** et les **réactions naturelles face à un événement traumatisant**. On parle davantage de « détresse émotionnelle » (réponse normale réactionnelle face à un épisode de vie stressant) puis de « troubles de l'adaptation » (si la réponse réactionnelle perdure quelques jours).

Détresse émotionnelle -> Trouble de l'adaptation -> Dépression

Au niveau cérébral

La dépression est liée, au niveau neurologique, à une hyperactivité de l'axe dit "hypothalamo-hypophyso-surrénalien" (Stetler & Miller, 2011).

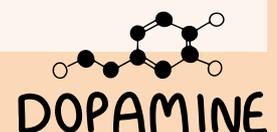
L'activation de cet axe déclenche notamment la production du cortisol, appelé « **l'hormone de stress** ». La production de cette hormone affaiblit les défenses immunitaires, augmente la fatigue et les douleurs musculaires.



Cette dose de stress est toxique pour un certain nombre de régions cérébrales « importantes pour la mémoire, l'attention et la régulation des émotions » (Hingray & El-Hage, 2020).



Les neurotransmetteurs jouent également un rôle clé dans la dépression, comme un faible niveau de **dopamine** (neurotransmetteur essentiel à la régulation de l'humeur).



Symptômes

Un EDC est composé d'au moins 5 des symptômes suivants, avec nécessairement soit une humeur dépressive soit une perte d'intérêt et de plaisir (DSM-V) (Crocq & Guelfi, 2015). Ces différents symptômes ne doivent pas être associés à une consommation de toxiques ou à une affection médicale (par exemple, l'hypothyroïdie).



Dimension affective

- o Tristesse de l'humeur
- o Anhédonie : ↓ plaisir, intérêt
- o Culpabilité/dévalorisation
- o Idées suicidaires : passives (sans intention) puis de plus en plus actives

Dimension somatique :

- o Trouble du sommeil : ↑ ↓ insomnie ou hypersomnie.
- o Anorexie ou hyperphagie : ↑ ↓ poids et appétit.
- o ↓ énergie, ↓ motivation, ↓ libido

Troubles cognitifs :

- o Ralentissement de la pensée, ↓ attention, ↓ concentration, ↓ mémoire, ↓ planification et résolution de problèmes.
- o Aboulie : difficulté à initier les choses

Troubles moteurs :

- o Ralentissement moteur ou agitation



Types de dépression

- Trouble de l'**humeur unipolaire**
- **Dépression** avec caractéristiques **mélancoliques** : souffrance morale et ralentissement moteur très important, anhédonie (perte de plaisir) importante, trouble du sommeil avec réveil précoce etc.
- **Dépression** avec caractéristiques **anxieuses** : symptomatologie anxiodépressive
- **Dépression** avec caractéristiques de **mixité** : présence de 3 symptômes « maniaques » associés à la dépression (hors agitation, distractibilité, irritabilité)
- **Dépression** avec caractéristiques **psychotiques** : apparition d'idées délirantes.
- **Dépression** du **post-partum** : pendant ou après la grossesse (chez la femme et chez l'homme)
- **Dépression** avec caractère **saisonnier** : entrée de l'hiver
- **Cyclothymie** : fluctuation entre des phases dépressives d'intensité légère et des légères phases hypomaniaques.
- **Dysthymie** : humeur basse, dépressive, d'intensité légère durant au minimum 2 ans.



Causes et facteurs de risques

Les causes de la dépression sont multiples ! Les facteurs de risque se retrouvent tant sur le plan de la **génétique** que dans l'**environnement** de la personne concernée.



Facteurs environnementaux et génétiques (Crocq & Guelfi, 2015)



- **Antécédents** dépressifs **familiaux**
- Bas niveau socio-économique
- **Trouble de la personnalité** (50% des EDC s'accompagnent d'un trouble de personnalité)
- Comorbidité **psychiatrique** et **organique**

Facteurs précipitants



- **Stresseurs psychosociaux** : on y trouve deuils, séparations, pertes, changements brusque de style de vie, échecs professionnels, manque de soutien social, perte d'un parent avant 15 ans, grossesses et accouchements, violences subies, mésusage de toxiques...
- Antécédents d'**épisodes dépressifs antérieurs** : le risque augmente à chaque récurrence

Comorbidités



Difficultés
somatiques (e.g.
douleurs, thyroïde)

Autres troubles de
l'humeur (e.g.
trouble bipolaire)

Troubles de la
personnalité

TOC, troubles
anxieux, TDAH...

Addictions

Idées
suicidaires



Egalement...

- La **combinaison** de troubles psychiques peut mener à l'épuisement global de la personne.
- Des atteintes du fonctionnement au niveau **relationnel** et **social** peuvent favoriser les symptômes dépressifs, et inversement !



Le saviez-vous ?



Il est difficile de **différencier le Burn-out et la dépression**. Quelques différences subsistent, notamment avec le contexte spécifique du travail pour le burn-out et le fonctionnement de la personne préservé. Toutefois, plus le burn-out est avancé dans les stades, plus cette différence est difficile à percevoir (Delbrouck & Delbrouck, 2022). Voici quelques différences :



	Prédominant dans le Burn-out	Prédominant dans la Dépression
Psychomoteur	Vivacité	Ralentissement psychomoteur, manque d'énergie
Humeur	Tension, énervement, irritabilité, agressivité en privé	Prédominance de l'humeur triste
Fonctionnement psychique	Agitation psychique	Bradypsychie
Mode de fonctionnement	Vers le futur, toujours en projet	Perte de plaisir, tourné vers le passé



Complications

Si l'EDC est **pris en charge**, il sera **plus court** et pourra évoluer vers la **disparition** de l'ensemble des symptômes. Toutefois, des symptômes résiduels peuvent persister : ils indiquent une évolution moins favorable.

Au fur et à mesure des **rechutes**, les événements déclencheurs sont souvent mineurs, la réactivité thérapeutique est moindre et la **persistance** des symptômes résiduels est **plus fréquente**.



Le **risque de rechute** dépressive est important (Bondolfi, 2002) :

- Après un épisode dépressif : **50% de risque** de refaire une dépression
- Après un **deuxième épisode** dépressif : **75% de risque** de faire une 3e dépression
- Après **trois épisodes** dépressifs : ce risque est de **90%**



Le saviez vous ? La dépression, une urgence médicale

La dépression peut devenir une urgence médicale du fait du **risque suicidaire**.

Le risque suicidaire est fortement associé aux troubles dépressifs : **15 à 20%** des personnes dépressives chroniques se suicident. En effet, le suicide / la tentative de suicide est un des **éléments de la dépression** (World Health Organization : WHO, 2021).

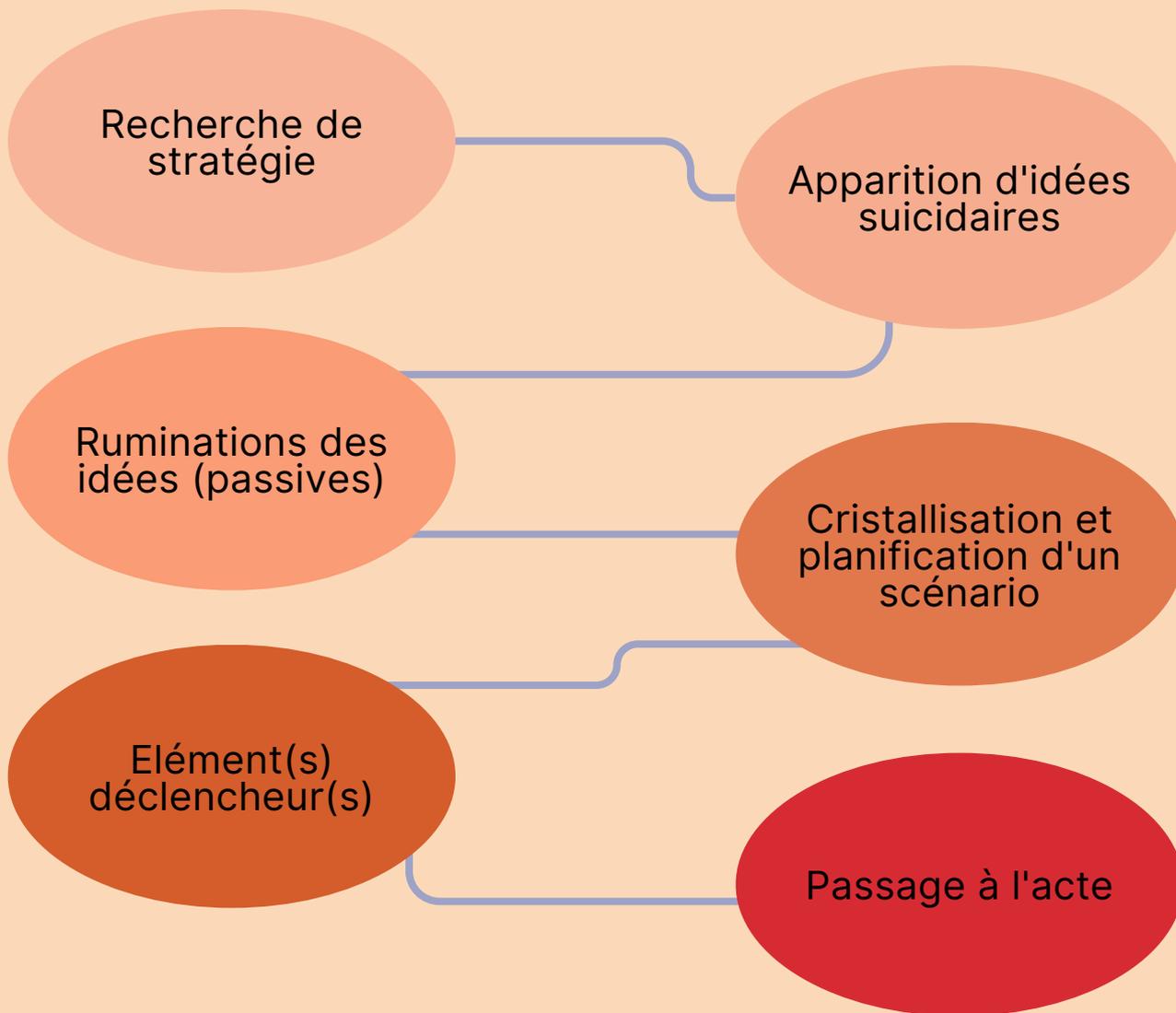


Il s'agit d'un **manque de choix** et non un choix face à sa souffrance. Il est important d'**en parler ouvertement** avec la personne, cela ne renforce pas les idées suicidaires : c'est une idée reçue, on parle du **fantasme du malade de cristal**. Au contraire, cela peut permettre à la personne d'**en discuter**, de se **sentir entendue** et **soutenue** et d'échanger sur la question.



Pour **évaluer le risque suicidaire**, il est possible d'observer des critères pouvant favoriser le passage à l'acte avec le **RUD** (i.e. Risque / Urgence / Dangerosité).

Processus des idées suicidaires



Pour en savoir plus sur le repérage de la crise suicidaire avec le RUD, retrouvez notre infographie sur le site www.raptorneuropsychy.com et via le QR Code !



Accompagnements

Un trouble insuffisamment pris en charge

Etablir le **diagnostic** de dépression n'est pas toujours aisé, et ce ne sont pas toutes les personnes concernées qui consultent.

Encore aujourd'hui, la dépression reste considérée comme une maladie « **honteuse** », entourée de nombreuses idées reçues :

- « La dépression, c'est dans la tête »
- « La dépression, c'est le mal du siècle. »
- « Il faut se bouger le cul, pratiquer du sport, changer d'air, aller au soleil, manger du poisson, prendre des vitamines... »

FAKE

Quelles répercussions ?

Pendant les **phases dépressives**, on peut observer un **repli sur soi**. **Communiquer** avec les autres devient difficile, on peut se **sentir incompris**... On retrouve également des **difficultés à initier une action**, même essentielle (se laver, manger...).

- **Astuce** : faire un programme de la semaine en alternant les activités plaisantes (Jelinek et al., 2017).



Diagnostic

- **Démarche diagnostique** : méthodique à partir de **questions posées** à la personne (en lien avec les différents types de symptômes)
- Les hypothèses diagnostiques vont venir s'appuyer sur le **DSM V** ou la **CIM 11**, et les diagnostics différentiels sont discutés.



Cette démarche peut être complétée à l'aide d'**échelles** et de **questionnaires** :

- **Autoévaluation*** :
 - BDI-II : inventaire de la dépression de Beck
 - MDI-C : échelle composite de dépression pour enfants
 - HAD : échelle d'anxiété et de dépression en milieu hospitalier
- **Hétéroévaluation**** :
 - Echelle de dépression de Hamilton (HDRS-21)
 - MADRS : échelle Montgomery-Asberg d'évaluation de la dépression (pour évaluer la gravité des symptômes)
 - MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview)

* Autoévaluation : questionnaire rempli par la personne.

** Hétéroévaluation : questionnaire rempli avec un tiers

Thérapies

Les **Thérapies Cognitivo-Comportementales** (TCC) sont particulièrement préconisées en cas d'EDC (recommandations HAS). Ce type de thérapie s'exerce sur 3 niveaux : **comportemental, cognitif et émotionnel**

Cela regroupe également les thérapies de pleine conscience (Mindfulness), la thérapie ACT, etc.



La **remédiation cognitive** permet de travailler sur les troubles cognitifs : difficultés **mnésiques, attentionnelles et exécutives**, la **motivation** ou encore les biais cognitifs, souvent retrouvés dans le cas d'un EDC.

La remédiation cognitive propose ainsi des programmes variés **adaptables** à chaque personne selon ses besoins et objectifs personnels.

Pour en savoir plus sur la remédiation cognitive, retrouvez notre portfolio sur le site www.raptorneuropsychy.com et via le QR Code !



Le saviez-vous ?

La dépression infanto-juvénile

La dépression chez l'enfant peut se manifester de deux façons différentes :

- Il est silencieux (presque mutique), très renfermé, « trop » sage, ne prend plus de plaisir dans ses activités, des mimiques pauvres, un regard inexpressif, une voix monocorde ;
- Il est très agité, avec un comportement agressif voire automutilateur, la séparation avec ses proches est difficile (e.g. ne veut plus aller à l'école)



On peut retrouver une **baisse des résultats et d'intérêt** pour l'école avec... :

- Une tendance à l'**isolement**
- Des difficultés de **concentration / d'attention**
- Un manque **d'imagination**
- Un raisonnement réduit
- Etc.

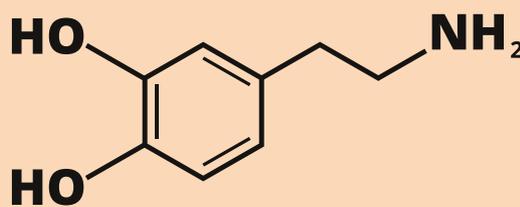
On remarque des **troubles du sommeil** (avec une **grande fatigabilité**) et de l'alimentation, une énurésie ou une encoprésie peuvent surgir, de l'**anxiété** peut également être prédominante.

Traitements

Recommandations de la Haute autorité de santé :

- En cas d'**EDC léger**, une **psychothérapie** est proposée en première intention ;
- En cas d'**EDC modéré**, une association entre **antidépresseurs et psychothérapie** peut être proposée ;
- En cas d'**EDC sévère**, les **antidépresseurs** sont indispensables (+ autres psychotropes possibles comme les anxiolytiques ou des hypnotiques). Une **hospitalisation** est parfois nécessaire.

Si vous vous sentez concerné par une de ces situations, rapprochez vous de votre médecin traitant.



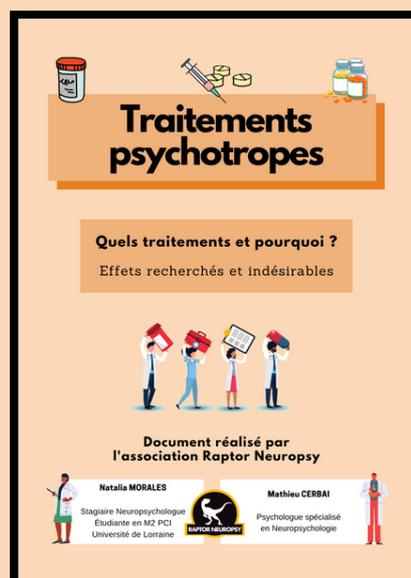
“Bien qu’il existe des traitements connus et efficaces pour soigner les troubles mentaux, plus de 75 % des personnes vivant dans des pays à revenu faible ou intermédiaire ne reçoivent aucun traitement » (Evans-Lacko et al., 2017).

Les antidépresseurs sont des traitements nécessitant une **surveillance médicale régulière**. On parle souvent des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (OMS). Cela peut mettre quelques semaines pour ressentir les effets.

Le traitement doit s'arrêter **progressivement par diminution du dosage**.

Il est recommandé de continuer la thérapie dans les 6 mois suivant l'arrêt du traitement.

Pour en savoir plus sur les traitements, retrouvez notre livret sur le site www.raptorneuropsychy.com et via le QR Code !



L'hospitalisation en milieu psychiatrique

Il est possible d'être hospitalisé dans le cas d'un EDC, principalement en cas de **risque suicidaire « d'urgence élevée »**, dans certaines **formes sévères** (symptômes psychotiques ou somatiques sévères associés), et lors de **situations particulières** (entourage social/familial insuffisant, l'insuffisance de réponse au traitement).

Professionnel.le.s

Les médecins : les médecins généralistes peuvent repérer les premiers signes, diagnostiquer, orienter, prescrire et suivre un éventuel traitement. Les psychiatres peuvent également émettre un diagnostic et un avis sur le traitement le mieux adapté.



Les psychologues : issus de différentes spécialités, les psychologues sont des ressources clés. Ils permettent un **accompagnement** spécialisé tout au long de la dépression. Les **thérapies cognitivo-comportementales** sont celles recommandées par l'HAS. Les psychologues peuvent par exemple intervenir en **CMP** (centre médico-psychologique) ou en libéral.

Le cas des neuropsychologues (ou *psychologues spécialisés en neuropsychologie*) : il est possible de faire des bilans neurocognitifs ou des séances de remédiation cognitive pour pallier les difficultés cognitives. Par exemple, cela peut aider pour les difficultés attentionnelles, mnésiques, les soucis de planification.



Et bien évidemment, on n'oublie pas la diversité des corps de métiers présents dans l'accompagnement , comme les **infirmier.e.s**, les **ergothérapeutes**, les **pair-aidant.e.s**, les **travailleurs sociaux**, etc. !

Et encore une fois, il y a pléthore d'interventions :

- La thérapie ACT
- Les techniques de **relaxation** (e.g. la cohérence cardiaque avec Respirelax+)
- La méditation de pleine conscience (Mindfulness)
- L'hypnose
- La lumineothérapie
- Les ECT (électro-compulsivo thérapie)
- L'EMDR (dans le cas des traumatismes)
- Etc.



Respirelax+



Pour en savoir plus sur la thérapie ACT, retrouvez notre vidéo sur le site www.raptorneuropsychy.com et via le QR Code !



Cognition et émotion



Cognition

Le mode de pensée associé à un EDC entraîne une **représentation négative du monde** -> survenue des **émotions désagréables** et de **perturbations** du comportement.

Ces personnes présentent des schémas cognitifs inconscients dans la mémoire à long terme qui filtrent l'information, ne retenant que les **aspects négatifs de l'expérience vécue**. Ces distorsions guident le jugement que la personne se porte à elle-même.

Conséquences : la perte de l'**estime de soi** et de la **motivation**, le **pessimisme**, l'**indécision** etc.



Une grande partie des personnes présentant une dépression se plaignent de **problèmes de concentration et de mémoire**. En effet, les **ruminations** prennent souvent toute leur **attention**, il reste donc peu de capacités attentionnelles disponibles pour se focaliser sur d'autres choses présentes dans l'environnement (Jelinek et al., 2017).

Tips : aide-mémoire, post-it, calendriers, to-do-list

Les biais cognitifs

Les biais cognitifs (ou *distorsions cognitives*) désignent des **mécanismes de pensée**, souvent **inconscients**, qui vont altérer notre jugement :

- **Raccourcis** au niveau du **traitement de l'information**, de façon biaisée. L'attention peut être portée à certains détails, **l'interprétation** peut être **erronée**.
- Ils entraînent une **interprétation** ou un raisonnement biaisé.
- Nous avons tous des biais cognitifs présents dans notre fonctionnement, à différents degrés. Ils peuvent être fonctionnels mais, s'ils sont trop présents ou à un degré trop élevé, ils peuvent entraîner ou aggraver certains troubles.

Delbrouck & Delbrouck, 2022



Les différents biais cognitifs peuvent être travaillés, par exemple, via un **programme d'entraînement métacognitif pour la dépression (D-MCT)**. Cet entraînement se concentre sur la modification des biais cognitifs et des croyances dysfonctionnelles autour de 8 séances de 60 minutes réalisées en groupe.

Abstraction sélective : ne percevoir que les éléments négatifs

Je passe une bonne soirée, on renverse mon verre
→ j'ai passé une mauvaise soirée.

Pensée dichotomique : Voir tout en noir et blanc

Si je n'ai pas été pris(e), c'est que je ne vauX rien.

Inférence arbitraire (conclusion hâtive) : Tirer des conclusions sans preuve

Je vais rester seul(e) toute ma vie !

**Raisonnement émotionnel
Considérer ses émotions comme des preuves**

Je suis angoissé(e) tout le temps, c'est la preuve que quelque chose va se passer.

FausseS obligations : exigences arbitraires irréalistes envers soi ou les autres

Je dois être irréprochable / Je dois tout le temps réussir.

Les personnes souffrant de dépression vont avoir tendance à se focaliser uniquement sur les événements négatifs (**abstraction sélective**), à voir les situations avec un filtre négatif (**pensée dichotomique**) sans qu'il n'y ait de preuve (**inférence arbitraire**). Ce filtre négatif est lié aux émotions négatives (peur, tristesse, angoisse etc.) qui vont participer à cette vision assombrie de la réalité et renforcer ces croyances (**raisonnement émotionnel**). Ces personnes peuvent également avoir tendance à se fixer des objectifs inatteignables pour valider ces croyances (**fausses obligations**).

Personnalisation : surestimer le lien entre un événement extérieur défavorable et soi

Si je l'avais appelée, elle n'aurait pas eu son accident.

Maximisation / Minimisation : une plus grande valeur est attribuée aux échecs, et une moindre aux réussites

*J'ai commis une erreur, je suis nul(le).
J'ai réussi parce que j'ai eu de la chance.*

Etiquetage : catégoriser, émettre un jugement définitif sur soi ou les autres

J'ai commis une erreur ➔ Je suis complètement nul(le).

Surgénéralisation : faire une règle d'un événement isolé

J'ai raté un examen ➔ Je ne réussirai jamais à rien.



Il existe un fort biais d'attribution interne dans ces cas, et les personnes vont s'attribuer la responsabilité d'évènements extérieurs (**personnalisation** et **maximisation**) et attribuer leurs réussites à des facteurs extérieurs, c'est-à-dire attribuer la réussite à une personne, à la chance, au hasard etc. (**minimisation**).

Les personnes traversant un EDC vont se dévaloriser, se juger en prenant certains évènements (**étiquetage**). Elles peuvent avoir une faible estime d'elles, et surgénéraliser la survenue d'échecs et d'évènements déplaisants (**surgénéralisation**).

Jelinek et al., 2017

Les émotions

L'**émotion** est une **réaction physiologique** spontanée à un déclencheur : un évènement (parole, geste, bruit), ou une pensée. Elle surgit **brutalement** et provoque des manifestations physiologiques (cœur qui s'accélère, sueurs...), comportementales (mimique du visage, sursaut...) et psychologiques (pensée)

Delbrouck & Delbrouck, 2022

Dans le trouble dépressif caractérisé on retrouve une nette **prédominance** de **l'humeur triste**. Les **émotions négatives** sont **surreprésentées** dans notre palette d'émotions (tristesse, colère, peur, dégoût, honte, déception...).



« **Bloquer ses émotions est inefficace** mais aussi **épuisant** et **nocif**. Si la décharge de l'émotion ne peut avoir lieu, celle-ci est refoulée dans le corps, qui reste en **tension** et donc en état de **stress interne chronique** »

Delbrouck & Delbrouck, 2022

C'est donc **toxique pour l'organisme** à long terme.

Reconnaissance des expressions faciales émotionnelles

Dans la dépression, il existe un **dysfonctionnement** au niveau de la **perception** et la **reconnaissance** des **expressions faciales émotionnelles**.

- Les expressions positives et neutres sont évaluées comme des émotions négatives ou alors moins positives qu'elles ne le sont ;
- Les expressions ambiguës sont spontanément attribuées à une émotion négative ;
- Le jugement négatif des émotions au sein de la reconnaissance des expressions faciales pourrait être en lien avec la gravité et la persistance de la dépression.

Hale, 1998 ; Bouhuys et al., 1999 ;
Levkovitz et al., 2003



Au niveau des systèmes neuronaux, il existe des anomalies fonctionnelles dans le **traitement des émotions**, la **recherche de récompense** et la **régulation des émotions** (Liotti & Mayberg, 2001).

Cette altération de la reconnaissance des émotions peut être liée à une **vigilance et une attention accrue** envers les visages exprimant des **émotions négatives** (Gotlib et al., 2004).

De plus, les personnes souffrant d'un trouble de l'humeur peuvent avoir **un temps de réaction plus long** pour reconnaître les expressions émotionnelles visuelles (Yildirim-Celik et al., 2022).



Ce biais négatif au niveau de la perception des expressions faciales émotionnelles peut favoriser **l'entretien d'une humeur dépressive** (Bouhuys et al., 1999 ; Hale, 1998 ; Gilet, 2008).

Il a également été mis en évidence que ces effets peuvent être **diminués grâce aux traitements** et, lors de la phase de rémission, des **améliorations significatives** sont **observables** au niveau de la perception des expressions faciales émotionnelles (Yildirim-Celik et al., 2022).

Ressources existantes

Les associations :

- France dépression
- Psy-hope
- SOS amitié



Les numéros d'urgence

- 3114 écoutes 7j/7 et 24h/24



- Lueur d'espoir de 20h à 23h 7j/7 :
 - 04 22 53 74 59
- SOS Amitié :
 - 09 72 39 40 50
 - www.sos-amitie.org
- Suicide écoute :
 - 01 45 39 40 00
 - www.suicide-ecoute.fr
- Fil Santé Jeunes :
 - 0800 235 236
 - www.filsantejeunes.com

Bibliographie

ALD n° 23 - Troubles dépressifs récurrents ou persistants de l'adulte. (s. d.). Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_767572/fr/ald-n-23-troubles-depressifs-recurrents-ou-persistants-de-l-adulte

Bondolfi, G. (2002), Dépression récurrente et prévention de la rechute, Rev Med Suisse, -12, no. 2406, 1721-1726.

Bouhuys, A. L., Geerts, E., & Gordijn, M. C. (1999). Depressed patients' perceptions of facial emotions in depressed and remitted states are associated with relapse : A longitudinal study. The Journal of Nervous and Mental Disease, 187(10), 595-602.

Crocq, M.-A., & Guelfi, J.-D. (2015). DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5e éd). Elsevier Masson.

Delbrouck, B., & Delbrouck, M. (2022). Le burn-out, comment le prévenir ou en sortir ? : je (re)prends ma vie en main.

Evans-Lacko, S., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J. A., Benjet, C., Bruffaerts, R., Chiu, W., Florescu, S., De Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., Hu, C., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S. H., Lund, C., Kovess-Masfety, V., Levinson, D. F., . . . Thornicroft, G. (2017). Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders : results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. Psychological Medicine, 48(9), 1560-1571. <https://doi.org/10.1017/s0033291717003336>

GBD Results. (s. d.). Institute for Health Metrics and Evaluation. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>

Gilet, A.-L. (2008). Mood induction procedures : A critical review. *L'Encéphale*, 34, 233-239.

Gotlib, I. H., Krasnoperova, E., Yue, D. N., & Joormann, J. (2004). Attentional biases for negative interpersonal stimuli in clinical depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 113(1), 121-135

Hale, W. W. (1998). Judgment of facial expressions and depression persistence. *Psychiatry Research*, 80(3), 265-274.

Haute Autorité de Santé (HAS). *Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours*. Site internet : HAS. Saint-Denis La Plaine (France) ; 2017

Harrison, J. E., Weber, S., Jakob, R., & Chute, C. G. (2021). ICD-11 : An International Classification of Diseases for the Twenty-first century. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 21(S6). <https://doi.org/10.1186/s12911-021-01534-6>

Hingray, C., & El-Hage, W. (2020). *Le trauma, comment s'en sortir ? : Je (re)prends ma vie en main*.

Institut national de la santé et de la recherche médicale. *Dépression*. Site internet : Inserm. Paris ; 2019

Jelinek, L., Van Quaquebeke, N., & Moritz, S. (2017). Cognitive and Metacognitive Mechanisms of Change in Metacognitive Training for Depression. *Scientific Reports*, 7(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-017-03626-8>

Levkovitz, Y., Lamy, D., Ternochiano, P., Treves, I., & Fennig, S. (2003). Perception of dyadic relationship and emotional states in patients with affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, 75(1), 19-28.

Liotti, M., & Mayberg, H. S. (2001). *The role of functional neuroimaging in the neuropsychology of depression. Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 23(1), 121-136.*

Manus, J. (2019). *DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Revue Francophone Des Laboratoires, 2019(513), 14.* [https://doi.org/10.1016/s1773-035x\(19\)30277-1](https://doi.org/10.1016/s1773-035x(19)30277-1)

Mikhailova, E. S., Vladimirova, T. V., Iznak, A. F., Tsusulkovskaya, E. J., & Sushko, N. V. (1996). *Abnormal recognition of facial expression of emotions in depressed patients with major depression disorder and schizotypal personality disorder. Biological Psychiatry, 40(8), 697-705.*

Santé Mentale | RaptorNeuropsy. (s. d.). RaptorNeuropsy. <https://www.raptorneuropsy.com/>

Stetler, C., & Miller, G. E. (2011). *Depression and hypothalamic-pituitary-adrenal activation : A quantitative summary of four decades of research. Psychosomatic Medicine, 73(2), 114-126*

OMS :

-World Health Organization : WHO & World Health Organization : WHO. (2023). Trouble dépressif (dépression). www.who.int. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression>

-World Health Organization : WHO. (2021). Suicide. www.who.int. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Yildirim-Celik, H., Eroglu, S., Oguz, K., Karakoc-Tugrul, G., Erdogan, Y., IsmanHaznedaroglu, D., Eker, C., & Gonul, A. S. (2022). *Emotional context effect on recognition of varying facial emotion expression intensities in depression. Journal of Affective Disorders, 308, 141-146.*



Pour aller plus loin...



**Document réalisé par
l'association Raptor Neuropsychy**



Mathieu CERBAI
Neuropsychologue



Camille PINTE
Stagiaire Neuropsychologue
M2 - Université de Lorraine



- Septembre 2023 -