



DÉPRESSION : DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE EN 2021

Dr Liova YON
Février – Mars 2021




01.48.00.48.00

1

DÉPRESSION EN 2021

- Définition, Épidémiologie & Nosographie
- Psychopathologie
- Faire le Diagnostic
- Critères de gravité
- Prise en charge (... antidépresseurs)



2

DEFINITION EPIDEMIOLOGIE NOMENCLATURE



3

DÉFINITIONS...

- La dépression est un état émotionnel **pathologique** par opposition aux émotions physiologiques
- Les variations de l'Humeur = phénomène normal
- Humeur et variations pathologiques quand
 - Intenses
 - Prolongées
 - Entraînant une souffrance significative pour le sujet et son entourage et / ou retentissement sur la vie (sociale, professionnelle)



4

DÉFINITIONS...

- On parle de

Troubles de l'Humeur = Troubles Thymiques



5

LES TROUBLES DE L'HUMEUR...

Penser aux 2 aspects diagnostiques

1. le diagnostic de **l'épisode** (= état actuel)

épisode dépressif caractérisé

OU

épisode maniaque

2. le diagnostic **de fond** (= trouble « longitudinal »)

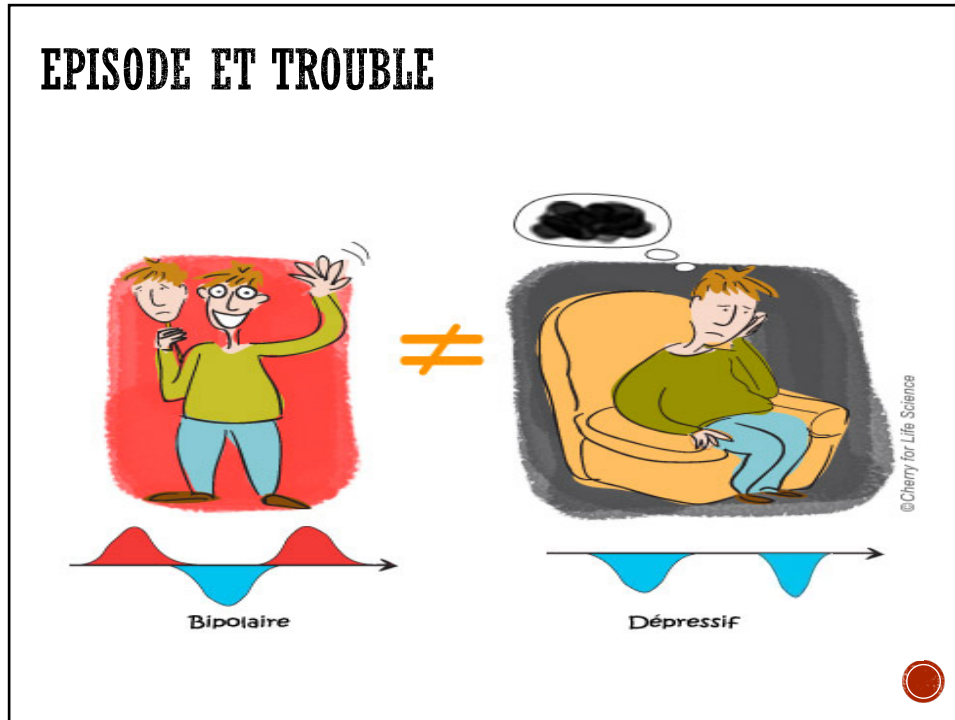
trouble dépressif majeur

OU

trouble bipolaire



6



7

EPIDEMIOLOGIE

100 millions d'EDC / an dans le monde

11% des hommes, 22 % des femmes prévalence vie entière

Le premier épisode dépressif caractérisé peut survenir à tout âge. Il survient néanmoins plus fréquemment chez l'adulte jeune.

Il est plus fréquent chez la femme à partir de l'adolescence avec un sex-ratio de 1/2 (1 homme pour 2 femmes).

Il survient indépendamment de l'ethnie, du niveau d'éducation et du statut socio-économique. Il est à l'origine de coûts (directs et indirects) conséquents pour la société et génère un haut niveau de handicap (1^{re} cause d'année de vie perdue en bonne santé dans le monde).

8

L'EDC : UNE AFFECTION TRES COMORBIDE

- * **troubles anxieux (50 à 70 %)** : tels que le trouble panique avec ou sans agoraphobie, le trouble anxieux généralisé, le trouble obsessionnel compulsif, la phobie sociale ou le trouble stress post-traumatique ;
- * **troubles addictifs (30 %)** : les usages nocifs et dépendance d'alcool, et dans une moindre mesure les consommations d'autres substances psychoactives (nicotine, cannabis, cocaïne...);
- * **trouble schizophrénique** : dans le cas d'un épisode dépressif post-psychotique dans les suites d'un épisode de décompensation psychotique aigu (même s'il est parfois difficile de le distinguer avec un trouble schizo-affectif) ;
- * **troubles de conduites alimentaires** : anorexie mentale, boulimie ;
- * troubles du contrôle des impulsions ;
- * troubles de la personnalité ;



9

LES TROUBLES DE L'HUMEUR : DES MALADIES GRAVES...

- **Handicapantes**: sur le plan social, familial, sentimental, professionnel, financier voire judiciaire ... (10 à 30 % des patients ont des symptômes résiduels invalidants)
- **Létales**
 - Risque de suicide et d'accidents
 - Maladies cardiaques, tb respiratoires, AVC, sd métabolique
- **Récidivantes (~ 80%)**
- **Chronicisation**



10

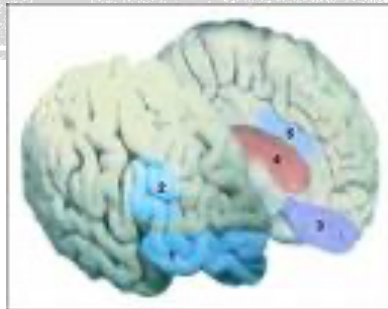
LES TROUBLES DE L'HUMEUR... DES MALADIES FREQUENTES & FORTE MORBI-MORTALITE

- 10 à 30 % des cs en médecine générale
- Responsables d'environ 2/3 des suicides annuels (8000 morts)
- Multiples comorbidités (addictives, anxieuses, suicidaires, somatiques ...)
- Retard diagnostic = facteur de mauvais pronostic
- Vulnérabilité génétique +++



11

PSYCHOPATHOLOGIE DES TROUBLES DE L'HUMEUR



12

PSYCHOPATHOLOGIE DES TROUBLES DE L'HUMEUR

Attention à la notion de « facteur déclenchant »

- Très utilisée par les patients
- Notion relative
- Lien de causalité difficile à prouver
- Important à « entendre » mais quelles implications pratiques?
- Préférer « facteurs de contexte », « facteur précipitants » ...



13

PSYCHOPATHOLOGIE DES TROUBLES DE L'HUMEUR

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



14

PSYCHOPATHOLOGIE DES TROUBLES DE L'HUMEUR

- Importance de la génétique +++

« **agrégation familiale** »:

il y a un risque augmenté de présenter un TH chez les apparentés de 1^{er} degré (enfants, frères et sœurs, parents..)

ce risque est multiplié par un facteur 8 à 10



15

PSYCHOPATHOLOGIE DES TROUBLES DE L'HUMEUR

- Rôle de l' environnement (= événements de vie: enfance, traumatismes, deuils, stress, surmenage...)

→ sur un terrain vulnérable (= vulnérabilité génétique), vont agir les facteurs environnementaux en précipitant le début de la maladie



16

LES TROUBLES DE L'HUMEUR...

(EVANS ET AL, 2005)

Maladie somatique	Prévalence de la dépression
Pathologies cardiaques	17 – 27 %
Pathologies cardiovasculaires	14 – 19 %
Maladie d' Alzheimer	30 – 50 %
Maladie de Parkinson	4 – 75 %
Epilepsie récurrente / contrôlée	20 – 55 % / 3 – 9 %
Diabète	9 – 26 %
Cancer	22 – 29 %
HIV	5 – 20 %
Douleur	30 – 54 %
Obésité	20 – 30 %



17

LES TROUBLES DE L' HUMEUR...: UNE PRISE EN CHARGE IMPARFAITE...

- 1 déprimé sur 5 (pays industrialisés)
 - ne consulte pas
 - n'est pas reconnu comme tel
 - est reconnu comme tel mais pas traité
 - est traité insuffisamment longtemps
 - **est diagnostiqué et traité**



18

DEMARCHE DIAGNOSTIQUE



19

DEMARCHE

- 1. AFFIRMER LE DIAGNOSTIC
 - Sévérité ++++
 - Forme clinique

- 2. CHERCHER ET TRAITER DES COMORBIDITES EVENTUELLES

- 3. TRAITER
 - ATD
 - Soutien
 - RHD
 - Savoir orienter : psychiatre, urgences, psychologue



20

1. DIAGNOSTIC DE L'ÉPISODE DÉPRESSIF CARACTÉRISÉ (EDC)



21

DIAGNOSTIC

Pour parler d'un épisode dépressif caractérisé
(= EDC) il faut :

- Rupture avec état antérieur
- Symptômes évoluant depuis au moins 2 semaines
- Humeur triste ne fluctuant plus



22

DIAGNOSTIC

A. Tristesse de l' Humeur

- Souffrance morale
- Anhédonie
- Perte des intérêts
- Anesthésie affective



23

DIAGNOSTIC

B. Trouble du contenu des idées (« cognitions dépressives »); perception négative de

- **Soi**: auto-dévalorisation, honte, culpabilité
- **L' environnement, des autres**
- **Avenir**: pessimisme, altération de l' anticipation



24

DIAGNOSTIC

C. Ralentissement psychomoteur

- Psychique
 - Bradypsychie
 - Discours lent, monotone, monothématique
 - Troubles cognitifs (concentration, mémoire...)



25

DIAGNOSTIC

C. Ralentissement psychomoteur

- Moteur
 - Asthénie permanente
 - Clinophilie
 - Incurie (corporelle, vestimentaire, ...)
 - Apragmatisme
 - Présentation: figé, bradykinésie, Ω mélancolique



26

DIAGNOSTIC

D. Retentissement somatique

- Anorexie, amaigrissement
- Troubles du sommeil: insomnie du petit matin
- Troubles sexuels: impuissance, anorgasmie, dyspareunie, frigidity



27

MAIS PRECISER AUSSI :

- **Intensité**: léger, moyen, sévère (« mélancolie ») (culpabilité, indignité, incurabilité)
- **Présence d'idées délirantes** (= symptômes psychotiques) +/- congruents à l'humeur: hallucinations, persécution, punition, ruine,... (« mélancolie délirante »)
- **Spécificités ethniques** (ensorcellement, délires mystiques..)
- **Spécificités liées à l'âge** (SA +++: « dépression masquée »)



28

8 FORMES CLINIQUES D'EDC

- Avec Caractéristiques mélancoliques
- Avec Caractéristiques psychotiques congruentes/non congruentes à l'H.
- Avec Caractéristiques mixtes
- Avec Caractéristiques atypiques
- Avec Catatonie
- Avec Détresse anxieuse
- Avec Début dans le Post Partum



29

QU'EST CE QUE LA « MELANCOLIE » ?

- Forme sévère
- Classiquement : 3 ad « culpabilité, indignité, incurabilité »
- Plus moderne : DSM 5 : « EDC avec caractéristiques mélancoliques »

La caractéristique mélancolique correspond à un épisode dépressif d'intensité particulièrement sévère associée à un risque suicidaire élevé. La souffrance morale est profonde, le ralentissement moteur est majeur et peut être associé à un mutisme.

Elle se caractérise par une anhédonie et/ou un manque de réactivité aux stimuli habituellement agréables (anesthésie affective), associés à plusieurs des symptômes suivants :

- * une humeur dépressive marquée par un découragement profond, un sentiment de désespoir, voire d'incurabilité,
- * des symptômes cliniques plus marqués le matin,
- * des troubles du sommeil avec réveils matinaux précoces,
- * une agitation ou un ralentissement psychomoteur marqué,
- * une perte d'appétit ou de poids significative,
- * une culpabilité excessive ou inappropriée.



30

EVOLUTION DE L'EDC

- 2 à 3 mois sous traitement
- 6 à 8 mois non traité
- Risque de récurrence élevé



31

CRITERES DE GRAVITE : 5

- intensité sévère (AEG +++)
- risque suicidaire
- symptômes psychotiques,

- environnement défavorable
- échec de la prise en charge ambulatoire



32

ELIMINER DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- Ce à quoi il faut penser
- Notamment en cas de :
 - 1er épisode (notamment si SA)
 - Multiples comorbidités somatiques
 - Absence d'ATCD familiaux
 - Présentation inhabituelle (chronologie, clinique ...)
 - Inefficacité des ATD



33

DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS SOMATIQUES

- **Tableau dépressif induit par une substance**
 - Iatrogène: IFN α , corticoïdes, β bloquants
 - Intoxication ou sevrage à certains toxiques (alcool, ...TOUS !)
- **Tableau dépressif induit par une cause somatique**
 - Hypothyroïdie
 - SAS
 - Insuffisance surrénalienne
 - Lésion cérébrale
 - Démence chez le SA



34

DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS PSYCHIQUES

- **Deuil**
- **Etats de stress: « burnout sd »**
- **Déprivation de sommeil**



35

**PRISE EN CHARGE
DE L'ÉPISODE DÉPRESSIF
CARACTERISE**



36

PRISE EN CHARGE

Association

- Antidépresseur: 6 à 12 mois (ou ECT)
- +
- Psychothérapie



37

PRISE EN CHARGE

- Prise en charge des comorbidités
- Prise en charge au long cours:
 - Psychothérapie ?
 - Règles hygiénodiététiques ?
 - Régulateur d'humeur ? ⇒ **Pour le psychiatre**
 - Maintien d'un ATD au long cours ? ⇒ **Pour le psychiatre**



38

MANIER UN ANTIDEPRESSEUR



39

A. CRITÈRES DE CHOIX D'UN ANTIDÉPRESSEURS

1. Profil de tolérance
2. Tableau symptomatologique
 - ✧ Intensité
 - ✧ Profil symptomatologique
3. Antériorité d'efficacité
 - ✧ Personnelle
 - ✧ familiale
4. Habitudes du prescripteur



40

1. PROFIL DE TOLÉRANCE

- Éliminer une contre indication
- Ex.: cardiopathie et 3c
HBP et 3c
Attention aux sujets polypathologiques +++
greffés
Sujets âgé

IRS EN PREMIERE INTENTION!!!!!!



41

2. TABLEAU SYMPTOMATOLOGIQUE

PLUTOT POUR LES PSYCHIATRES !

- Intensité
 - Si sévère (« mélancolique ») : 3C, ECT, IRSNA
- Coloration symptomatologique
 - Dépression anxieuse irritable: produit à profil sédatif
 - Dépression « émoussée »: produit a profil stimulant



42

3. ANTÉRIORITÉ D'EFFICACITÉ

FAIRE UNE ENQUETE !

- Personnelle +++
 - Recherche précise, policière, des antécédents d'efficacité d'une cure d'antidépresseurs, bien conduite (durée suffisamment longue: 4 à 6 semaines) à posologie efficace.
 - Recherche d'antécédent de bonne ou de mauvaise tolérance
- Familiale



43

B. MODALITÉS

- Approche pédagogique +++
 - Lutte contre les idées fausses +++
 - Délai d'action
 - Durée de prescription
- Revoir souvent le patient
 - Monitorer efficacité et tolérance
 - Évaluation des idées suicidaires
 - Intérêts des coprescriptions



44

B. MODALITÉS

- MONOTHERAPIE +++
 - 1 cp / jr
 - Pendant le repas
 - Plutôt matin ou midi



45

LES « COPRESCRIPTIONS »

- Pas systématique (« levée d'inhibition »?)
 - Réévaluer régulièrement leur indication ou leur absence d'indication :
 - **Hypnotiques**
- ET/OU
- **Anxiolytiques**
 - BZD ?
 - AntiH1?
 - NLP?



46

PARLER À SON PATIENT

- Souvent
 - Hot-line
 - RDV tel
 - RDV physiques
 - Mail

- Soutien
 - Empathie
 - Compréhension
 - Encourager
 - Aider à adapter les comportements et attentes aux capacités diminués
 - Expliquer et réexpliquer au patient ET proche



47

PARLER À SON PATIENT

Règles hygiéno-diététiques

- Éviction des psychostimulants et substances psychoactives
- Pratique sportive régulière
- Contacts sociaux
- Régularité des rythmes
 - Sortir tous les jours
 - veille-sommeil



48

LA DÉPRESSION RÉSISTANTE ? ÇA EXISTE?

- Pas un diagnostic de MG +++++
- Rare
- Le plus souvent pb d'OBSERVANCE/ de DOSE / de coM
- Définition : échec de deux séquences d'ATD, bien conduites, bien prises, à bonne posologie, sur une durée suffisante, comprenant au moins une séquence d'ATD3C



49

POURQUOI CHOISIR LES ECT PLUTÔT QUE LES PSYCHOTROPES?

Pourquoi l'électricité plus que les médicaments... ?



50

LES ECT VS PSYCHOTROPES ?

- + rapide
- Technique de choix en urgence
- Meilleure innocuité
- Technique de choix sur certains terrains (sujets âgés, femme enceinte..)
- + efficace que les ATD (80-90 % vs 50-60%!)



51

MERCI DE VOTRE
ATTENTION
Y A T'IL DES
QUESTIONS ?



52

Dr Liova YON

Expert près la CA de Paris

UF Vigilans PARIS & UF Psy Ile de France

POLE CPOA – SMPR – Vigilans

Centre Hospitalier Sainte Anne

l.yon@ghu-paris.fr

01 45 65 80 80

