

TROUBLES PSYCHOTIQUES

item 65

TROUBLE DÉLIRANT PERSISTANT



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- * Diagnostiquer un trouble délirant persistant.
- * Connaître les principes de la prise en charge.

Rang	Rubrique	Intitulé
A	Définition	Idées délirantes
A	Définition	Trouble délirant persistant
B	Prévalence, épidémiologie	Facteurs de risque, pronostic et évolution
A	Diagnostic positif	Savoir faire l'analyse sémiologique d'un syndrome délirant
B	Diagnostic positif	Critères diagnostiques DSM-5
A	Diagnostic positif	Formes cliniques
B	Diagnostic positif	Principaux diagnostics différentiels psychiatriques et non psychiatriques
B	Prise en charge	Principes généraux



POINTS CLÉS

- * Les troubles délirants persistants sont définis par la présence d'idées délirantes évoluant depuis au moins un mois, sans désorganisation ni syndrome négatif. Les hallucinations peuvent être présentes mais ne sont pas au premier plan.
- * Ils débutent le plus souvent entre 40 et 50 ans.
- * On distingue différentes formes cliniques en fonction du thème des idées délirantes : trouble délirant de types érotomaniaque, mégalomaniaque, de jalousie, de persécution, somatique.
- * Le traitement repose sur l'hospitalisation en psychiatrie quand elle est nécessaire, un traitement antipsychotique avec possibilité d'adjonction d'un antidépresseur en cas de comorbidités dépressives ou anxieuses associées et une psychothérapie individuelle.

1. INTRODUCTION

Les troubles délirants persistants correspondent à des troubles psychotiques chroniques dits « non schizophréniques ».

On en distingue différents sous-types en fonction du thème des idées délirantes (érotomaniaque, mégalo-maniaque, de jalousie, de persécution et somatique).

2. CONTEXTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

La prévalence vie entière des troubles délirants persistants est estimée à 0,2 % et l'incidence annuelle entre 1 et 3 pour 100 000. Le sex-ratio est proche de 1. L'entrée dans la pathologie se fait à l'âge adulte, le plus souvent entre 40 et 50 ans et le sous-type le plus fréquent est le sous-type de persécution.

Les facteurs de risque associés au trouble délirant persistant sont l'âge avancé, l'isolement ou les déficits sensoriels, des antécédents familiaux de troubles délirants, les troubles de personnalité, l'immigration et l'isolement social.

3. SÉMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE

3.1. Rappel sur les idées délirantes

Une idée délirante correspond à une altération du contenu de la pensée, entraînant une perte du contact avec la réalité. Les idées délirantes sont l'objet d'une conviction inébranlable, inaccessible au raisonnement ou à la contestation par les faits. Il s'agit d'une « évidence interne » qui peut paraître plausible, mais qui n'est généralement pas partagée par le groupe socio-culturel du sujet (cf. [Item 351](#)).

3.2. Caractérisation des idées délirantes dans le trouble délirant persistant

Thème	Les thèmes les plus fréquemment retrouvés sont l'érotomanie, la grandeur (ou mégalomanie), la jalousie, la persécution, et les thématiques somatiques.
Mécanisme	Les mécanismes rencontrés sont principalement interprétatif, intuitif, et imaginatif.
Systematisation	Les idées délirantes sont bien systématisées, c'est-à-dire qu'elles se déroulent de façon logique et cohérente. De plus, elles comportent généralement un thème unique.
Adhésion	Le sujet adhère totalement à ses idées délirantes.
Retentissement émotionnel et comportemental	Le retentissement émotionnel et comportemental doit être évalué systématiquement : le niveau d'anxiété, souvent majeur, le risque suicidaire, et le risque de passage à l'acte hétéroagressif.

4. LE TROUBLE DÉLIRANT PERSISTANT

4.1. Diagnostic positif

4.1.1. Critères DSM-5 Le diagnostic du trouble délirant persistant repose sur les critères du DSM-5 :

- A. Le diagnostic sera posé devant la présence d'une ou plusieurs idées délirantes évoluant pendant **un mois ou plus**.
- B. La ou les idées délirantes **n'apparaissent pas comme bizarres**, c'est-à-dire que le contenu des idées délirantes apparaît relativement plausible même si la conviction délirante constitue une idée fixe et est inébranlable. Pour poser le diagnostic il ne doit pas exister de syndrome de désorganisation ou de syndrome négatif. Si des hallucinations sont présentes elles ne sont pas au premier plan et sont en rapport avec le contenu des idées délirantes.
- C. En dehors de l'impact des idées délirantes, il n'y a **pas d'altération marquée du fonctionnement** ni de bizarrerie manifeste du comportement.
- D. La ou les idées délirantes ne sont pas associées à des symptômes maniaques ou dépressifs et si tel est le cas, les symptômes de l'humeur doivent être brefs en comparaison avec la durée des idées délirantes.
- E. De plus, les idées délirantes ne doivent pas être attribuables à une pathologie non psychiatrique ou à l'usage d'une substance psychoactive.

4.1.2. Les différentes formes cliniques

Les différentes formes (ou sous types) de troubles délirants persistants sont définies en fonction du thème des idées délirantes.

Le trouble délirant persistant de type **érotomaniaque** est caractérisé par des idées délirantes centrées sur la conviction erronée d'être aimé(e) par un individu, le plus souvent d'un niveau social plus élevé. Il découle d'un mécanisme intuitif au départ, puis interprétatif. Il est plus fréquent chez les femmes. Dans sa description initiale, il évolue classiquement en trois phases : d'abord une phase longue d'espoir, à laquelle succède une phase de dépit, puis de rancune durant laquelle les sollicitations deviennent injures et menaces. Le risque de passage à l'acte est alors important et peut justifier des soins psychiatriques sans consentement (cf. **Item 15**).

Le trouble délirant persistant de type **mégalomaniaque** est caractérisé par des idées délirantes centrées sur la conviction d'être doué d'un talent ou d'un pouvoir méconnu, ou d'avoir fait une découverte importante. Il peut aussi porter sur le fait d'avoir des relations haut placées ou d'être soi-même une personnalité importante.

Le trouble délirant persistant de type **de jalousie** est caractérisé par des idées délirantes centrées sur la conviction que son partenaire est infidèle. Cette forme est plus fréquente chez les hommes et un trouble d'usage d'alcool est fréquemment associé.

Le trouble délirant persistant de type **de persécution** est caractérisé par des idées délirantes centrées sur la conviction d'être victime d'un complot, d'un espionnage, de tentatives d'empoisonnement ou d'être victime d'une conspiration visant à empêcher l'aboutissement des projets personnels de l'individu. Ce sous-type peut fréquemment être associé à des recours en justice ou aboutir à des passages à l'acte violents sur la personne désignée comme « persécuteur ».

Le trouble délirant persistant de type **somatique** est caractérisé par des idées délirantes centrées sur les sensations ou les fonctions corporelles. Les plus fréquentes concernent la sensation d'émettre une odeur nauséabonde, d'être infesté par des insectes ou des parasites internes, que certaines parties du corps sont difformes ou encore que certains organes ne fonctionnent pas.

De plus, il peut exister des formes **mixtes** avec des associations de plusieurs thèmes sans qu'aucun ne soit prédominant, ou **indifférenciées** si elles ne correspondent à aucun des sous-types décrits.

4.2. Diagnostics différentiels

4.2.1. Pathologies non psychiatriques

- * Troubles neurodégénératifs.

4.2.2. Intoxication par une substance psychoactive

- * Cannabis.
- * Traitements par L-Dopa ou d'autres agonistes dopaminergiques.

4.2.3. Troubles psychiatriques

- * Autres troubles psychotiques : schizophrénie, troubles schizo-affectifs.
- * Troubles de l'humeur (manie délirante, mélancolie délirante).
- * Troubles de personnalité (notamment les troubles de personnalité paranoïaque, borderline et antisociale).
- * Dans certains cas les troubles obsessionnels-compulsifs.

Un examen clinique complet et des examens complémentaires (hémogramme, ionogramme, glycémie, calcémie, TSH, bilan hépatique, toxiques urinaires, ECG et selon la clinique et le contexte imagerie cérébrale) sont indispensables afin d'éliminer ces diagnostics différentiels.

5. LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE

5.1. L'hospitalisation en psychiatrie

L'hospitalisation d'un patient souffrant d'idées délirantes de persécution pose de nombreux problèmes sur le plan thérapeutique car elle accentue souvent le sentiment de persécution et peut aggraver les comportements de revendication fondés sur des idées délirantes.

Si les soins sans consentement sont indiqués, la modalité **des soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état (SPDRE)** peut être utilisée (cf. **Item 15**), notamment si l'entourage familial et social correspond au « persécuteur désigné » et qu'il existe donc un risque pour la sûreté des personnes.

5.2. Traitement pharmacologique

Le recours à un **traitement antipsychotique** est recommandé dans les troubles délirants persistants (cf. **Item 74**). Leur efficacité est souvent modérée.

L'association à un traitement **antidépresseur** est parfois nécessaire pour traiter une comorbidité de type épisode dépressif caractérisé ou troubles anxieux.

5.3. Traitement non pharmacologique : la psychothérapie

Une psychothérapie de soutien ou cognitivo-comportementale (cf. **Item 73**) doit systématiquement être proposée en association au traitement médicamenteux. La thérapie individuelle semble plus efficace que la thérapie de groupe.

TROUBLES DE L'HUMEUR

item 66a

ÉPISODE DÉPRESSIF CARACTÉRISÉ ET TROUBLE DÉPRESSIF RÉCURRENT DE L'ADOLESCENT ET DE L'ADULTE



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- * Diagnostiquer un trouble dépressif.
- * Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi aux différents âges et à tous les stades de ces différents troubles.

Rang	Rubrique	Intitulé
A	Définition	Épisode dépressif caractérisé ; trouble dépressif récurrent
B	Prévalence, épidémiologie	Prévalence
B	Prévalence, épidémiologie	Facteurs de risque, pronostic et évolution
B	Étiologie	Savoir que l'étiologie est multifactorielle
A	Diagnostic positif	Sémiologie du syndrome dépressif
B	Diagnostic positif	Spécificités sémiologiques chez l'enfant et l'adolescent
B	Diagnostic positif	Spécificités sémiologiques chez la personne âgée
A	Diagnostic positif	Critères DSM-5 de l'épisode dépressif caractérisé Critères du trouble dépressif récurrent
B	Diagnostic positif	Savoir rechercher un antécédent d'épisode maniaque ou hypomaniaque
B	Diagnostic différentiel	Principaux diagnostics différentiels psychiatriques et non psychiatriques
A	Identifier une urgence	Risque suicidaire

Rang	Rubrique	Intitulé
B	Examens complémentaires	Connaître les indications d'un bilan complémentaire devant un syndrome dépressif
B	Examens complémentaires	Connaître les principaux examens complémentaires devant un syndrome dépressif
A	Prise en charge	Indications du recours au psychiatre
B	Prise en charge	Indications d'hospitalisation en psychiatrie
B	Prise en charge	Indications des traitements non pharmacologiques
B	Prise en charge	Indications des traitements pharmacologiques
B	Prise en charge	Indications des traitements pharmacologiques chez l'enfant et l'adolescent



POINTS CLÉS

- * L'épisode dépressif caractérisé est un trouble fréquent avec une prévalence sur une année en France d'environ 10 % chez les 18-75 ans.
- * L'épisode dépressif caractérisé est associé à un risque suicidaire majeur. La symptomatologie est marquée par la présence d'une diminution pathologique de l'humeur (tristesse pathologique) et de l'énergie avec des perturbations psychoaffectives, psychomotrices et physiologiques. Son intensité peut être légère, modérée ou sévère.
- * Dans certaines situations, des symptômes peuvent prédominer dans le tableau dépressif et des formes cliniques distinctes sont décrites (mélancoliques, psychotiques, etc.).
- * Les principaux diagnostics différentiels dans le cadre du trouble dépressif récurrent sont représentés par les autres troubles de l'humeur, notamment un épisode dépressif caractérisé dans le cadre d'un trouble bipolaire, une schizophrénie ou autre trouble délirant persistant, une cause médicale non psychiatrique, iatrogène ou liée à l'intoxication par une substance psychoactive.
- * Les complications sont principalement représentées par le risque de suicide, de désinsertion socio-professionnelle, de récurrences dépressives et de comorbidités psychiatriques et non psychiatriques.
- * Pour les formes modérées à sévères, le traitement médicamenteux est toujours nécessaire : antidépresseur (1^{re} intention ISRS) pendant au moins 6 à 8 mois, après rémission des symptômes, associé à une surveillance clinico-biologique incluant l'évaluation régulière du risque suicidaire.
- * Une psychothérapie de soutien et/ou spécifique est systématiquement associée.
- * L'ECT est indiquée dans les formes les plus sévères d'épisode dépressif en cas d'urgence vitale et/ou en cas de résistance ou de contre-indication au traitement médicamenteux.

1. INTRODUCTION

L'épisode dépressif caractérisé est marqué par la présence d'une diminution pathologique de l'humeur (tristesse pathologique) et de l'énergie avec des perturbations psychoaffectives, psychomotrices et physiologiques. Ce trouble est associé à un risque élevé de suicide.

Le trouble dépressif récurrent est défini par la répétition de deux épisodes ou plus, sans antécédent d'épisode (hypo-)maniaque. Le diagnostic doit tenir compte des données suivantes : épisode isolé ou récurrence, sévérité de l'épisode actuel et l'existence de caractéristiques cliniques.

L'épisode dépressif caractérisé s'intègre dans différentes entités nosographiques (isolé, trouble dépressif récurrent, trouble bipolaire) ou peut être comorbide de tout autre trouble psychiatrique (ex : troubles

anxieux, troubles addictifs, schizophrénie) ou d'un trouble non psychiatrique. Il peut être isolé ou se répéter (trouble dépressif récurrent) et succéder à des événements de vie.

Le terme « dépression » correspond dans la classification actuelle du DSM-5 à **l'épisode dépressif caractérisé** (anciennement « épisode dépressif majeur »).

Dans ce chapitre, nous ne traitons que de l'épisode dépressif caractérisé isolé ou dans le cadre du trouble dépressif récurrent. L'épisode dépressif caractérisé dans le cadre du trouble bipolaire (parfois appelé « dépression bipolaire ») est traité dans l'item sur les troubles bipolaires (cf. **Item 64**).

La traduction française de la dernière version du DSM-5 a modifié l'ancienne terminologie « épisode dépressif majeur » pour « épisode dépressif caractérisé ». Cette modification permet d'éviter la confusion avec les critères de sévérité de l'épisode (léger, moyen, sévère). En conséquence, nous conseillons d'utiliser le terme épisode dépressif caractérisé.

2. CONTEXTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Il s'agit d'un trouble fréquent avec une prévalence des épisodes dépressifs caractérisés sur une année en France d'environ 10 % chez les 18-75 ans, les femmes présentant une prévalence 1,5 à 3 fois plus élevée que les hommes.

Il est associé à un risque suicidaire important puisque 30 à 50 % des tentatives de suicide en France sont secondaires à un épisode dépressif caractérisé et que plus de 80 % des suicidés présentent un épisode dépressif caractérisé au moment du passage à l'acte (cf. **Item 353**).

Le premier épisode dépressif caractérisé peut survenir à tout âge. Il survient néanmoins plus fréquemment chez l'adulte jeune avec une médiane d'âge de début à 25 ans.

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 et du niveau d'éducation. 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).

Les facteurs de risques les plus fréquemment retrouvés sont :

- * un faible niveau socio-économique ;
- * les troubles psychiatriques (ex : troubles addictifs, troubles anxieux, troubles de la personnalité) ;
- * les pathologies non psychiatriques ;
- * les expériences traumatiques dans l'enfance ;
- * les antécédents personnels d'épisode dépressif caractérisé ;
- * les antécédents familiaux de troubles dépressifs récurrents.

3. SÉMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE

Un syndrome dépressif est caractérisé par la persistance dans le temps d'une tristesse pathologique de l'humeur et/ou d'une baisse d'énergie. Il est caractérisé par une constellation de symptômes et de signes, qui varie d'un sujet à un autre.

Perturbations psychoaffectives

Perturbation de l'humeur :

- * humeur dépressive/triste ;
- * il s'agit d'un sentiment pénible, douloureux, envahissant ;
- * elle est quasi constante dans le temps, indépendamment des circonstances environnantes ou des événements de vie ;
- * elle prédomine le plus souvent le matin, dès le réveil et a tendance à s'améliorer au cours de la journée.

Perturbation des émotions :

- * anhédonie (= perte du plaisir). L'anhédonie est presque toujours présente à des degrés divers. Elle s'évalue en fonction du degré habituel d'intérêt du sujet, très variable d'une personne à l'autre et s'observe dans tous les domaines (vie affective, socio-professionnelle et loisirs) ;
- * anesthésie affective ;
- * anxiété ;
- * Irritabilité (plus fréquent chez l'adolescent).

Altérations du contenu de la pensée :

- * idées de culpabilité : reproches pour des actes quotidiens banals ou passés qui n'avaient jusque-là suscité aucun sentiment de culpabilité. Sentiment d'une dette envers sa famille, d'être un poids pour les siens, voire à l'extrême, la culpabilité tourne à l'auto-accusation ;
- * idées de dévalorisation : perte de l'estime de soi, autodépréciation, conduisent à un sentiment d'incapacité, d'inutilité ou d'indignité ;
- * idées d'incurabilité.

Pensées de mort :

Il peut s'agir :

- * de pensées centrées sur la mort (idées de mort), le patient s'interrogeant sur la nécessité de continuer à vivre ;
- * d'idées suicidaires avec ou sans plan précis pour se suicider.

Perturbations psychomotrices

Ralentissement psychomoteur ou agitation peuvent alterner ou être associés.

Perturbations du cours de la pensée :

- * bradypsychie (ralentissement des idées) ;
- * ruminations : pensées répétées, centrées sur soi et à contenu négatif ;
- * monodéisme (pensées répétées sur un seul contenu négatif).

Altérations cognitives :

- * altérations de la concentration ;
- * altérations de la mémoire ;
- * déficit de l'attention ;
- * indécision.

Ralentissement moteur et comportemental :

- * bradykinésie (lenteur des mouvements) ;
- * hypomimie (diminution des expressions du visage), voire amimie ;
- * bradyphémie (lenteur du discours) ;
- * voix monocorde (aprosodie) ;
- * clinophilie ;
- * incurie ;
- * aboulie (= incapacité à exécuter les actes pourtant planifiés, et une grande difficulté à prendre des décisions ≠ apragmatisme = difficultés à entreprendre des actions par incapacité à planifier les activités).

L'agitation se manifeste au contraire par des déambulations permanentes, l'incapacité à s'asseoir. Elle est souvent liée à un état de tension interne ou d'anxiété.

Perturbations physiologiques**Perturbations du sommeil et des rythmes circadiens :**

- * plainte d'insomnie (le plus fréquent) à type de réveils nocturnes, de réveils précoces et/ou difficultés d'endormissement ;
- * ou plainte de somnolence (cf. **Item 110**).

Fatigue ou perte d'énergie :

- * fatigue : signe d'appel non spécifique mais très fréquent ;
- * asthénie ou la perte d'énergie peut être présente en permanence.

Perturbations des conduites alimentaires :

- * perte d'appétit (anorexie), le plus fréquent ;
- * dans d'autres cas : augmentation de l'appétit, et/ou modifications des habitudes alimentaires (remplacement des repas par des prises rapides de nourriture, grignotage plus ou moins permanent, appétence pour les sucrés) ;
- * variations de poids, le plus souvent dans le sens d'une perte, mais parfois d'un gain.

Perturbations de la sexualité

- * diminution du désir et de l'excitation sexuelle, hyposexualité.

Autres symptômes neurovégétatifs, digestifs, urinaires, cardiovasculaires, douloureux, etc.

Populations spécifiques :

* enfants et adolescents : les critères diagnostiques de l'épisode dépressif caractérisé sont les mêmes que pour les adultes. Cependant, il est souvent sous-diagnostiqué dans cette population. Il faut tenir compte de certaines spécificités sémiologiques :

- les perturbations de l'humeur peuvent ne pas se manifester par de la tristesse mais par de l'irritabilité (notamment chez les enfants avec un trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité : TDAH (cf. **Item 67**) ou encore des **crises de colère** plus fréquentes (notamment chez les enfants avec un trouble du spectre autistique : TSA [cf. **Item 67**]) ;
- il est essentiel de distinguer une **irritabilité épisodique** (évocatrice d'un épisode dépressif caractérisé) d'une **irritabilité chronique** (évocatrice d'une dérégulation émotionnelle sévère de l'enfant, qui se caractérise par la présence de crises de colères répétées, associées à une irritabilité persistante entre les crises) ;
- une **altération marquée des performances ou du rendement scolaire** est fréquente dans les épisodes dépressifs caractérisés de l'enfant et l'adolescent ;
- les modifications du poids doivent être établies en examinant les **courbes statur pondérales**, à la recherche d'un changement de trajectoire des courbes pondérales ;
- plus le **premier épisode est précoce** plus le risque de récurrence et le risque suicidaire est élevé.

* personne âgée : les critères diagnostiques de l'épisode dépressif caractérisé sont les mêmes que pour les adultes plus jeunes. Il existe néanmoins des spécificités comme des plaintes d'allure non psychiatrique (en particulier algiques), des plaintes mnésiques, etc. (cf. **Item 70**).

4. L'ÉPISODE DÉPRESSIF CARACTÉRISÉ

4.1. Diagnostics positifs

4.1.1. Poser le diagnostic d'un épisode dépressif caractérisé

Pour poser le diagnostic d'épisode dépressif caractérisé, il faut :

- * une sémiologie telle que décrite précédemment ;
- * une évolution depuis **au moins 15 jours** ;
- * une **altération marquée du fonctionnement** professionnel, des activités sociales ou des relations interpersonnelles ;
- * l'**absence de diagnostic différentiel** (effets physiologiques directs d'une substance ou d'une autre affection médicale).

Au cours de l'évaluation diagnostique, le risque suicidaire doit être, systématiquement, évalué chez l'ensemble des patients présentant un épisode dépressif caractérisé. Plus de 80 % des suicidés présentent un épisode dépressif caractérisé au moment du passage à l'acte (cf. **Item 353**). Il s'agit d'une urgence médicale.

Les critères DSM-5 pour un épisode dépressif caractérisé sont les suivants :

A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une **durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport à l'état 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 des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection générale.

1. **Humeur dépressive** présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (sentiment de tristesse ou vide) ou observée par les autres (pleurs).

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 pratiquement toute la journée, presque tous les jours.

3. **Perte ou gain de poids significatif** (5 %) en l'absence de régime, ou **diminution ou augmentation de l'appétit** tous les jours.

N.B. : chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

4. **Insomnie ou hypersomnie** presque tous les jours.

5. **Agitation ou ralentissement psychomoteur** presque tous les jours.

6. **Fatigue ou perte d'énergie** tous les jours.

7. **Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité** excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

8. **Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision** presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

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

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

C. Les symptômes ne sont **pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale**.

D. L'épisode ne répond pas aux critères du trouble schizo-affectif et ne se superpose pas à une schizophrénie, à un trouble schizophréniforme, à un trouble délirant ou à une autre trouble psychotique.

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.

Le DSM-5 précise des critères d'intensité de l'épisode dépressif caractérisé, gradués en :

- * léger (symptômes juste suffisants au diagnostic d'épisode dépressif caractérisé/peu de perturbations sociales ou professionnelles) ;
- * moyen (plus de symptômes que nécessaire/perturbations sociales ou professionnelles modérées) ;
- * sévère (quasiment tous les symptômes/perturbations sociales ou professionnelles nettes).

4.1.2. Les différentes caractéristiques cliniques de l'épisode dépressif caractérisé actuel

Dans certaines situations, des symptômes peuvent prédominer dans le tableau dépressif et des formes cliniques distinctes sont ainsi décrites. Parmi elles, nous retrouvons (non exhaustif):

- * avec caractéristiques mélancoliques ;
- * avec caractéristiques psychotiques ;
- * avec caractéristiques mixtes ;
- * avec caractéristiques catatoniques ;
- * avec caractéristiques anxieuses ;
- * avec début dans le péri-partum (cf. **Item 64**) ;
- * avec caractéristiques saisonnières (cf. **Item 64**).

4.1.2.1. 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 marqués ;
- * une perte d'appétit ou de poids significative ;
- * une culpabilité excessive ou inappropriée.

4.1.2.2. Avec caractéristiques psychotiques

Autrefois appelé « dépression psychotique » ou « mélancolie délirante ».

L'épisode dépressif est associé à la présence d'idées délirantes et/ou d'hallucinations. Les thématiques délirantes sont le plus souvent des idées de ruine, d'incapacité, de maladie, de mort, d'indignité, de culpabilité.

Le **Syndrome de Cotard** ou de négation d'organe est une forme clinique particulière de l'épisode dépressif caractérisé qui associe des idées délirantes de négation d'organes, de négation du temps (immortalité) ou de négation du monde (rien n'existe plus).

4.1.2.3. Avec caractéristiques mixtes

Au moins 3 symptômes maniaques ou hypomaniaques sont présents pendant la majorité des jours de l'épisode dépressif caractérisé.

4.1.2.4. Avec caractéristiques anxieuses

L'épisode dépressif est associé à des signes d'anxiété au 1^{er} plan. **L'agitation anxieuse peut être associée à un risque majeur de passage à l'acte suicidaire** (raptus anxieux).

4.1.2.5. Avec caractéristiques catatoniques

Le syndrome catatonique est marqué par un ensemble de symptômes psychomoteurs qui peuvent comprendre : la catalepsie (flexibilité cireuse), négativisme, stéréotypies, impulsions, écholalie, échopraxie. Les étiologies les plus fréquentes de syndrome catatonique sont les étiologies non psychiatriques ; et dans les étiologies psychiatriques, les étiologies les plus fréquentes sont les troubles de l'humeur.

4.1.3. Les différentes formes cliniques

L'épisode dépressif caractérisé peut être isolé ou récurrent. Les classifications internationales définissent ainsi en fonction du contexte d'apparition et de l'évolution d'un (ou des) épisode(s) dépressif(s) caractérisé(s) différents types de troubles dépressifs :

- * **épisode dépressif caractérisé isolé.** Présence d'un unique épisode dépressif caractérisé ;
- * **trouble dépressif récurrent.** Présence d'au moins 2 épisodes dépressifs caractérisés séparés d'une période sans symptôme d'au moins 2 mois consécutifs.

4.2. Diagnostics différentiels

Il est nécessaire de rechercher les **diagnostics différentiels psychiatriques** :

- * autres troubles de l'humeur, avec recherche d'un antécédent d'épisode hypomaniaque ou maniaque (cf. **Item 64**) : à la recherche d'un épisode dépressif caractérisé bipolaire dans le cadre d'un trouble bipolaire de type I ou II ;
- * les troubles délirants persistants (si présence de symptômes psychotiques associés) (cf. **Item 65**) ;
- * schizophrénie (cf. **Item 63**) ;
- * trouble de personnalité (dont personnalité état-limite) (cf. **Item 66**) ;
- * trouble anxieux (cf. **Item 66**) ;
- * trouble obsessionnel compulsif (cf. **Item 66**) ;
- * troubles addictifs.

Les diagnostics différentiels liés à une étiologie non psychiatrique (guidés par l'examen clinique complet nécessaire), pouvant induire un syndrome dépressif, sont :

- * intoxication par une substance psychoactive : usage de substances psychoactives (alcool, cannabis, sevrage d'amphétamines et cocaïne, hallucinogènes). C'est le diagnostic différentiel le plus fréquent +++ (attention un épisode dépressif caractérisé peut néanmoins faire suite à une prise initiale de substance) ;
- * neurologiques : tumeur cérébrale, sclérose en plaques, accident vasculaire cérébral, un début de démence (surtout si patients âgés), épilepsie focale (rare) ;
- * endocriniennes : troubles thyroïdiens (hypothyroïdie), maladie de Cushing (hypercorticisme) ;
- * métaboliques : hypoglycémie, troubles ioniques, maladie de Wilson, etc. ;
- * iatrogéniques : médicamenteuses (corticoïdes, interféron-alpha, bêta-bloquants, etc.).

Comme pour tout trouble psychiatrique, notamment si le début est aigu, une étiologie non psychiatrique devra être éliminée à l'aide :

- * **bilan clinique complet** : à détailler de manière hiérarchique selon la présentation clinique ;
- * **bilan paraclinique** : à la recherche de diagnostic différentiel (cf. **tableau ci-après**).

Bilan sanguin	Glycémie capillaire, voire veineuse Ionogramme, calcémie Bilan rénal initial : urée, créatinémie NFS, plaquettes, CRP TSH _{us} Bilan hépatique
Bilan urinaire	Toxiques urinaires : cannabis, cocaïne, opiacés, amphétamines
Autres examens complémentaires	Selon points d'appels cliniques (IRM cérébrale, EEG)

4.3. Notion de physiopathologie

L'épisode dépressif caractérisé est multifactoriel mêlant des facteurs de risque génétiques et environnementaux.

Chez les patients présentant des troubles dépressifs on observe des déséquilibres de plusieurs systèmes biologiques impliquant la neurotransmission monoaminergiques (sérotonine, noradrénaline, dopamine), l'axe corticotrope, des biomarqueurs inflammatoires, des neurotrophines (BDNF), ainsi que des boucles fronto-sous-corticales.

5. LE PRONOSTIC ET L'ÉVOLUTION

L'évolution est variable :

- * un seul épisode dépressif caractérisé sur la vie (50 %) ;
- * récurrence d'épisodes dépressifs caractérisés (trouble dépressif récurrent) avec une fréquence variable (35 %) ;
- * chronicité avec une évolution de l'épisode en cours supérieure à 2 ans (15 %).

Certains patients présenteront une résistance au traitement antidépresseur (échec de deux traitements antidépresseurs bien conduits en termes de posologie et de durée).

Les facteurs de mauvais pronostic, prédictifs de rechutes ou récurrences dépressives sont :

- * le sexe féminin ;
- * une histoire familiale de trouble de l'humeur ;
- * un âge de début précoce ;
- * le nombre d'épisodes passés ;
- * une durée plus longue de l'épisode index ;
- * une sévérité plus importante de l'épisode index ;
- * la persistance de symptômes résiduels dépressifs ;
- * la présence d'une comorbidité psychiatrique ou non psychiatrique.

6. PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE D'UN ÉPISODE DÉPRESSIF CARACTÉRISÉ ISOLÉ OU DANS LE CADRE DU TROUBLE DÉPRESSIF RÉCURRENT

6.1. Indications de recours à un psychiatre

Une consultation auprès d'un psychiatre se justifie en cas de :

- * risque suicidaire élevé ou de mise en danger ;
- * épisode dépressif caractérisé sévère ;
- * présence de comorbidités (psychiatrique ou non psychiatrique) ;
- * présences de caractéristiques spécifiques : mélancoliques, psychotiques, mixtes, catatoniques ;
- * épisode avec une résistance à deux antidépresseurs bien conduit (posologie suffisante et durée suffisante) ;
- * situation à risque (p. ex. : grossesse, post-partum).

6.2. Indications d'hospitalisation en psychiatrie

Une hospitalisation se justifie en cas de :

- * risque suicidaire élevé ou de mise en danger ;
- * épisode dépressif caractérisé sévère ;
- * épisode avec caractéristiques mélancoliques, psychotiques ou catatoniques.

Les formes sévères et/ou résistantes au traitement nécessitant une réévaluation diagnostique et thérapeutique, avec comorbidités complexes (psychiatriques : troubles anxieux sévères, troubles addictifs notamment, ou non psychiatriques rendant l'état médical général préoccupant), en particulier dans les situations d'isolement ou de soutien socio-familial réduit, pourront nécessiter également une hospitalisation.

Au mieux, il s'agira d'une hospitalisation libre. Les modalités de soins sans consentement sont à évaluer en fonction de la capacité du patient à donner son consentement.

En cas d'hospitalisation, celle-ci permet en particulier la réévaluation et prévention du risque suicidaire, l'inventaire des effets personnels, la prévention des complications éventuelles d'un alitement prolongé ou de carences alimentaires.

Dans les autres situations cliniques, une prise en charge ambulatoire sera envisagée. Dans ce cas, des consultations rapprochées et régulières (1 fois/semaine) avec réévaluation systématique de l'état clinique, de la réponse thérapeutique et du risque suicidaire seront proposées. Les modalités de soins sans consentement sont à évaluer en fonction de la capacité du patient à donner son consentement (cf. **Item 15**).

6.3. Traitement pharmacologique

6.3.1. Bilan pré-thérapeutique clinique complet et paraclinique

Le bilan pré-thérapeutique clinique sera réalisé avant l'introduction d'un traitement pharmacologique. Il n'existe pas de bilan paraclinique systématique avant l'introduction d'un traitement antidépresseur. La réalisation d'un bilan pré-thérapeutique paraclinique sera guidée par la clinique (cf. **Item 74**).

6.3.2. Traitement antidépresseur

Pour les formes d'épisode dépressif caractérisé d'intensité modérée à sévère, un traitement antidépresseur est recommandé.

En 1^{re} intention : plutôt un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS) augmenté progressivement à posologie efficace en fonction de la tolérance.

Le délai d'action de l'antidépresseur est de plusieurs semaines et doit être indiqué au patient. L'évaluation de la réponse au traitement nécessite au moins 2 à 4 semaines de traitement à dose efficace.

L'arrêt du traitement médicamenteux d'un premier épisode dépressif caractérisé isolé peut être discuté 6 mois à 1 an après obtention de la rémission clinique (le risque maximum de rechute se situant dans les 6 à 8 mois qui suivent l'arrêt du traitement) (cf. **Item 74**).

N.B. : la notion de résistance thérapeutique se définit par les échecs successifs de 2 antidépresseurs à dose efficace durant une durée suffisante (au moins 6 semaines).

6.3.3. Spécificité en lien avec les caractéristiques cliniques

Lors de caractéristiques psychotiques, un traitement par antipsychotique peut être associé à l'antidépresseur.

En cas d'anxiété importante, en début de traitement, un traitement anxiolytique par benzodiazépine peut être instauré (cf. **Item 74**).

Lors de plainte d'insomnie, un traitement hypnotique pourra être proposé. Du fait des risques de dépendance, la posologie doit être régulièrement réévaluée et la durée de prescription limitée (maximum 4 semaines) (cf. **Item 74**). Les règles d'hygiène du sommeil doivent systématiquement être associées.

Une surveillance régulière clinico-biologique de l'efficacité et de la tolérance du traitement est nécessaire. L'évaluation du risque suicidaire et le risque de virage maniaque de l'humeur sous antidépresseur devront être particulièrement évalués (cf. **Item 74**).

En cas de trouble dépressif récurrent (et notamment dès le 3^e épisode dépressif caractérisé) :

- * après rémission des symptômes, traitement de maintien par antidépresseurs ;
- * +/- psychothérapie pendant une durée de 18 mois à 2 ans ;
- * utiliser la molécule et la posologie qui ont permis d'obtenir la rémission complète des symptômes.

6.3.4. Populations spécifiques

En fonction de l'âge :

6.3.4.1. Enfant et adolescent

Indications :

- un traitement non pharmacologique est recommandé en première intention en cas d'intensité légère à modérée ;
- une combinaison de traitements pharmacologiques, au moins 6 mois, (Fluoxétine [PROZAC®] en première intention, autres ISRS en deuxième intention) et non pharmacologique est recommandée en cas d'intensité modérée à sévère.

6.3.4.2. Sujet âgé (cf. **Item 70**)

Indications :

- un traitement non pharmacologique est recommandé en première intention en cas d'intensité légère à modérée ;
- un traitement pharmacologique (ISRS en première intention : privilégier les molécules les mieux tolérées) est recommandé en cas d'intensité modérée à sévère.

6.3.4.3. Femmes enceintes

Le bénéfice-risque du traitement antidépresseur doit être discuté pour chaque patiente.

6.4. Traitements non pharmacologiques

6.4.1. Traitement physique

L'électroconvulsivothérapie (ECT) peut être utilisée dans les formes les plus sévères d'épisode dépressif caractérisé (formes à caractéristiques mélancoliques, catatoniques ou psychotiques) et/ou en cas de résistance ou de contre-indication au traitement médicamenteux et/ou dans les situations d'urgences vitales (risque suicidaire ou risque de dénutrition/déshydratation). Dans certains cas, des ECT d'entretien sont proposées (généralement 1x/mois) durant plusieurs mois pour prévenir le risque de rechute ou récurrence dépressive.

D'autres traitements physiques peuvent également être utilisés dans des situations particulières (ex : la stimulation magnétique transcrânienne).

NON EXIGIBLE À L'ECN

L'électroconvulsivothérapie (ECT)

Le traitement par électroconvulsivothérapie (ECT) consiste en l'administration d'un courant électrique transcrânien de très faible intensité provoquant secondairement une crise tonico-clonique généralisée. Ce traitement est réalisé sous anesthésie générale de courte durée, associant l'utilisation d'un curare d'élimination rapide, limitant les mouvements (et donc le risque de blessures, luxations, fractures) pendant la crise. Le traitement se déroule sous surveillance clinique et tracé électroencéphalographique.

Les indications de ce traitement sont les suivantes :

- * troubles de l'humeur :
 - épisode dépressif caractérisé, uni ou bipolaire, en première intention s'il existe un risque vital à court terme (tentatives de suicide, dénutrition, déshydratation), ou en cas de résistance médicamenteuse. L'efficacité du traitement par ECT est alors supérieure à 80 % ;
 - épisode maniaque, de la même manière s'il existe un risque vital à court terme (tentatives de suicide / déshydratation), ou en cas de résistance médicamenteuse.
- * troubles psychotiques : syndrome positif résistant dans la schizophrénie, notamment en association avec certains antipsychotiques ;
- * syndrome catatonique : en première intention s'il existe un risque vital à court terme (p. ex. : déshydratation, syndrome neurovégétatif) ou en cas de résistance aux benzodiazépines.

La seule contre-indication absolue à un traitement par ECT est l'hypertension intracrânienne. Les autres contre-indications, relatives, sont celles dues à la forte activation du système sympathique lors de la stimulation électrique, et à celles dues à l'anesthésie générale.

Aucun bilan paraclinique pré thérapeutique aux ECT n'est obligatoire. Le bilan clinique et paraclinique pour éliminer un diagnostic différentiel est cependant indispensable et une imagerie cérébrale justifiée pour s'assurer de l'absence d'hypertension intracrânienne.

Au niveau pré thérapeutique, le bilan paraclinique sera déterminé par le psychiatre et l'anesthésiste en fonction du contexte clinique et des comorbidités. Une consultation pré anesthésie est obligatoire. Le bilan biologique minimal systématique pré anesthésie sera réalisé en fonction des recommandations anesthésiques.

Les effets secondaires au décours de la crise peuvent être des céphalées, des nausées. À moyen terme, des altérations cognitives, essentiellement mnésiques antérogrades peuvent être retrouvées, mais disparaissent dans les deux mois suivants le dernier soin par ECT. Des altérations mnésiques rétrogrades peuvent être retrouvées, même des années plus tard, concernant la période entourant le soin par ECT.

La stimulation magnétique transcrânienne répétée (rTMS)

La rTMS agit en stimulant de façon non invasive les neurones du cortex cérébral par induction magnétique en utilisant des champs magnétiques brefs à haute intensité. L'efficacité de cette méthode dans le traitement des épisodes dépressifs caractérisés est en cours d'évaluation.

6.4.2. Psychothérapies

La psychothérapie de soutien est toujours indiquée.

Les psychothérapies dites structurées peuvent être indiquées en monothérapie pour les épisodes dépressifs caractérisés d'intensité légère et en association au traitement médicamenteux pour les épisodes dépressifs caractérisés d'intensité modérés à sévères.

Ainsi, en fonction de la préférence du patient et de l'orientation du médecin, différentes psychothérapies peuvent être envisagées (cf. **Item 73**). Les thérapies ayant les niveaux de preuve les plus élevés sont les thérapies cognitivo-comportementales et les thérapies interpersonnelles (cf. **Item 73**).

6.4.3. Réhabilitation psychosociale

Des stratégies de réadaptation sociale et professionnelle peuvent être mises en place dans le cadre de la prise en charge du handicap (cf. **Item 117**).



POUR APPROFONDIR

Vidéo décrivant l'ensemble des signes catatoniques : https://www.youtube.com/watch?v=igzEJM_OWzE



Vidéo décrivant la sémiologie des syndromes manique et dépressif : https://www.youtube.com/watch?v=_vohZ4j3iko&t=57s



Haute autorité de santé. ALD n° 23 – *Troubles dépressifs récurrents ou persistants de l'adulte*, 2009.

Haute autorité de santé. *Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours*, 2017.