

EPIDEMIOLOGIE : ETATS DEPRESSIFS ET MELANCOLIE

I/- Définitions :

La dépression : abaissement ou fléchissement par rapport à l'état antérieur. En psychiatrie, c'est un syndrome dont le symptôme tristesse constitue une composante essentielle. Ceci rentre dans les troubles de l'humeur dans le plan nosographique. L'état dépressif associe des perturbations émotionnelles, psychomotrices, cognitives, et végétatives.

II/- Epidémiologie :

A l'heure actuelle c'est la pathologie mentale la plus fréquente. Sur le plan de la morbidité (taux de survenue de la maladie dans la population générale) la prévalence est importante en ce qui concerne les épisodes dépressifs majeurs (22,4% chez les femmes et 10,7% chez les hommes). Doivent s'y rajouter la prévalence de survenue des troubles bipolaires 1 et 2. A ce compte là on arrive à 5%. On rajoute également la dysthymie (état dépressif chronique) 3% de la population.

Entre les années 70 et 97 les épisodes dépressifs caractérisés ont été multipliés par 7.

Les hommes et les femmes ne sont pas égaux devant la dépression. Pour la dysthymie on retrouve cela mais encore plus marqué.

La tranche d'âge est aussi un facteur important. :

- Jeunes
- Adultes d'âge moyen (femmes surtout)
- Personnes âgées (surtout les hommes)

Le statut marital joue également. Les veufs, les séparés et divorcés sont les plus exposés. Le niveau social influe aussi (3 fois plus d'épisodes dépressifs chez les personnes sans emploi). 1 actif sur 10 présente un épisode dépressif.

III/- Clinique :

La dépression mélancolique, par rapport aux EDM, est la forme la plus intense de la symptomatologie.

a/- Le début :

Il peut y avoir un début brutal, où le patient rentre directement dans l'état dépressif. Ou bien progressivement apparaît une asthénie, une émotivité, susceptibilité, instabilité et irritabilité, tristesse, troubles digestifs (perte d'appétit, constipation, ...). On remarque aussi l'apparition des troubles du sommeil. On relève un ralentissement des troubles de la pensée avec des troubles cognitifs et de la pensée.

b/- L'état :

- **Inhibition psychomotrice** : elle est liée à la perte de l'élan vital. Le patient reste figé, le plus souvent prostré sur son siège ou son lit, la tête baissée, les épaules tombantes, les mouvements sont rares et ralentis. Au niveau du visage, il y a atonie, une expression douloureuse (oméga mélancolique), le regard fixe tourné vers l'intérieur. De cela découle une forte perturbation dans les gestes de la vie quotidienne. Inciter à bouger un patient déprimé ne peut qu'être que culpabilisant et renforcer la dépression.
- **Inhibition psychique** : on retrouve là une lenteur de l'idéation, un monoïdéisme (thème de la tristesse), désintérêt intellectuel, improductivité intellectuelle alors que les capacités ne sont pas altérées. L'attention et la concentration sont fixées sur les idées tristes, la mémoire d'évocation est altérée, les perceptions sont atténuées. Les patients ont l'impression de vivre dans une atmosphère froide et lointaine. Le langage est freiné, les propos sont rares (semi mutisme), la voix est basse, monotone, le débit est ralenti, les réponses sont brèves et laconiques et entrecoupées par des gémissements ou des soupirs.
- **Humeur triste** : elle est sous tendue par la douleur morale. Il y a un sentiment de désespoir profond, de dégoût, de découragement, avec une impression de vide, d'ennui. On constate un pessimisme majeur, une nostalgie de l'état antérieur, les patients voient tout en noir, ont une impression d'anesthésie affective, sans capacité à éprouver du désir (anhédonie). Il y a un noyau tout à fait important qui est l'estime de soi. Le patient se sent incapable de faire quoique ce soit. Le patient se dévalorise. La tristesse est vécue comme totale et irréversible. Un sentiment de culpabilité accompagne souvent ces sentiments. Dans ce contexte des choses anodines prennent une dimension disproportionnée ce qui va accroître la culpabilité et donc le sentiment de tristesse.
- **Idées de mort** : elles font partie du tableau clinique. Il y a plusieurs stades dans ces idées. Le secret médical est levé à partir de ce moment là. Des ruminations, des velléités apparaissent aussi. Il peut y avoir passage à l'acte par impulsivité ou réfléchi ou prémédité. C'est la seule issue valable pour eux à leur souffrance. Il faut interroger les patients à ce sujet et voir ce qu'il en est au niveau des stades. Au début il n'y a qu'une représentation mentale assez abstraite de la chose. Elle va devenir obsédante à un stade au dessus. Un stade au dessus encore ce sera une envie passive de mourir. Le désir actif de mourir est présent chez une personne qui a envie de mourir et qui va passer à l'acte, il en a la volonté. Il existe un type de suicide à côté duquel on a toute les chances de passer à côté. C'est lorsque le patient va mieux car il sait qu'il va passer à l'acte, il a tout planifié. Le suicide altruiste ou collectif est un suicide qui s'accompagne d'homicide. Ce

sont les patients qui sont persuadés que la mort est une délivrance et qu'ils vont abréger les souffrances des proches avant de se suicider.

- **Troubles somatiques** : la dépression touche aussi la sphère somatique. On retrouve une insomnie avec une durée de sommeil raccourcie, des réveils fréquents pendant la nuit, un réveil tôt le matin sans possibilité de s'endormir. On retrouve également à contrario des hypersomnies. Les gens se réfugient dans le sommeil pour ne pas rencontrer la réalité. Les troubles digestifs sont aussi fréquents avec une perte d'appétit, une anorexie, nausées, constipation, etc... Les troubles cardio vasculaires sont aussi présent avec une hypotension artérielle, palpitations, bradycardie (sauf chez les anxieux). Les troubles rénaux sont aussi fréquents notamment la pollakiurie voire oligurie. Il y a une baisse de la libido, une perte d'envie, une impuissance, une frigidité. Sur le plan endocrinologique il y a des perturbations. On remarque aussi des céphalées, des lourdeurs ou rigidités musculaires, une asthénie, des paresthésies, des tremblements, une hypoesthésie, hypotonie, réflexe ostéotendineux diminué.

C/- évolution :

- **Spontanée** : lentement on remarque une évolution positive. On compte les patients qui arrivent à se suicider, ceux qui vont faire un virage maniaque (évolution subite vers la manie uniquement pour les bipolaires) et la rechute. Il y a de forts risques de rechute dans les 6 à 9 mois. Passé ce délai le risque de rechute est très faible. Des récives peuvent cependant quand même apparaître mais n'auront rien à voir avec les précédents états dépressifs. Des patients peuvent guérir de l'état dépressif mais présenteront cependant un syndrome résiduel, ils n'arrivent pas à revenir à l'état antérieur (asthénie, troubles cognitifs et émotivité). Ces patients ont beaucoup plus de risque de faire des états dépressifs récidivants. Enfin d'autres patients qui ont présenté un certain nombre d'états dépressifs vont passer dans la chronicité de la pathologie.

IV/- Formes cliniques :

- **Formes délirantes** :
 - Auto accusation
 - Incapacité
 - Hypochondrie
 - Idées de deuil, de ruine financière,
 - Idées de persécution.
 - Reste cependant monocorde comme idée.
 - Résignation
- **Forme anxieuse** :
 - Agitation anxieuse.