

État dépressif de l'adulte

Pr Jean Louis SENON

La maladie dépressive

- Une maladie fréquente et invalidante
 - en population générale
 - au cabinet du médecin généraliste
 - Aux urgences
 - Dans les services de psychiatrie
- Une maladie trop souvent méconnue
 - par le déprimé lui même
 - par l'entourage
- Une maladie encore trop vécue comme honteuse

Paradoxes de la dépression en 2003 : un problème persistant de santé publique

- Augmentation des dépressions traitées :
 - consommation des AD x 3 en 10 ans
 - 7 AD nouveaux en 8 ans
 - 4 à 8 mois d'attente au cabinet du psychiatre
- mais :
 - taux élevé des suicides et TS (jeunes et âgés)
 - dépressions chroniques invalidantes
 - dépressions résistantes

Histoire des troubles dépressifs

- Ancien testament : périodes dépressives avec culpabilité, indignité, incapacité à agir du roi Saül (VIII^e s. Av J.C.).
- Hippocrate : mélancolie (melas kholé)
- Esquirol (XIX^e s.) : Monomanie expansive et monomanie triste
- Baillarger : folie à double forme
- Falret (1854) : folie circulaire
- Kraepelin (1899) : Psychose Manico-dépressive P.M.D.

Historique des troubles dépressifs

- Années 50 : 1^{ers} antidépresseurs et 1^{ères} conceptions biochimiques des troubles de l'humeur (Delay et Deniker).
- Dépressions endogènes/psychogènes
- Dépressions primaires/secondaires
- 1980 : D.S.M.III, athéorique, descriptif.
- Puis D.S.M.III R., C.I.M. 10, DSM. IV
- Multiplication des travaux sur le trouble bipolaire (TB ou PMD)

Quelques chiffres

- Travail de V. Kovess
- Étude du CEDES, juin 96 : Annick Le Pape & Thérèse Lecomte
- Linden, Lecrubier, Bellantuono, Benkert, Kiskey, Simon : étude OMS en MG : 1996, 15 centres

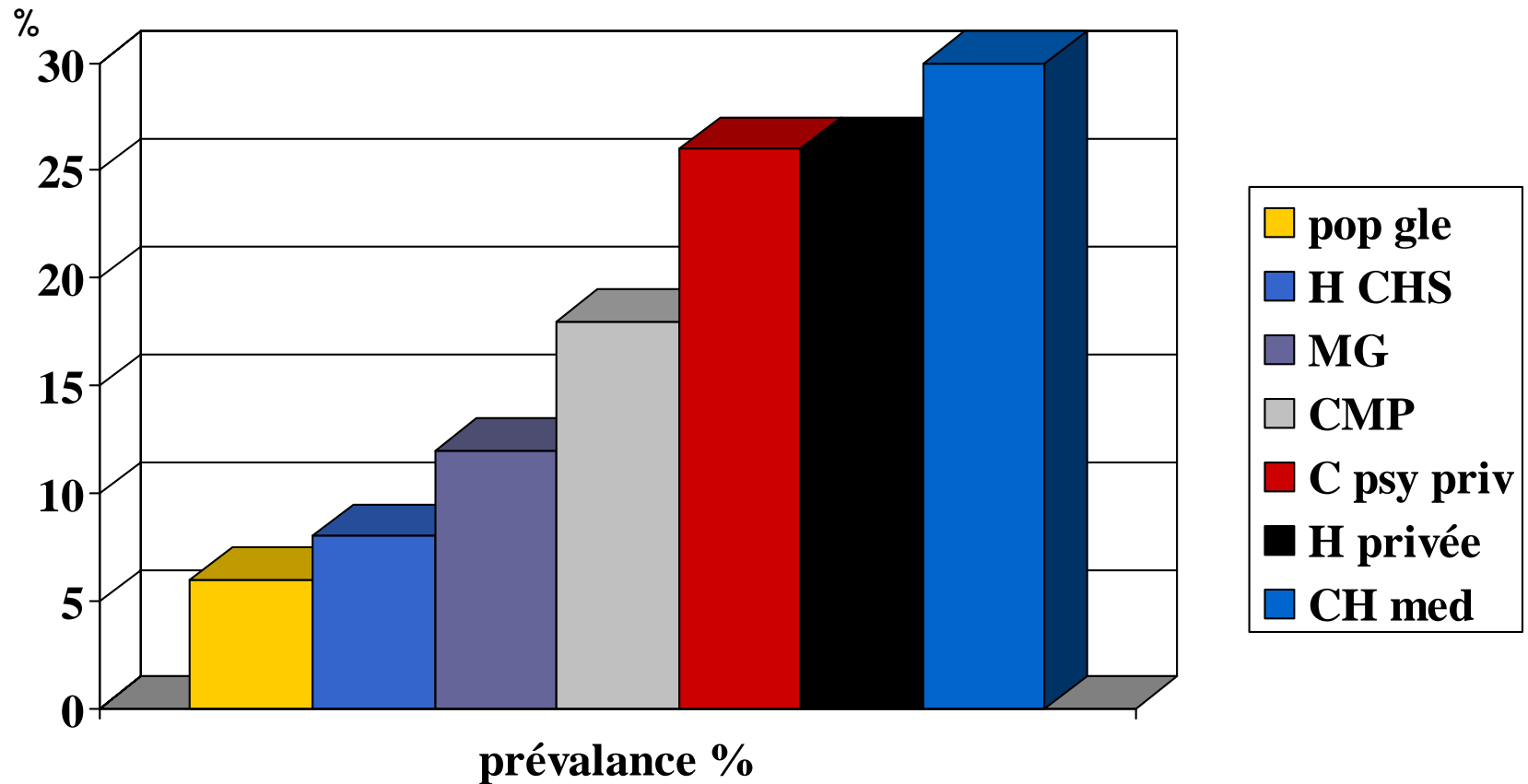
Données épidémiologiques

- 4,7% de la population française
- augmentation de 50% en 10 ans
- inégalité selon le sexe :
 - femmes : 6,7%
 - hommes : 2,6%
- fréquence maximum : 60 à 80 ans

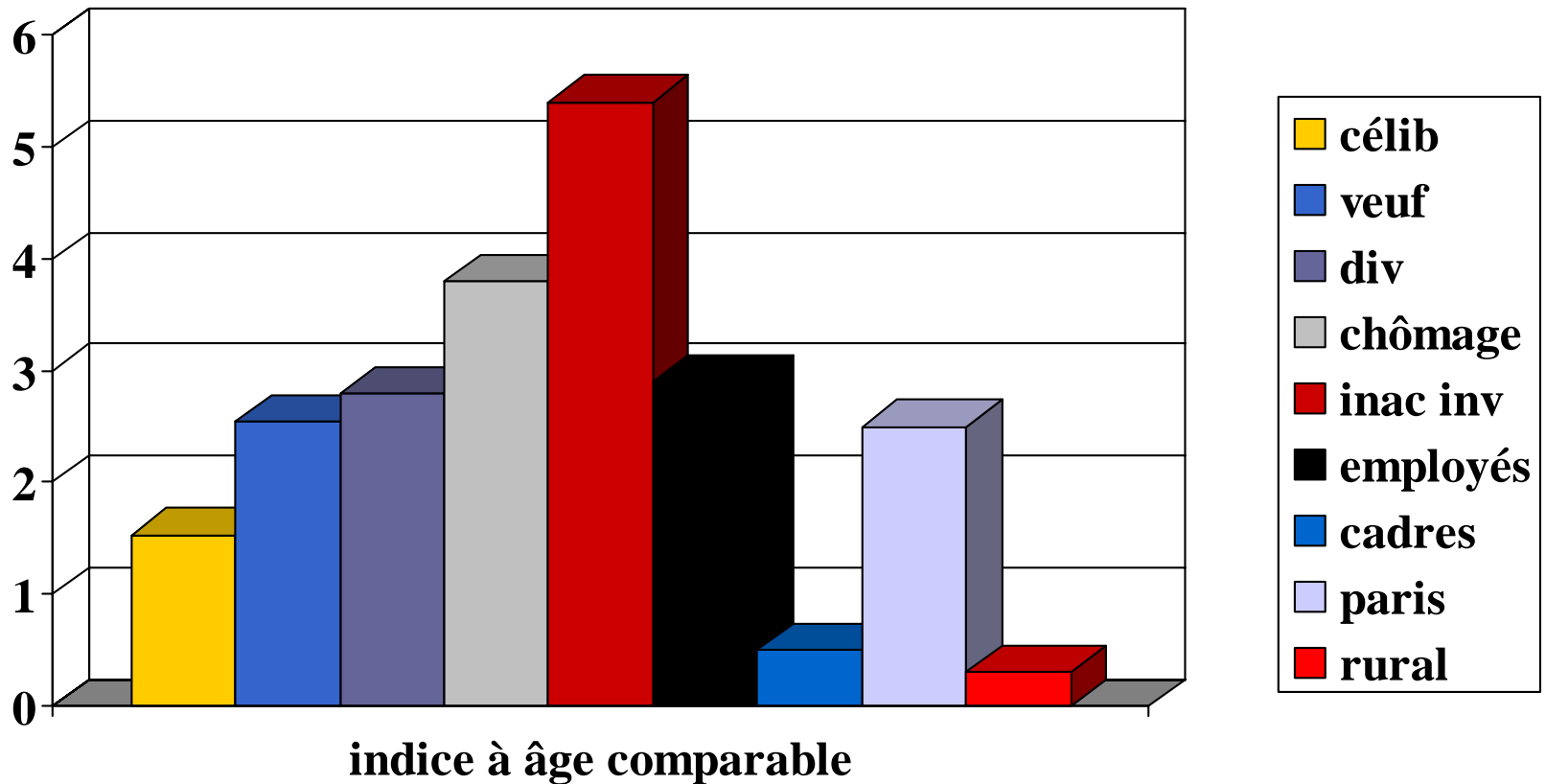
Épidémiologie des troubles thymiques

- 3^e rang des troubles mentaux (derrière troubles phobiques et alcoolisme)
- Prévalence des E.D.M. :
 - 6 mois : 3%
 - 1an : 4 - 5% (H 3%, F 6%)
 - Vie entière : 12% (H 10%, F 22%)
- Prévalence du trouble dysthymique : 3% (vie entière)
- Prévalence du TB (6m, 1 an, v.E.) : 0,5-1%

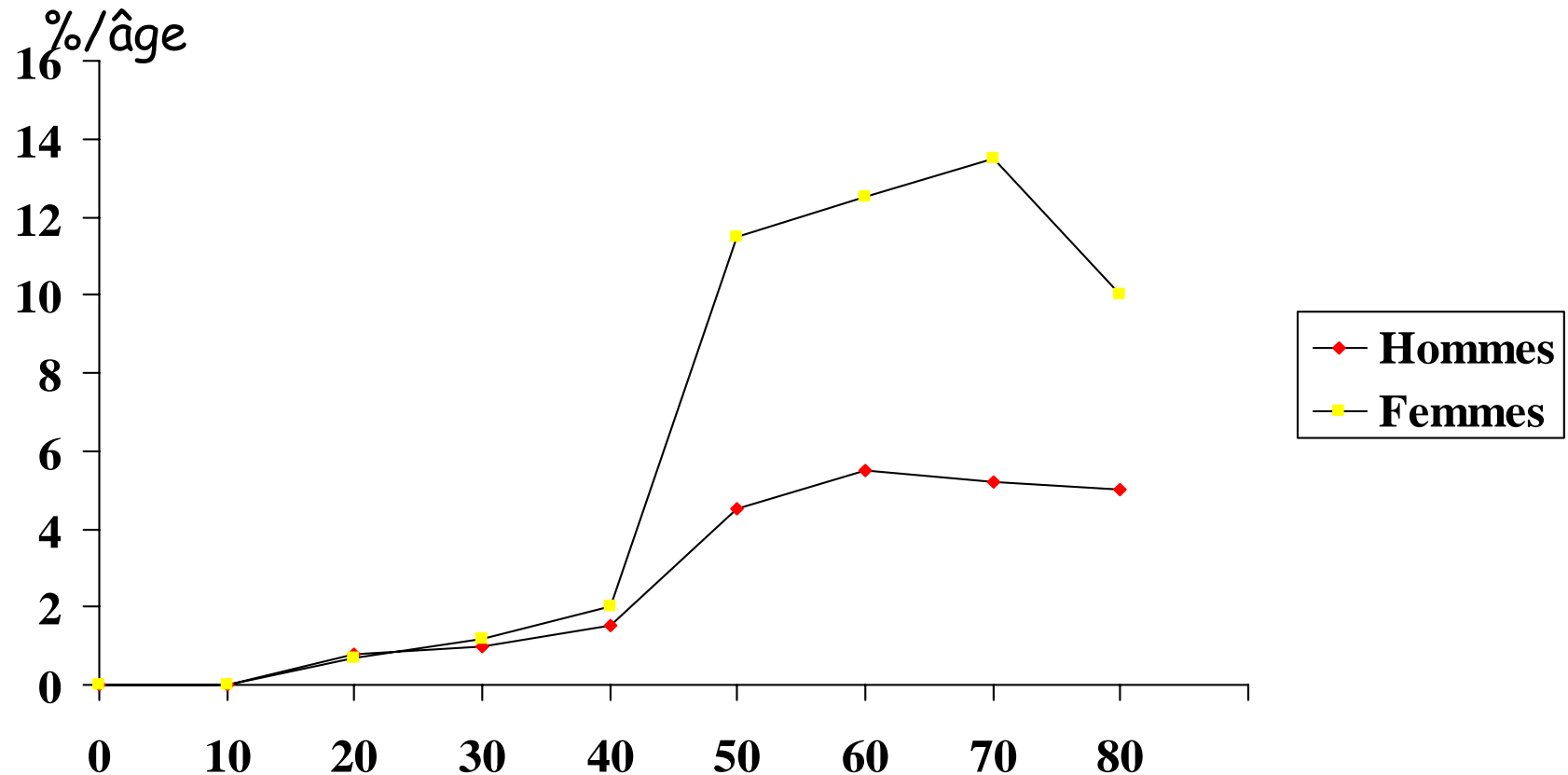
Lieux d'accueil de la dépression



Qui sont les déprimés ?



Sexe, Âge et dépression



Portrait du déprimé français

- Une femme ...
- divorcé (e) ou veuve
- vivant seule
- inactive pour raison de santé ou économique
- ou employée, faibles revenus
- région parisienne

Dépression en MG (Lecrubier, 1996)

- Forte prévalence : 10 à 20%
- Seule la chirurgie cardiaque est plus invalidante
- Mortalité augmentée (polypathologies)
- Identification limitée (2% contre 8,7%)



Dépression reconnue en MG


- Sévérité
- Importance de la détresse sociale
- Événement stressant identifié
- Idées dépressives exprimées spontanément
- Idées de suicide exprimées

Dépression méconnue en MG

- absence de plaintes dépressives spontanées
- trouble somatique diagnostiqué
- âge : 18-24 ans
- absence de raisons d'être déprimé

Reconnaître la dépression

- Un état durable qui tranche avec le comportement des mois précédents
- Un état repérable par le déprimé et ses proches
 - diminution de la concentration et attention
 - diminution de l'estime de soi
 - morosité et pessimisme
 - perturbation du sommeil et de l'appétit
 - idées suicidaires



Dépressions à démasquer

- Plaintes somatiques
- Asthénie, anorexie et boulimie
- Troubles du caractère et du comportement
- Troubles sexuels
- Alcoolisme

Clinique en 2003

- Trois types de dépressions
 - endogènes
 - réactionnelles et névrotiques
 - troubles de l'adaptation à la maladie
- Dépression de l'adulte jeune
- Dépressions du milieu de vie
- Dépressions au 3ème et 4ème âge

Dépression du milieu de vie

- Événement déclenchant:
 - professionnel
 - conjugal
 - familial
- Expression somatique
- Dépression durable et résistante
- Élaboration du nouveau projet de vie

Dépression comme souffrance à élucider

- Poids des événements de vie récents
- Inscription de ceux-ci dans l'histoire du sujet
 - traumatismes précoces
 - abandons et défaillance narcissique
 - retour du refoulé
- Mise en échec des mécanismes de défense



Souffrance à mettre en mots

- dépression comme tentative de réparation d'une communication altérée
- dépression qui mure la souffrance
- dépression qui s'entretient face à la souffrance des proches
- nécessité de la verbalisation
- indispensable psychothérapie

Dépression des 3ème et 4ème âges

- Signes d'appel :
 - bilan de plaintes somatiques, AEG
 - pathologies somatiques
 - troubles du caractère, deuil du conjoint
- Dépression hostiles
- Dépressions abandonniques, syndromes « de glissement »
- Composante narcissique

Dépression à l'union du biologique et du relationnel

- traces biologiques
 - neuromédiateurs
 - endocriniennes
- conséquences somatiques
 - vulnérabilités accrues
- repérage relationnel et comportemental
 - ruptures relationnelles
 - ruptures dans le comportement, incapacités...

Critères diagnostiques d'un E.D.M. (D.S.M. IV)

- Au moins 5 symptômes présents pendant au moins deux semaines (tous les jours ou presque) avec changement par rapport à l'état antérieur.
- Au moins un des symptômes est soit une humeur triste, soit une perte d'intérêt ou de plaisir.

Critères diagnostiques de l'E.D.M.

- Humeur dépressive (irritabilité chez l'enfant ou l'adolescent)
- Diminution de l'intérêt ou du plaisir dans toutes ou presque toutes les activités : anhédonie
- Perte ou gain de poids (5% / mois) ou appétit
- Insomnie ou hypersomnie
- Agitation ou ralentissement psychomoteur
- Asthénie
- Indignité ou culpabilité
- Difficulté de concentration ou indécision
- Pensées de mort, idées de suicide ou T.S.

Critères diagnostiques de l'E.D.M.

- ❑ Pas de facteur organique dans l'initiation et le maintien du syndrome.
- ❑ Il ne s'agit pas d'une réaction normale à la mort d'un être cher (deuil non compliqué).
- ❑ Absence d'idées délirantes ou hallucinations en l'absence de symptômes thymiques marqués.
- ❑ Absence de schizophrénie, de trouble délirant ou psychotique.

E.D.M. Evolution

- Évolution spontanée vers la guérison en 6 mois
- Guérison en 2 à 4 semaines sous A.D.
- 10% à 20% de dépressions « résistantes » avec chronicisation (> 2 ans)
- Virage maniaque sous traitement
- Risque socio-professionnel, socio-familial
- Risque suicidaire

Formes cliniques de dépression

□ EDM mélancolique

- Perte d'intérêt ou de plaisir et/ou non réactivité aux stimuli habituellement agréables avec au moins 3 des symptômes :
 - Qualité particulière de l'humeur
 - Dépression plus marquée le matin
 - Réveils précoces vers 4h du matin
 - Ralentissement ou agitation psychomotrice
 - Anorexie ou perte significative de poids
 - Culpabilité excessive

Mélancolie: Description classique

- Douleur morale profonde
- Désir de mort important. Idées de suicide
- Risque suicidaire majeur
- Faciès triste (« oméga » mélancolique)
- Ralentissement psychomoteur majeur, mutisme ou monodéisme
- Autodévalorisation, autoaccusation, culpabilité, idées d'indignité

Mélancolie. Formes cliniques

- Mélancolie anxieuse
 - Agitée, risque de passage à l'acte
- Mélancolie confuse ou pseudo-démentielle
- Mélancolie stuporeuse
- Mélancolie délirante
 - Thèmes congruents à l'humeur
 - Thèmes non congruents à l'humeur (négation d'organes)

Dysthymie ou dépression névrotique

- Ancien concept de dépression névrotique
- Dépressions durables mineures
- Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, au moins un jour sur 2 depuis au moins 2 ans
- Plus deux des symptômes suivants :
 - Diminution de l'appétit ou hyperphagie
 - Insomnie ou hypersomnie
 - Diminution de l'énergie ou fatigue
 - Baisse de l'estime de soi
 - Troubles de la concentration et indécision
 - Sentiments de désespoir

Autres formes cliniques

□ Dépression masquée

- Par une symptomatologie somatique au premier plan
- Troubles somatoformes du D.S.M. IV
- Souvent algies imprécises, avec variations diurnes et périodiques dans l'année

□ Dépressions saisonnières

- Automne ou hiver
- Asthénie, hypersomnie, appétence pour le sucre
- luxothérapie

Dépression et pathologie organique

- Affection cérébrale organique
 - Parkinson, SEP, tumeurs cérébrales, insuffisance circulatoire, démences, traumatismes craniocérébraux (syndrome subjectif et traits de personnalité)
- Endocrinopathies
 - Cushing, Addison, dysthyroïdies
- Affection générale

Dépression et médicaments

- Neuroleptiques
- Antihypertenseurs centraux
 - alphas-méthyl-dopa (Aldomet), clonidine (Catapressan)
- Oestro-progestatifs
- Glucocorticoïdes
- Cimétidine (Tagamet), baclofène (Lioresal)
- Isoniazide (Rimifon)

Dépression et terrain

- **Enfant, prévalence de 2%**
 - isolement, baisse du rendement scolaire, irritabilité, baisse d'intérêt pour sports, loisirs
- **Adolescent**
 - début d'un trouble dépressif récurrent diagnostiqué à l'âge adulte
- **Sujet Âgé**
 - récursive
 - premier épisode > 50 ans, aspect pseudo-démontiel ou agitation anxieuse, hypochondrie, thèmes délirants de culpabilité, de ruine, d'indignité (mélancolie d'involution)

Dépression chez la femme

- Dépression 2 à 3 fois plus fréquente chez la femme que chez l'homme
 - fonction sociale moins gratifiante
 - plus exposée au veuvage et isolement affectif (espérance de vie plus longue)
 - Facteurs hormonaux ?
- Troubles dépressifs de la puerpéralité
- Préménopause (oestrogènes, FSH)



Psychopathologie

- Processus de deuil, de perte d'objet
- Décompensation d'une personnalité pathologique
- Évènement de vie traumatique

Syndrome maniaque. CIM 10

- élévation de l'humeur hors de proportion avec la situation allant d'une jovialité insouciance à une agitation incontrôlable (exaltation euphorique)
- Augmentation d'énergie avec hyperactivité, désir de parler (tachypsychie, logorrhée) et réduction du besoin de sommeil
- Attention difficilement soutenue et distractibilité
- Augmentation de l'estime de soi avec idées de grandeur et surestimation de ses capacités
- Levée des inhibitions sociales avec conduites imprudentes, déplacées.

Manie avec symptômes psychotiques. CIM 10

- Associées au tableau clinique précédent :
- Idées délirantes (habituellement de grandeur) ou
- Hallucinations (auditives, voix qui parlent directement au sujet) ou
- Agitation, activité motrice excessive, fuite des idées, sujet incompréhensible, hors d'état de communiquer normalement

Syndrome maniaque. Forme typique

□ Début

- après une phase dépressive ou à la suite d'un traitement antidépresseur (virage)
- souvent par une insomnie
- parfois brusque par un acte médico-légal ou dépense inconsidérée

Syndrome maniaque - État

- Agitation stérile, non productive
- Ludisme, théâtralisme, parfois agressivité
- Contact familier, logorrhée, jeux de mots, coq à l'âne
- Labilité affective
- Fabulations mégalomaniaques
- Syndrome somatique
 - insomnie, aménorrhée, déshydratation
- Évolution spontanée en 4 mois

Formes cliniques de manie

- Hypomanie
- Manie délirante (grandeur, puissance, filiation)
- Fureur maniaque
 - agitation, confusion, dangerosité
- États mixtes

Manies symptomatiques

- Manie de deuil
- Médicaments
 - corticoïdes, isoniazide, antidépresseurs
- Toxiques
 - alcool, haschisch, cocaïne, hallucinogènes, amphétamines
- Pathologies organiques
 - syphilis, démence, syndromes frontaux, encéphalite HIV, Basedow, Cushing

État mixte

- Association de signes maniaques et dépressifs :
 - Tristesse de l'humeur
 - Autoaccusation, dévalorisation
 - Excitation psychomotrice
 - Anxiété vive
 - Irritabilité
 - IDS

Maladie maniaco-dépressive

Trouble uni et bipolaire

- Milieu XIX^e
 - Falret (folie circulaire)
 - Baillarger (folie à double forme)
- Kraepelin (1899) : Psychose maniaco-dépressive
- Trouble uni et bipolaire
 - arguments cliniques, génétiques, thérapeutiques

Troubles unipolaires

- Dépressions majeures récurrentes avec ou sans antécédents familiaux (en général après 50 ans)
- Dans la CIM 10 :
 - F33 : Troubles dépressifs récurrents
 - épisode actuel léger, moyen, sévère avec ou sans symptômes psychotiques
 - en rémission
 - Absence d'antécédent de manie (sinon TB)
 - 2 E.D.M. antérieurs, intervalle libre entre

Troubles Bipolaires TB

- Type I : DMI / MDI
- Type II : DmI
- Type III : DM ou Dm, Manie ou hypomanie induite par traitement antidépresseur
- Début entre 25 et 40 ans
- Morbidité de 20% chez les parents du 1er°
 - morbidité entre 50 et 92% chez jumeaux homozygotes

Troubles Bipolaires

- Début brusque, parfois facteur déclenchant
- La fréquence des accès mélancoliques augmente avec l'âge
- Les rémissions avec l'âge deviennent plus courtes
- Bonne réponse thérapeutique en préventif et en curatif

Dépression du sujet âgé

J.P. Clément

Problème de Santé Publique :

- fréquente (prévalence importante)
- présentations variées

- évolution souvent plus longue
- pronostic plus sombre :
- rechutes, récurrences, chronicité
- comorbidité, polymédication
- complications (++)
- coûts de santé élevés si non traitée

Dépression du sujet âgé

J.P. Clément

Problème de Santé Publique :

- mal diagnostiquée (!) (40 % des cas)
- mal et insuffisamment traitée

— => améliorer le dépistage

=> améliorer la prise en charge

-Macdonald (1986) : 235 sujets âgés => 33 % de patients dépressifs, diagnostiqués par GP dans 95 % des cas, mais 10 % traités.

-Dartigues et al (1992) : avec la CES-D, 1185 sujets âgés évalués, 167 considérés dépressifs, 55 sous AD, mais patients dépressifs traités = 20

Dépression du sujet âgé

J.P. Clément

Non traitée :

- Risque de passage à la chronicité
- Non résolution des problèmes somatiques
concomitants ——— -Risque létal
- Allongement du temps d'hospitalisation
- Altération de l'observance thérapeutique
- Traitements AD « efficaces » (à 60 %)
- Trop de sujets âgés dépressifs sont traités
par des « tranquillisants » !
- Affaiblissement cognitif — -Suicide

Prévalence

État dépressif majeur : 2 à 3 % après 65 ans

Dysthymie : 10 à 15 %

Symptômes dépressifs : 1/3

Girling et al (1995) : 1173 sujets, 77 ans et +, prévalence 43 %

Hôpital, institutions : 35 à 45 %

Démences : 0 à 87 % (Jorm et al, 1991 : 45 %)

Dépressions traitées : 4 à 40 % (Copeland et al, 1987 ; Steffens et al, 2000) => environ 20%

Remarques

=> 1 % seulement des sujets âgés
dépressifs se présentent à leur médecin
avec une conscience claire de leur

souffrance pour pouvoir l'exprimer !!

=> décision thérapeutique après
diagnostic = moins de 20 %
- 4 à 14 % entre 65 et 85 ans
- 20 % après 85 ans (!)

Complications de la dépression

- complications somatiques
(vulnérabilité augmentée)
- suicide
- **démence (?)** :
 - facteur de risque ?, prodrome ?,
fortuit ?
 - dépression « traumatique » ?,
variable « traitement » ?,
quid de l'alexithymie ?

Pronostic de la dépression (Murphy, 1994)

- rémission complète = 35 %
 - rémission mais rechute = 22 %
 - aucune rémission = 29 %
 - décès = 14 %
-

Facteurs de risque de mauvais pronostic :

- traitement mal conduit
- symptômes initiaux sévères
- déficit cognitif associé
- maladie physique associée

Facteurs favorisant de la dépression

- .âge
 - .sexe féminin (mais plus de facteurs de risques ! (Sonnenberg et al, 2000))
 - .retraite (réduction des activités)
-
- .veuvage
 - .dates anniversaires deuils
 - .problèmes financiers
 - .isolement, solitude
 - .déficit sensoriel
 - .perte d'autonomie

Facteurs favorisant de la dépression

- .conflits (conjugaux)
- .affection somatique grave
- .mauvais support social
- .changements (de domicile...)

- .conjoint malade (démence...)
- .accident vasculaire cérébral (*localisations frontales gauches et extrémité proximale gauche du noyau caudé*)
- .médicaments
- .certaines maladies somatiques

Dépression du sujet âgé

Affection multidimensionnelle :

- . humeur, élan vital
- . sentiments de bien-être
- . symptômes physiques (physiologie)
- . fonctionnement social (relations)
- . cognition (altérations)
- . pensées (idées fausses)
- . caractère
- . anxiété

Masque somatique

2/3 tiers :

plaintes somatiques prédominantes

30 % des cas : somatisation = symptôme initial

-Symptômes mis en avant : désordres gastro-intestinaux, mauvais état général, douleurs ostéo-articulaires et musculaires, troubles cardiovasculaires

-Déni des sentiments de dépression et absence de tristesse

Masque hypocondriaque

-Plainte : mauvais fonctionnement d'une ou de plusieurs parties de son corps (son ventre ne digère plus, il n'urine pas, son coeur va lâcher, sa bouche est en feu, il a une fatigue intolérable)

-Demande examens et traitements

-Fébrilité, inquiétude, revendications, exigence et polarisation sur soi

-Allure délirante surtout chez les sujets âgés hospitalisés

Masque délirant

- Idées de préjudice, de persécution et parfois de jalousie
- Faits banaux interprétés péjorativement (on s'introduit chez elle, on déplace des objets, on la vole, on lui veut du mal, on en veut à sa morale)
- Délire interprétatif et imaginatif
- Parfois hallucinations auditives ou visuelles
- Pas d'antécédent de même nature

Masque délirant *(suite)*

- Pas de syndrome dissociatif
 - Ni d'automatisme mental pouvant faire évoquer une pathologie psychotique
 - Relations sociales altérées
-
- Possibles comportements quérulents, procéduriers et agressifs

Masque hostile

- Attitude agressive
- Sujet devenu irritable, susceptible, ombrageux, querelleur, coléreux et hostile à son entourage, méfiant, agité et émotionnellement labile

Masque anxieux

- Présentation très riche sur le versant émotionnel
 - Généralement pas d'antécédent anxieux
 - Événement déclenchant fréquent
-
- Accès itératifs d'angoisse inexplicables
 - Inquiétude permanente, parfois reliées à des faits anodins
 - Grande appréhension
 - Impossibilité de se détendre

Masque anxieux (2)

- Ou terrassé par une grande inhibition et d'importantes ruminations
- Il piétine, geint, a peur de tout, se plaint de vertiges, ne veut plus sortir
- Dépendance grandissante/entourage
- Symptômes hystériques possibles (comme une incapacité à marcher ou à déglutir peuvent apparaître)
- Parfois symptômes confusionnels
- Risque : prescription isolée d'anxiolytiques

Masque démentiel

- Dépression pseudo-démentielle
- Vraies altérations des compétences intellectuelles
- Désorientation, amnésie de fixation, expression d'un vide intellectuel, troubles de la concentration, maladresses dans les AVQ, dyspraxies, dysgnosies, discours peu compréhensible
- Comportement souvent perturbé : agitation, déambulation, chute, cris, akathisie ou figé, mutique, confiné au lit

Masque conatif

- Centré sur la démotivation
- Désengagement affectif et relationnel,
- Inutilité d'être, renoncement
- Négligences/soi, autrui et environnement
- Régression => dépendance
- Perte de la volonté, de l'amorçage de l'action, grande apathie
- Forme fréquente en institution
- Anhédonie souvent importante

Dépression vasculaire

- Ralentissement psychomoteur ++, apathie +, signes frontaux, incapacité AVQ, moins d'introspection
- Atteinte ~~systems~~ préfrontaux ou de leurs modulateurs par lésions macroscopiques ou par accumulation de microlésions qui, au-delà d'un certain seuil critique, aboutissent à un hypofrontalité
- Intérêt traiter facteurs de risque cérébro-vasculaires pour prévenir de cette forme de dépression du sujet âgé

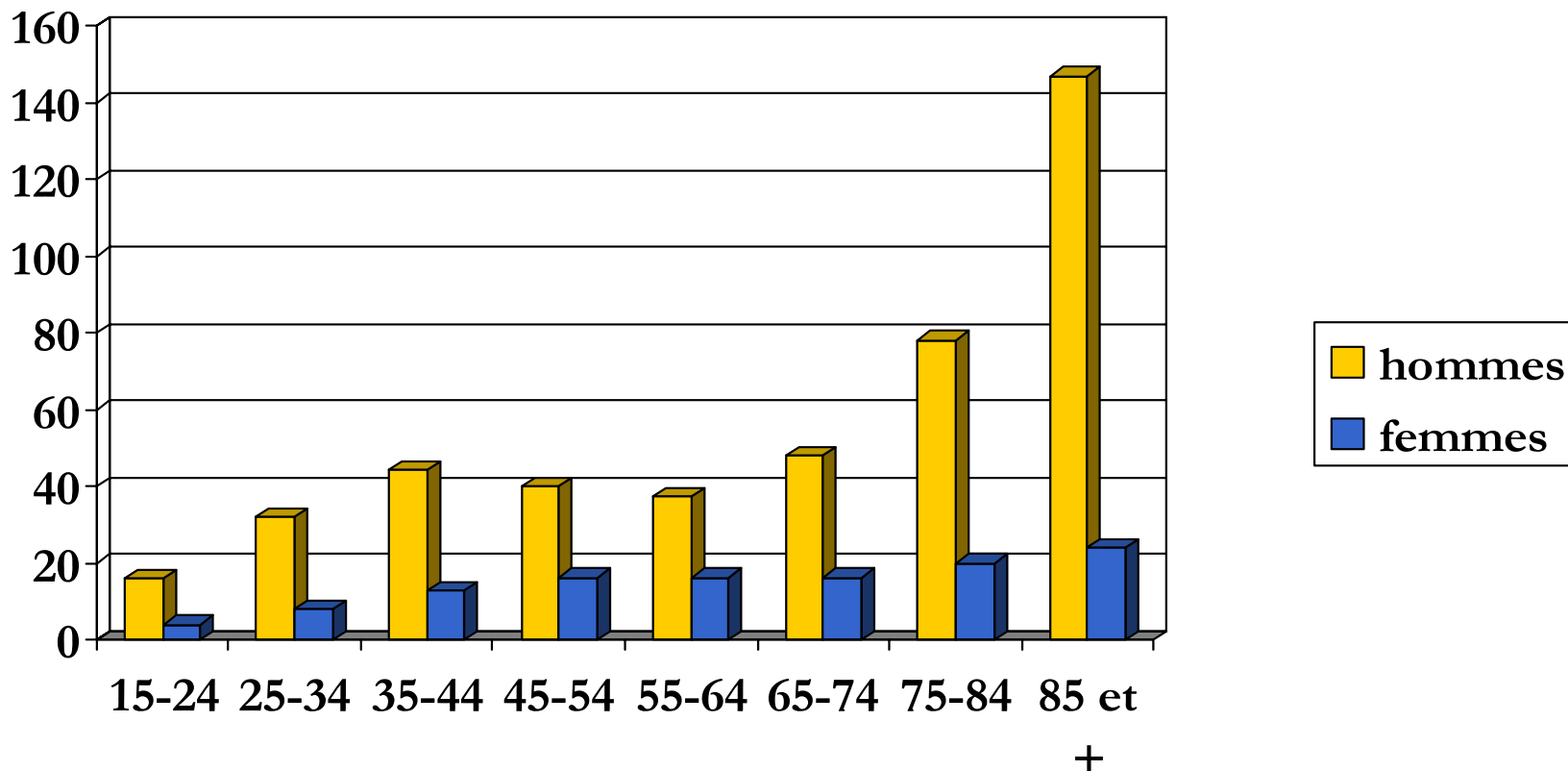
Troubles dépressifs et suicide

	n	% EDM
Robins 1959	134	47
Dorpat Ripley 60	108	30
Barraclough 74	100	70
Helgason 1979	61	59
Londqvist 1985	45	51
Sundqvist-Stensman	523	40
Modestin Kopp	149	50
Chynoweth 91	135	55
Cheng 1995	116	90

Épidémiologie générale

- 120 000 TS / an en France
- 12 000 suicides /an : plus de deux fois plus de décès masculins
 - 8 800 hommes
 - 3 169 femmes
- 1ère cause de mortalité pour les 25-34 ans

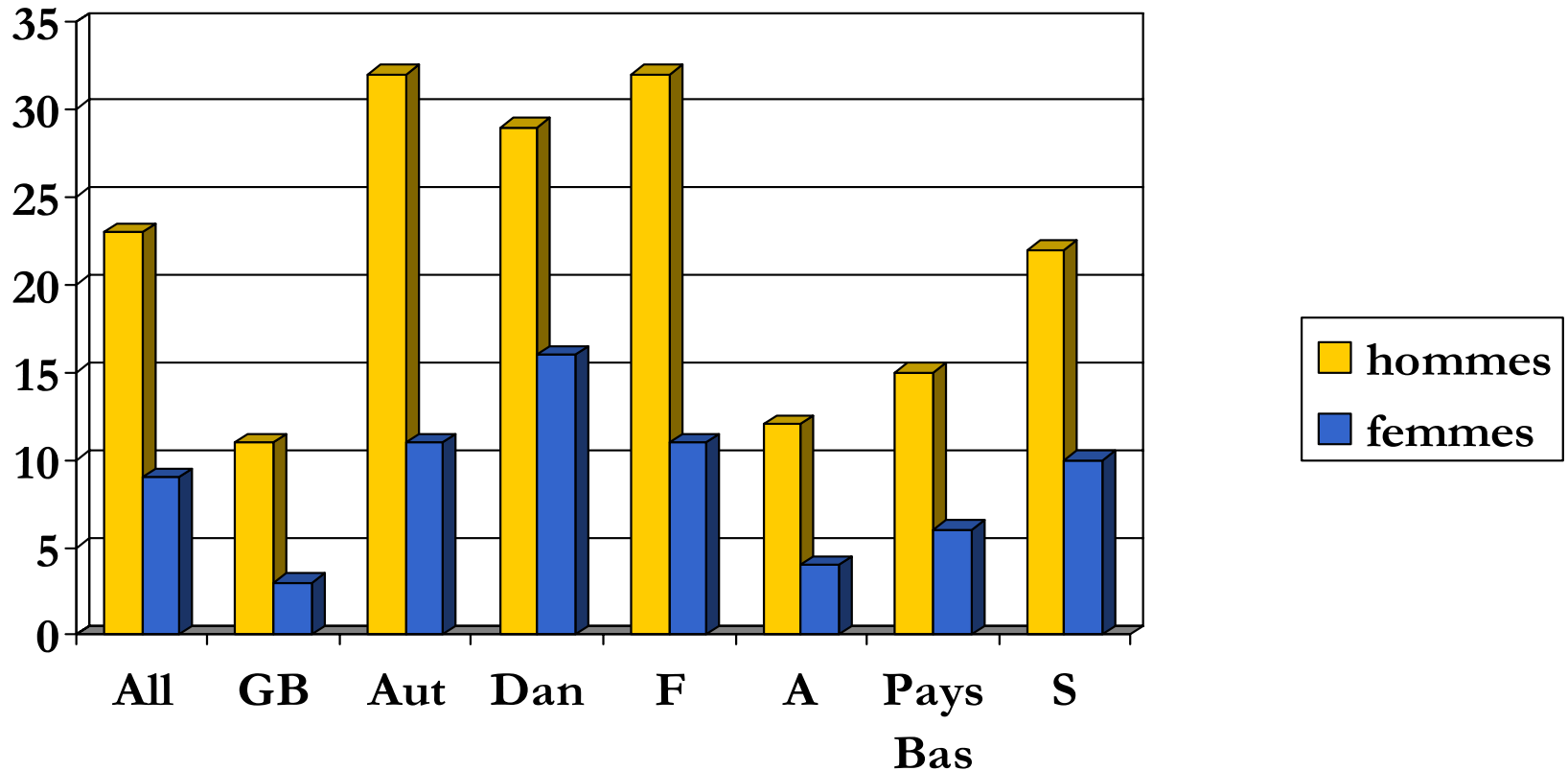
Taux de suicide par sexe et âge



Évolution du taux de suicide

- Après 1970 augmentation générale
 - 38% d'augmentation entre 1975 et 1985
 - Chez les plus âgés, l'augmentation a été plus importante pour les femmes que les hommes
- Dans les pays développés :
 - La France est parmi les pays les plus touchés
 - Suicide des adolescents et adultes jeunes préoccupant depuis 1970 en Europe et USA

Taux comparatifs de suicide dans les pays développés



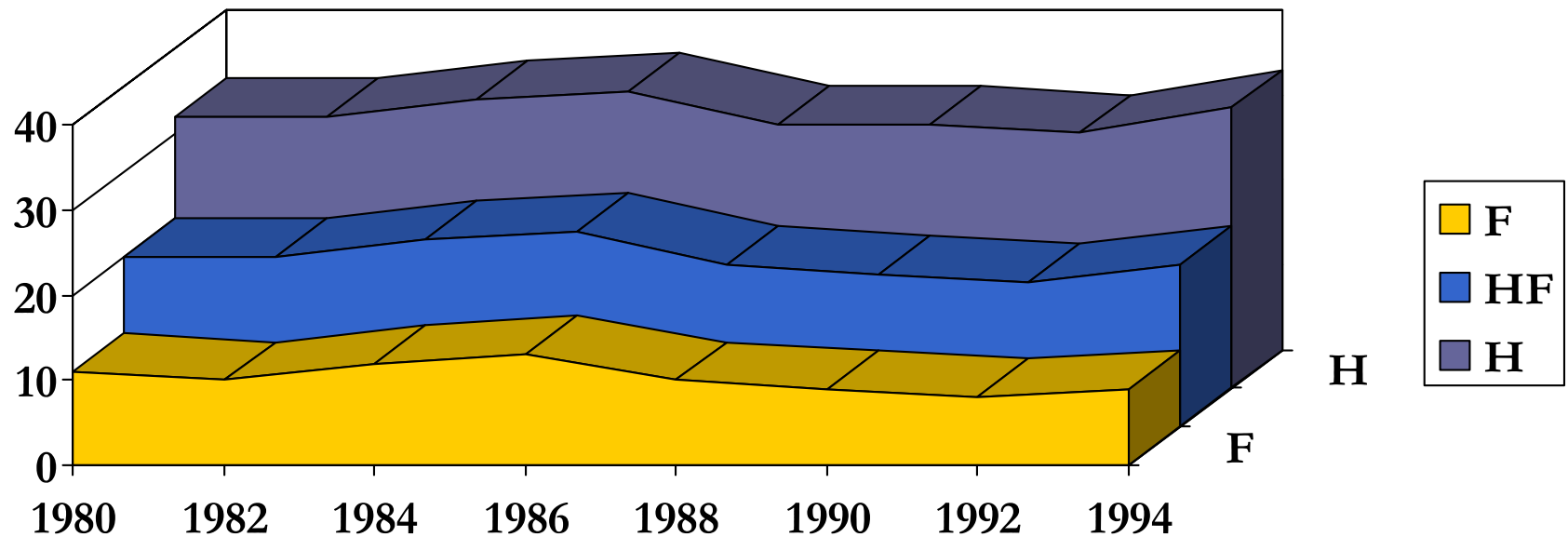
TS : augmentation de l'incidence puis stabilisation

- 1981 : France :
 - 140 pour 100 000 hommes
 - 260 pour 100 000 femmes
- Europe :
 - 220 pour 100 000 hommes
 - 460 pour 100 000 femmes
- Augmentation des TS dans les années 1970
- Stabilisation depuis 1980 ?

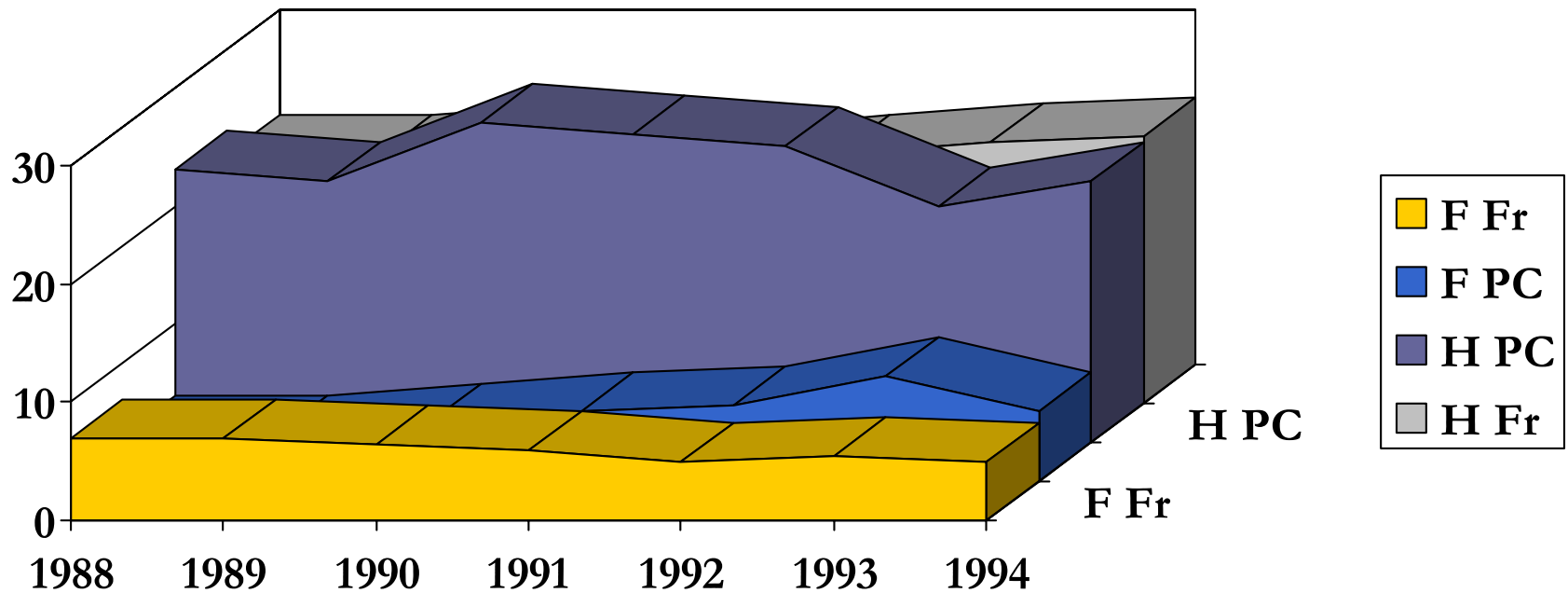
Suicide et TS

- France : 7ème rang de la mortalité par suicide : 20,1/100.000
- Nb de décès par suicide supérieur aux AVP
- 1994 : 12.041 décès par suicide :
- Mortalité par suicide : 3H ou 1F
- Entre 15 et 24 ans le suicide représente la 2ème cause de décès
- Entre 25 et 34 ans c 'est la 1ère cause de décès

Mortalité par suicide : France



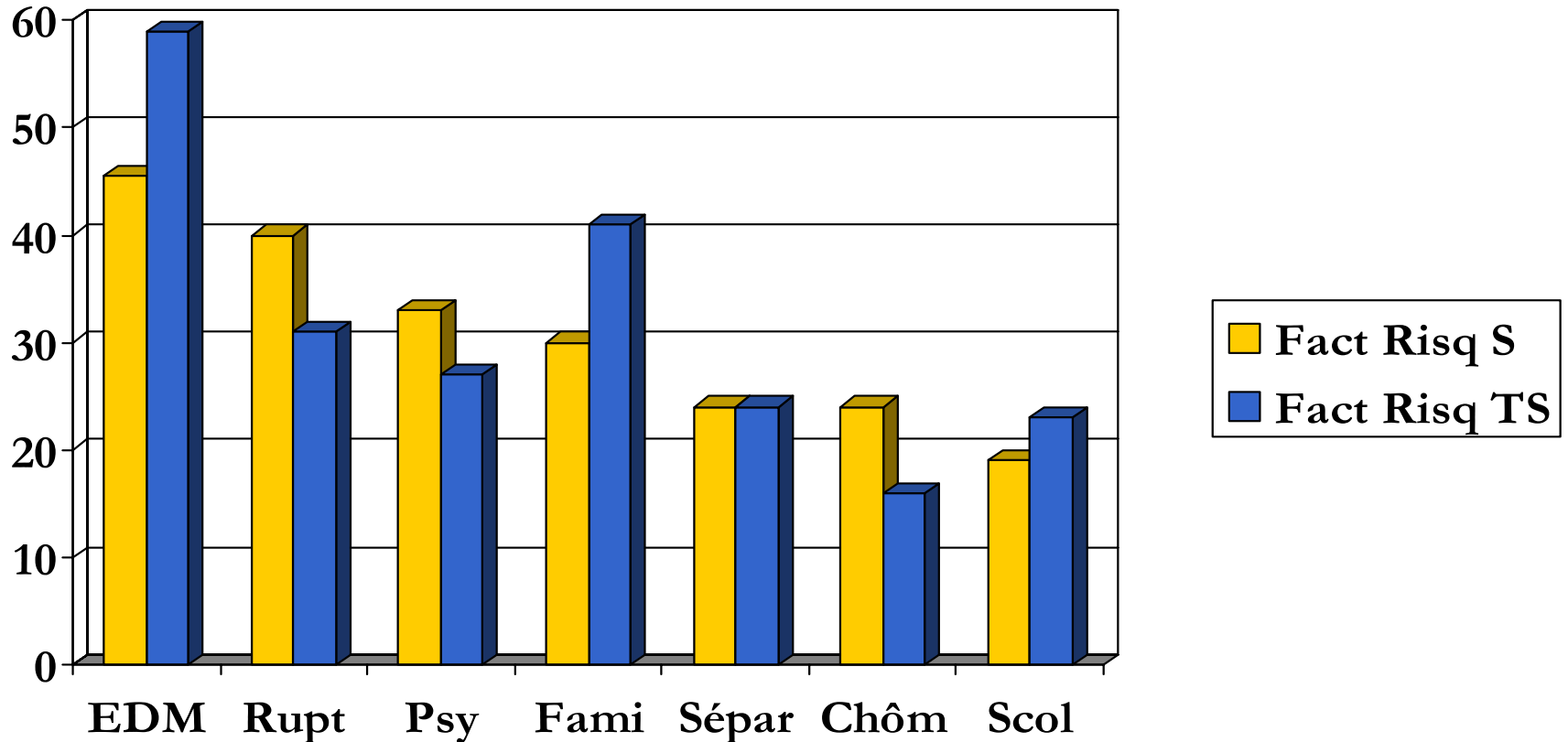
Poitou-Charentes/ France



Poitou-Charentes

- 11% : femmes de 15 à 24 ans
- 13% : hommes de 15 à 24 ans
- 15% : femmes de 25 à 34 ans
- 19% : hommes de 25 à 34 ans
- décès par suicide : 3H pour 1F
- 1996 : 414 décès dont 17%
d'adolescents et adultes jeunes (70)

Enquête Union Régionale des Médecins libéraux 1998, 651 médecins, 229 S



Délai entre dernière C et S URML PC 98

- 14,2% ont consulté un médecin dans la semaine précédente de S ou TS
- 15,4% ont consulté un MG dans la semaine précédant le geste
- 45,1% ont consulté un médecin dans le mois précédant
- 46,9% ont consulté leur MG dans le mois précédant

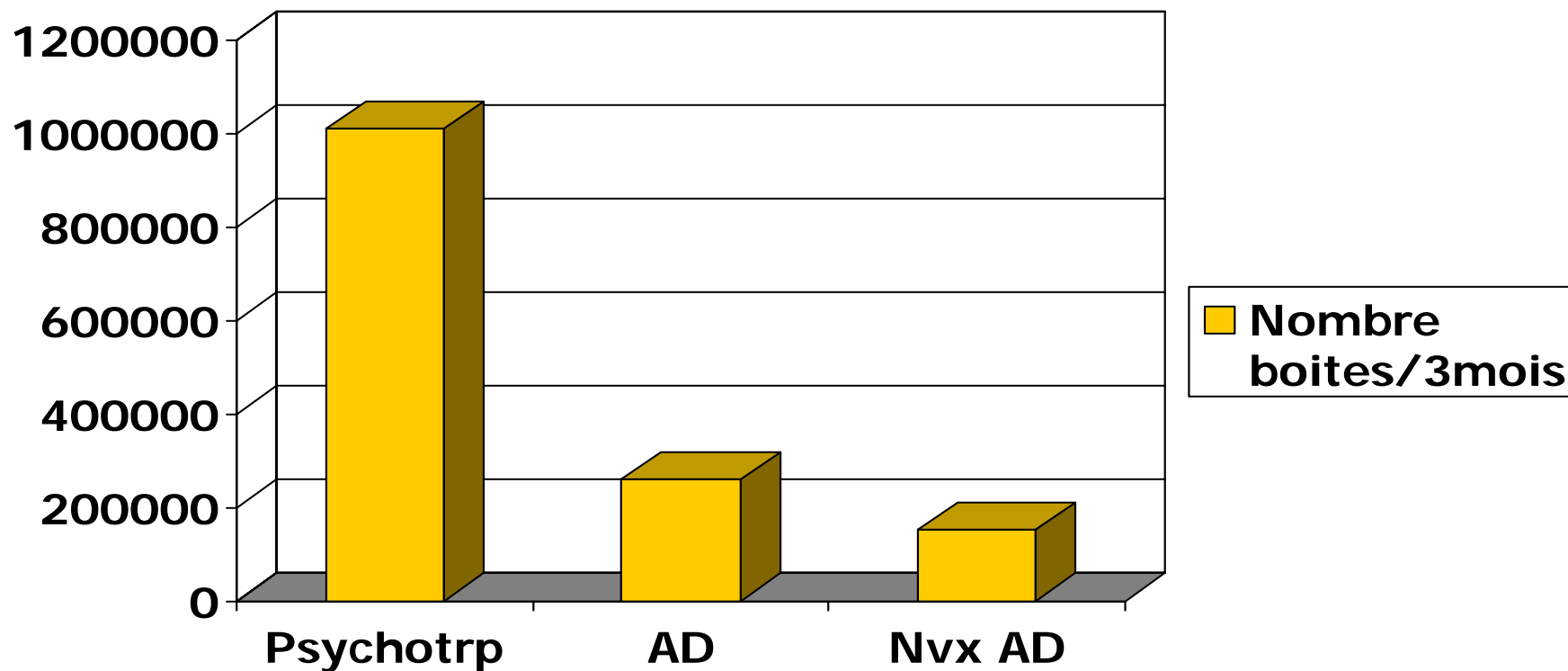
Prescription des Nouveaux antidépresseurs

URCAM

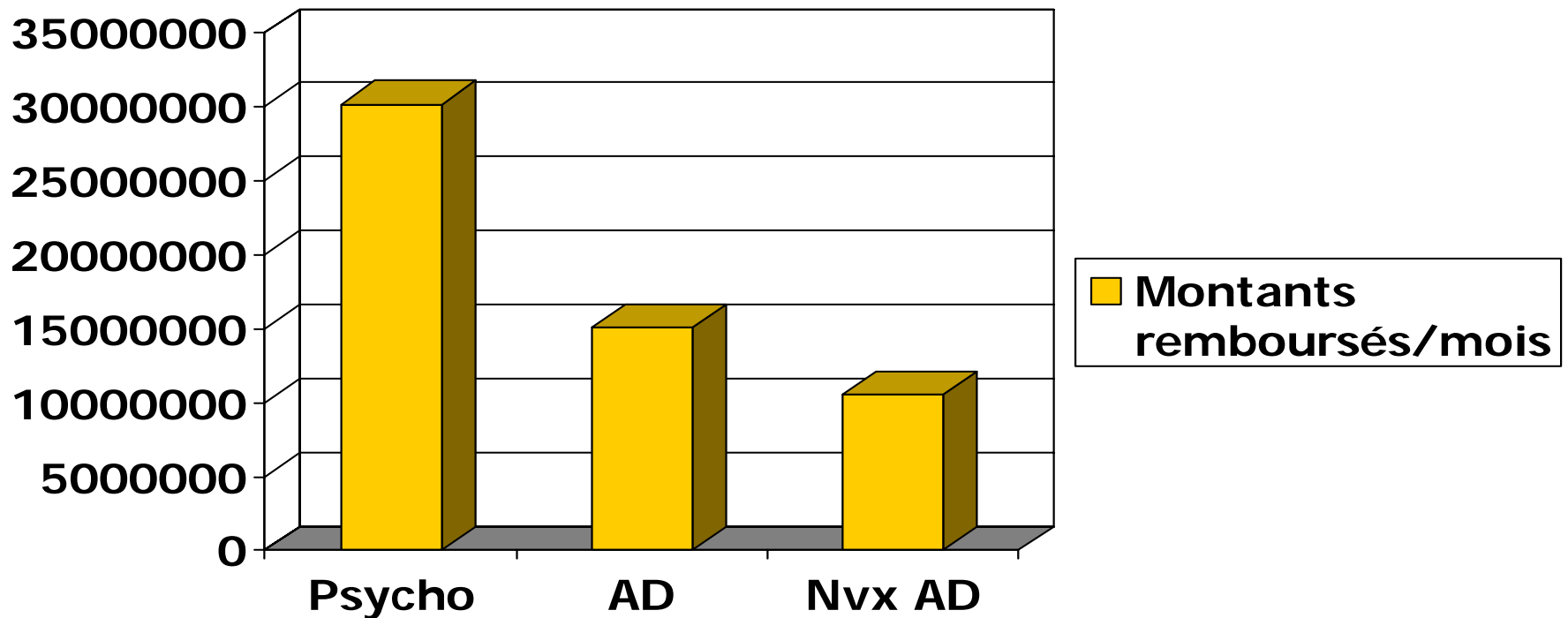
Journées de la Santé

La Rochelle

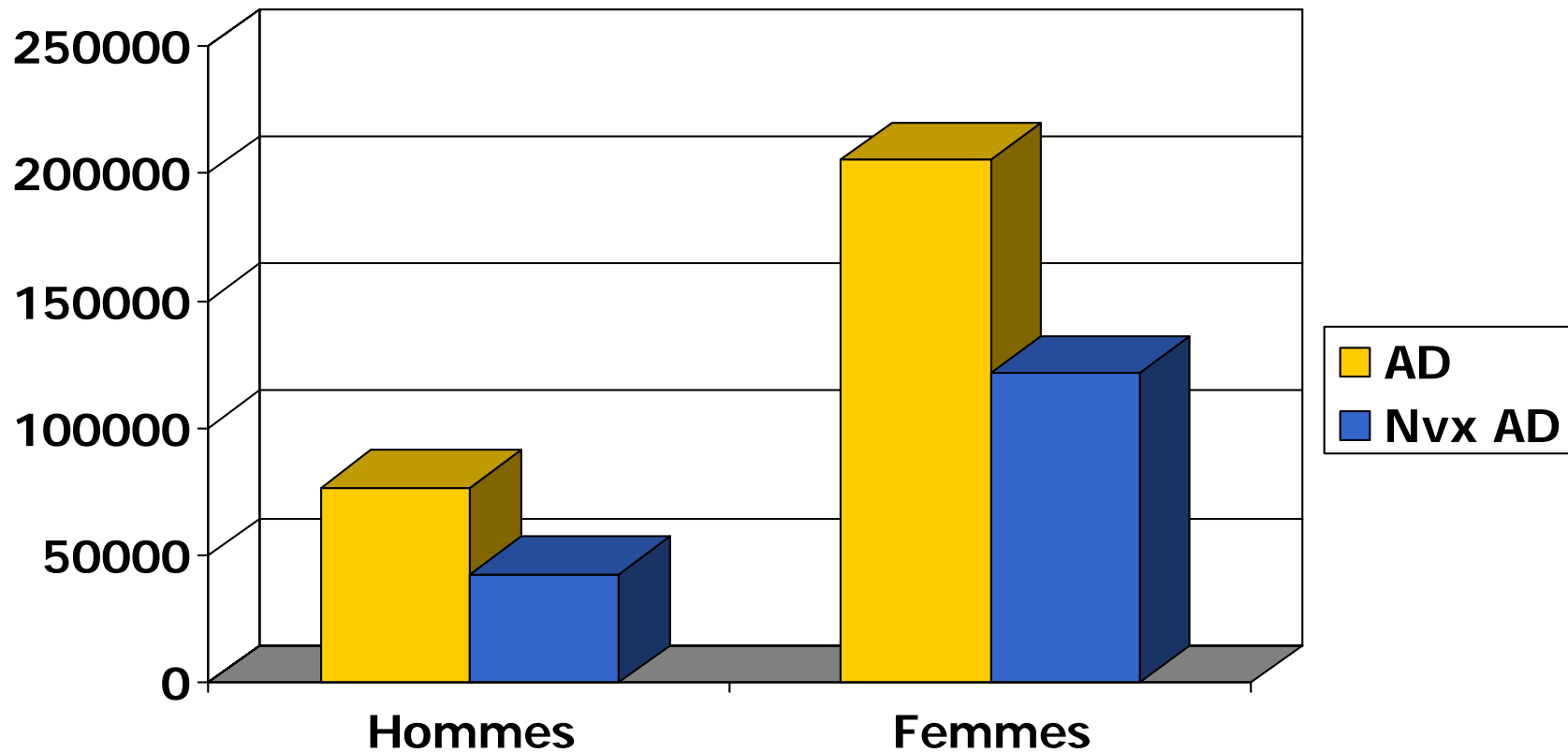
Prescription en nombre boites/3 mois



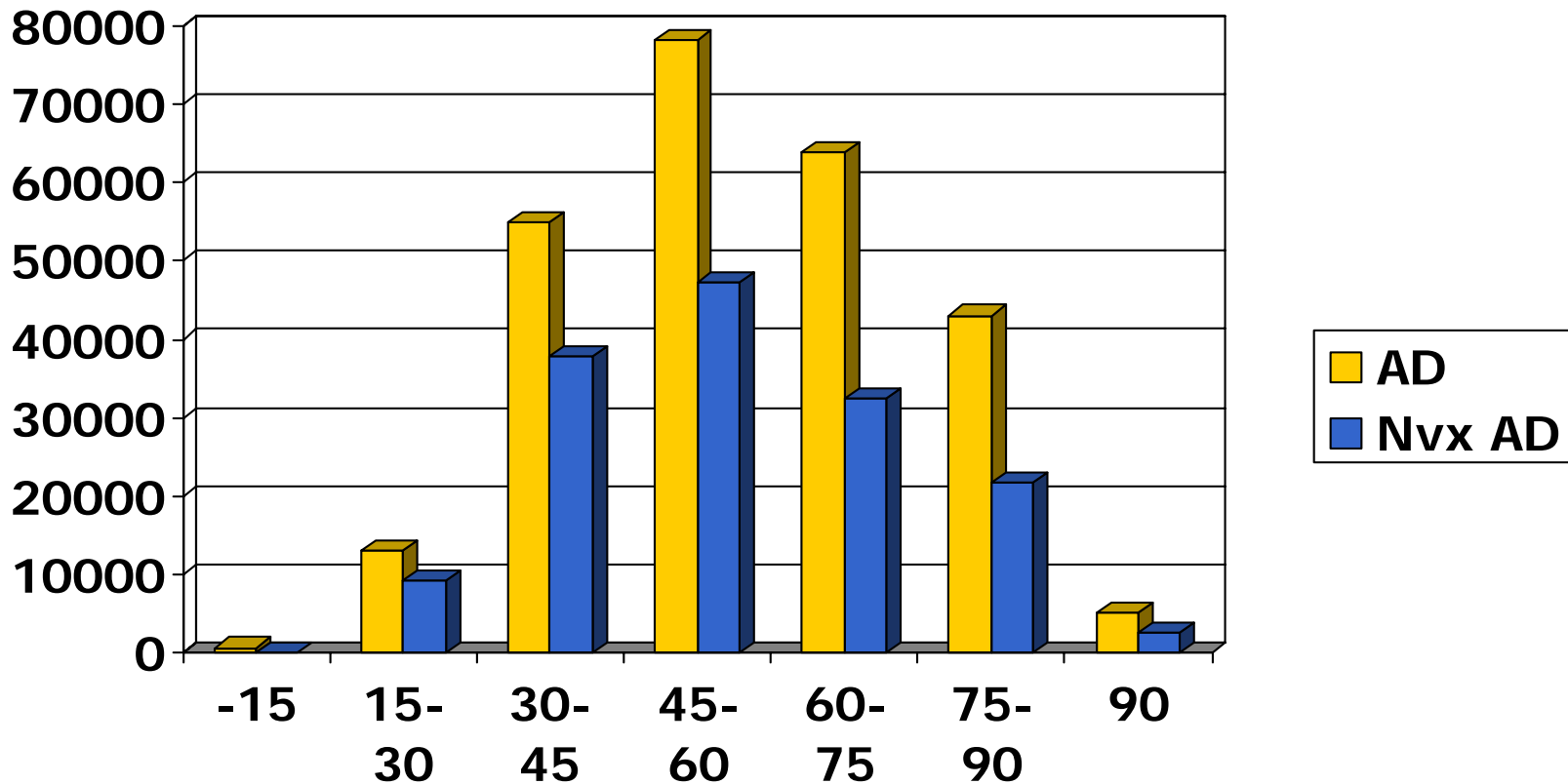
Montants remboursés



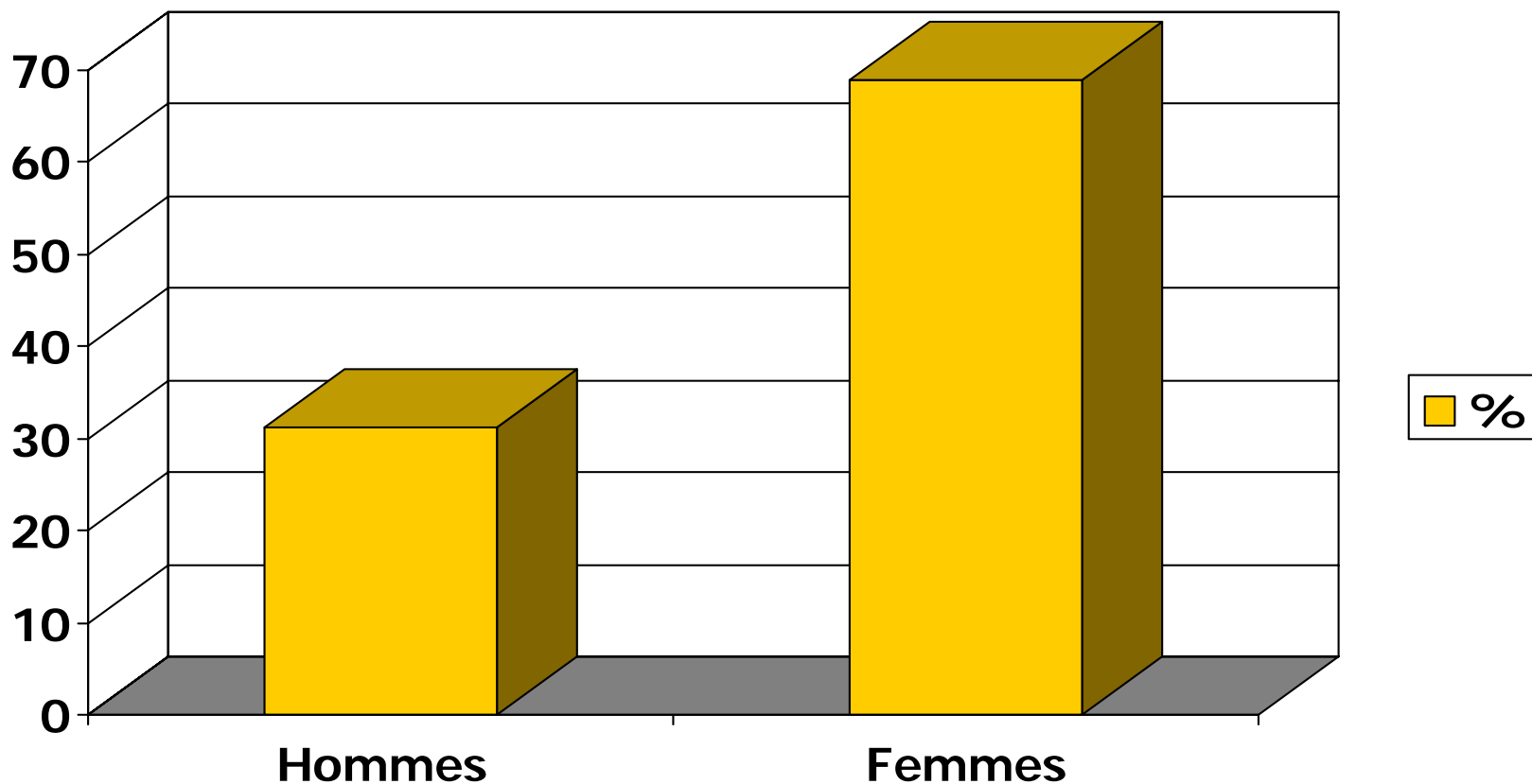
Sexe, AD et nouveaux AD



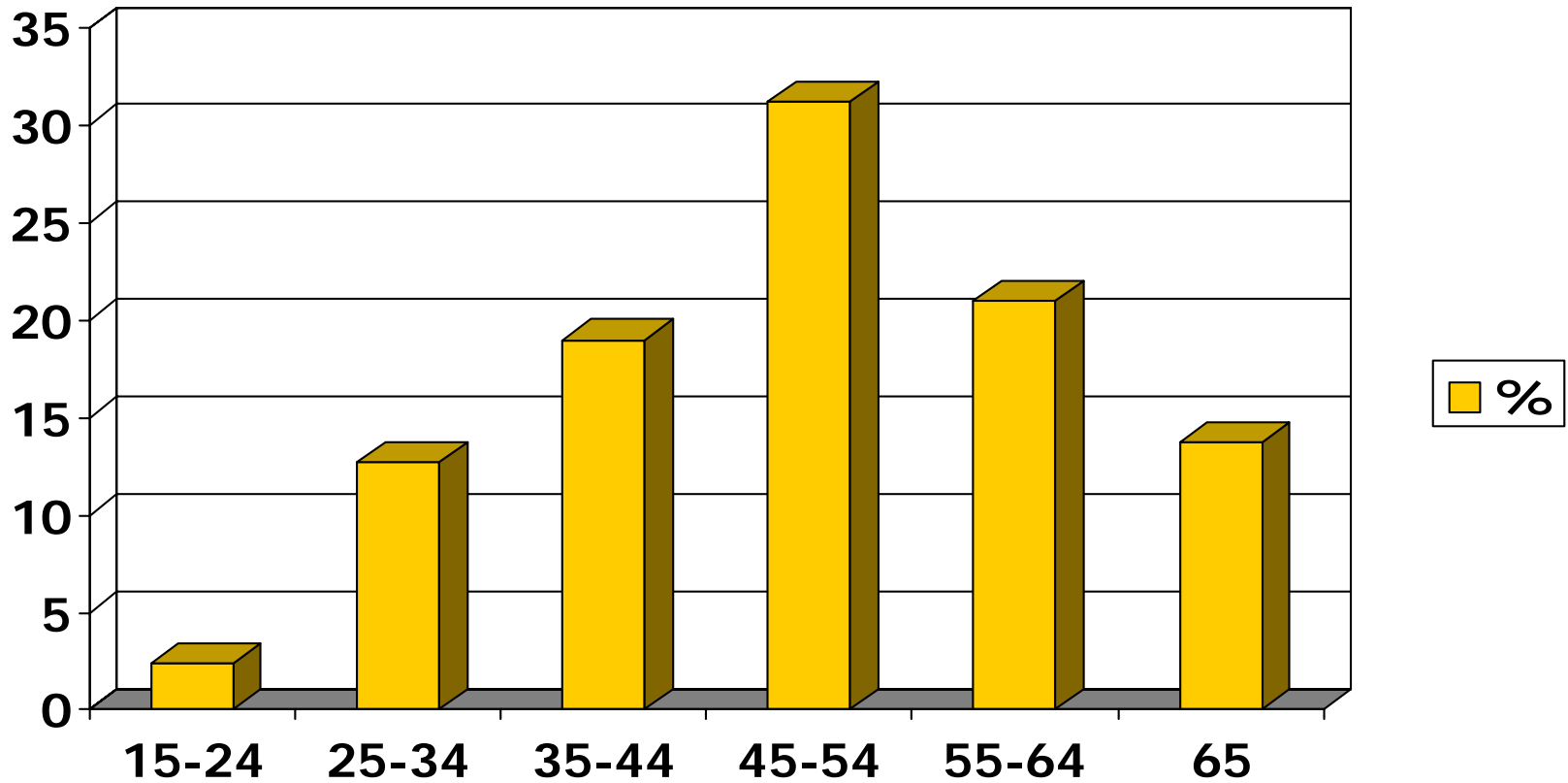
Âge, AD et nouveaux AD



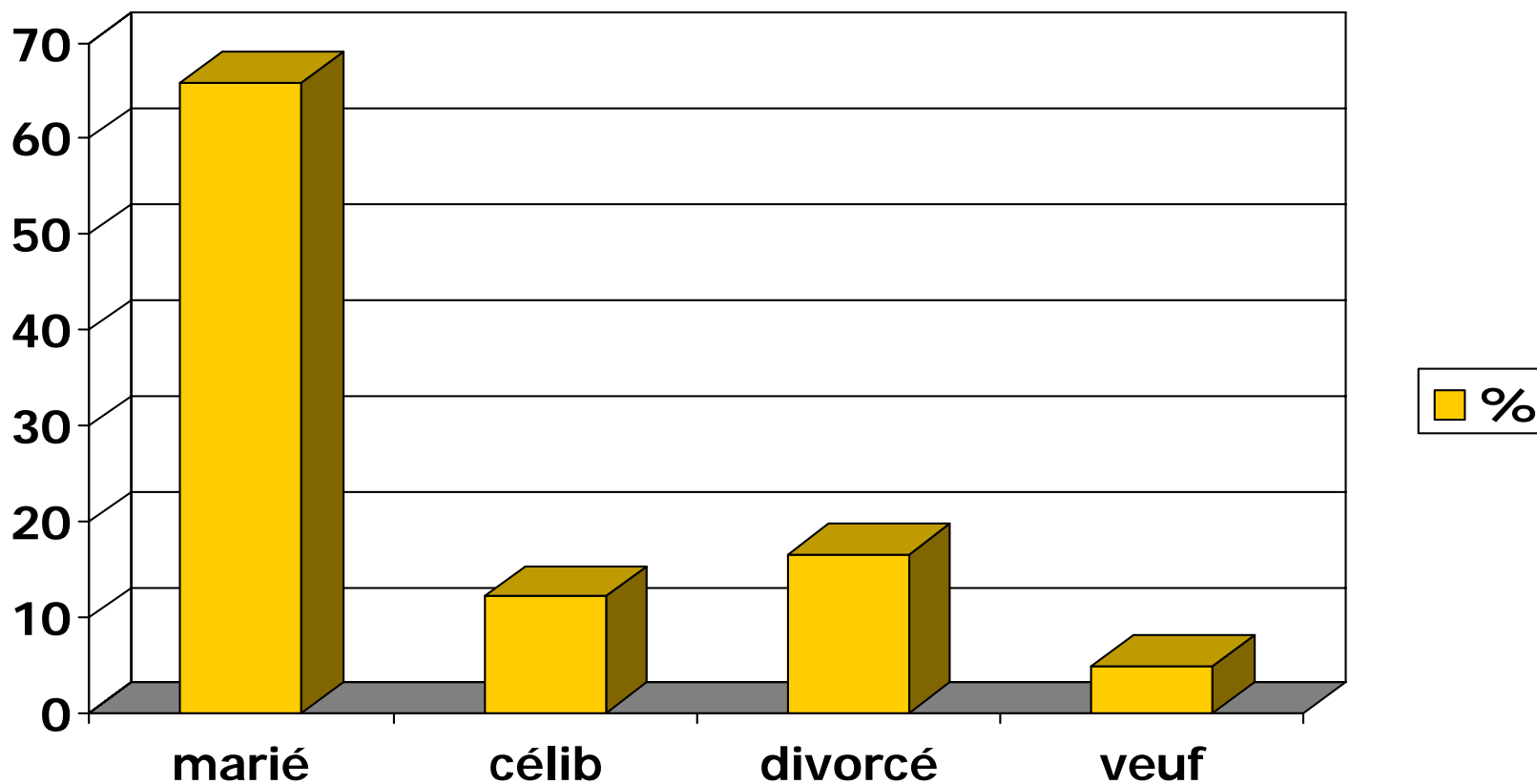
Distribution par sexe (n=205)



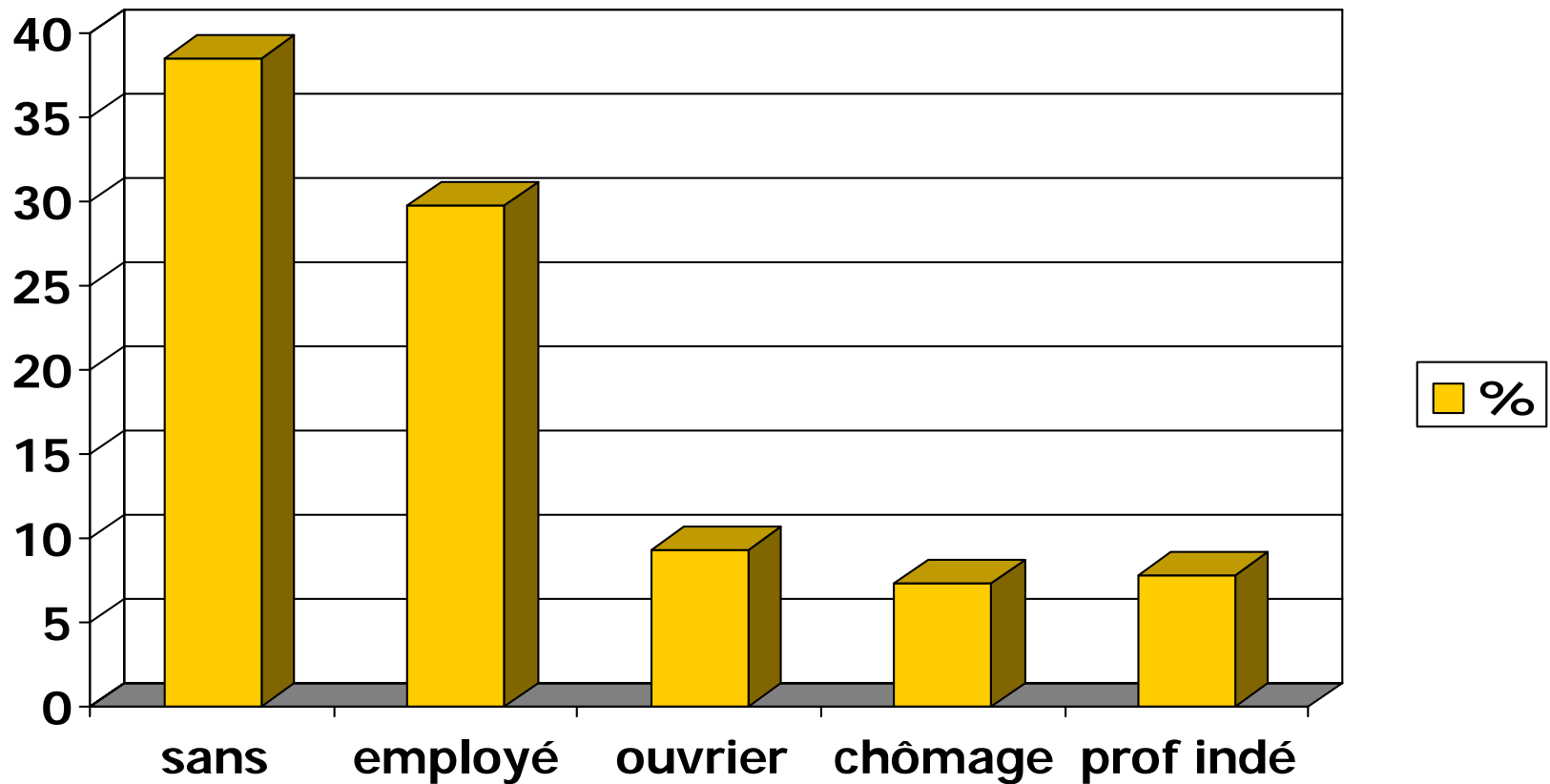
Distribution par âge (n=205)



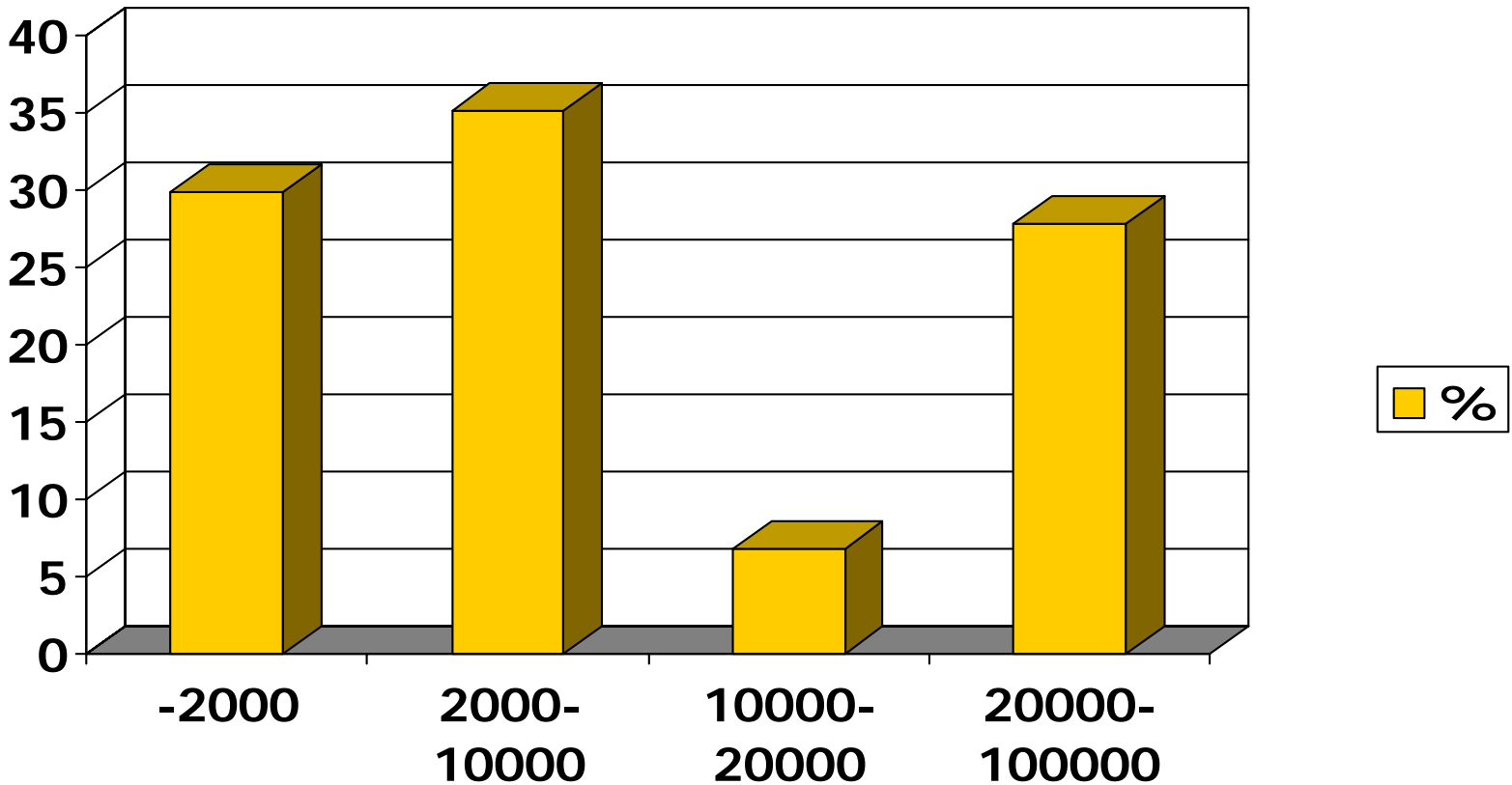
Statut marital



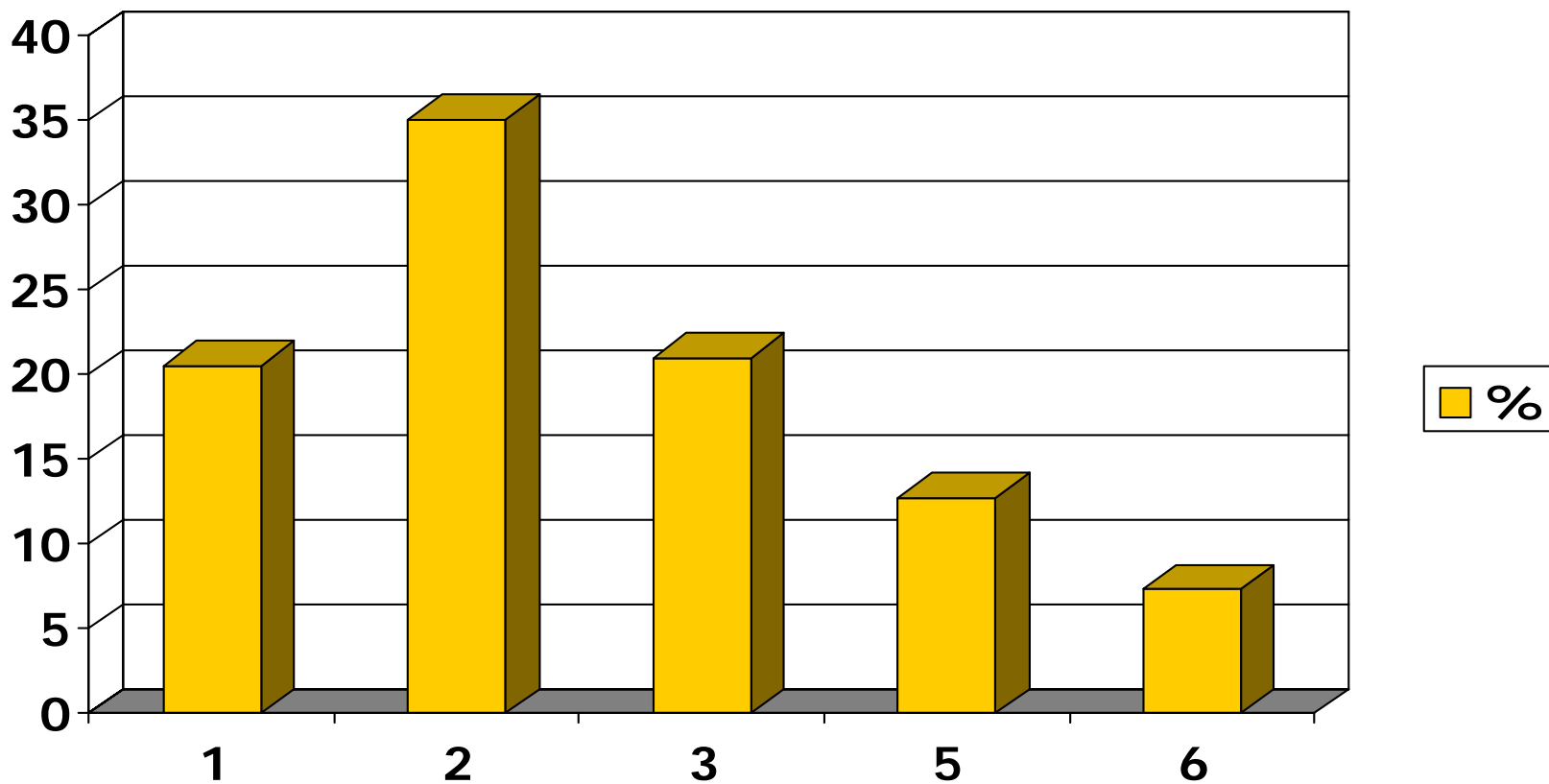
Catégorie socio-professionnelle



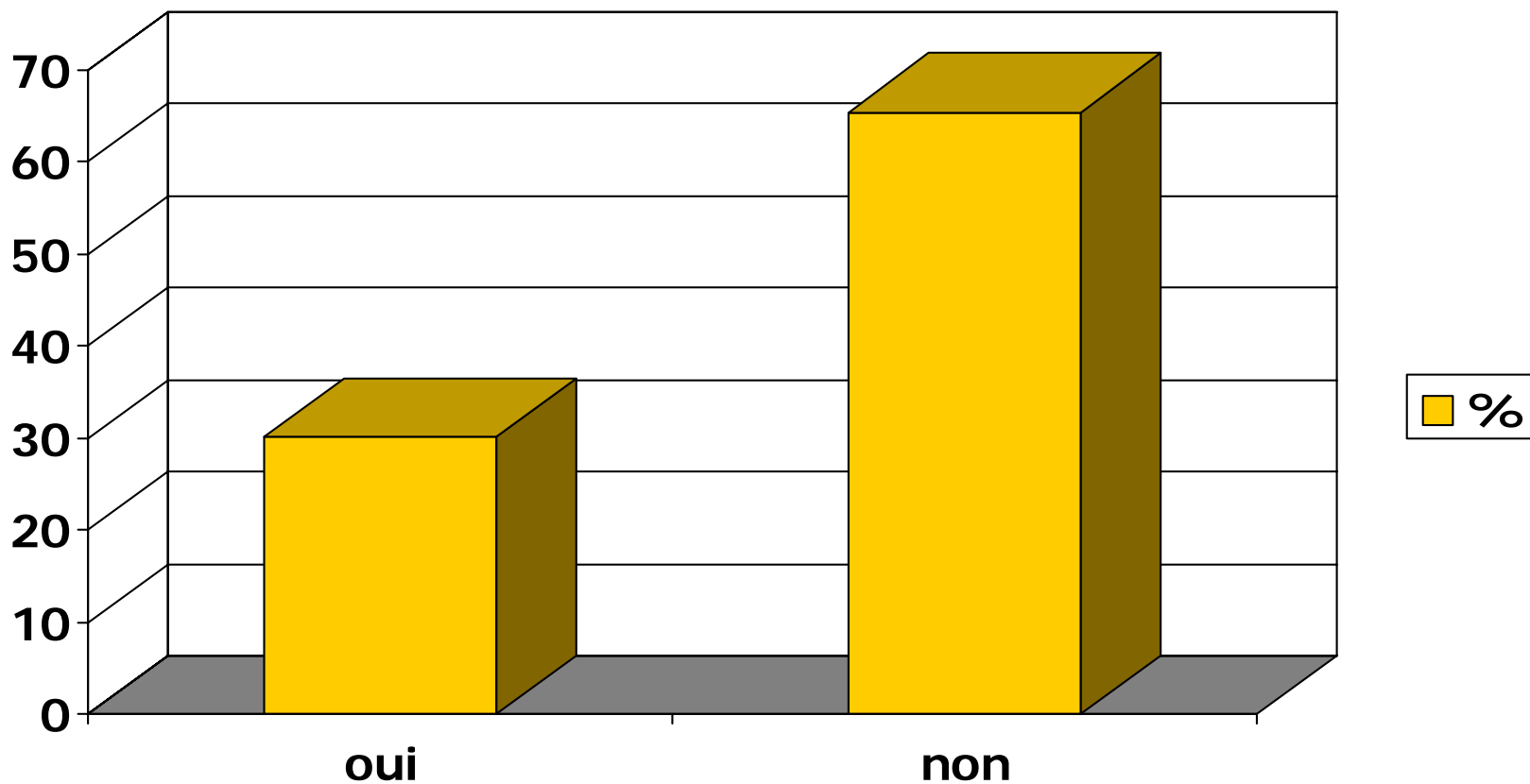
Lieux de résidence (nb habitants)



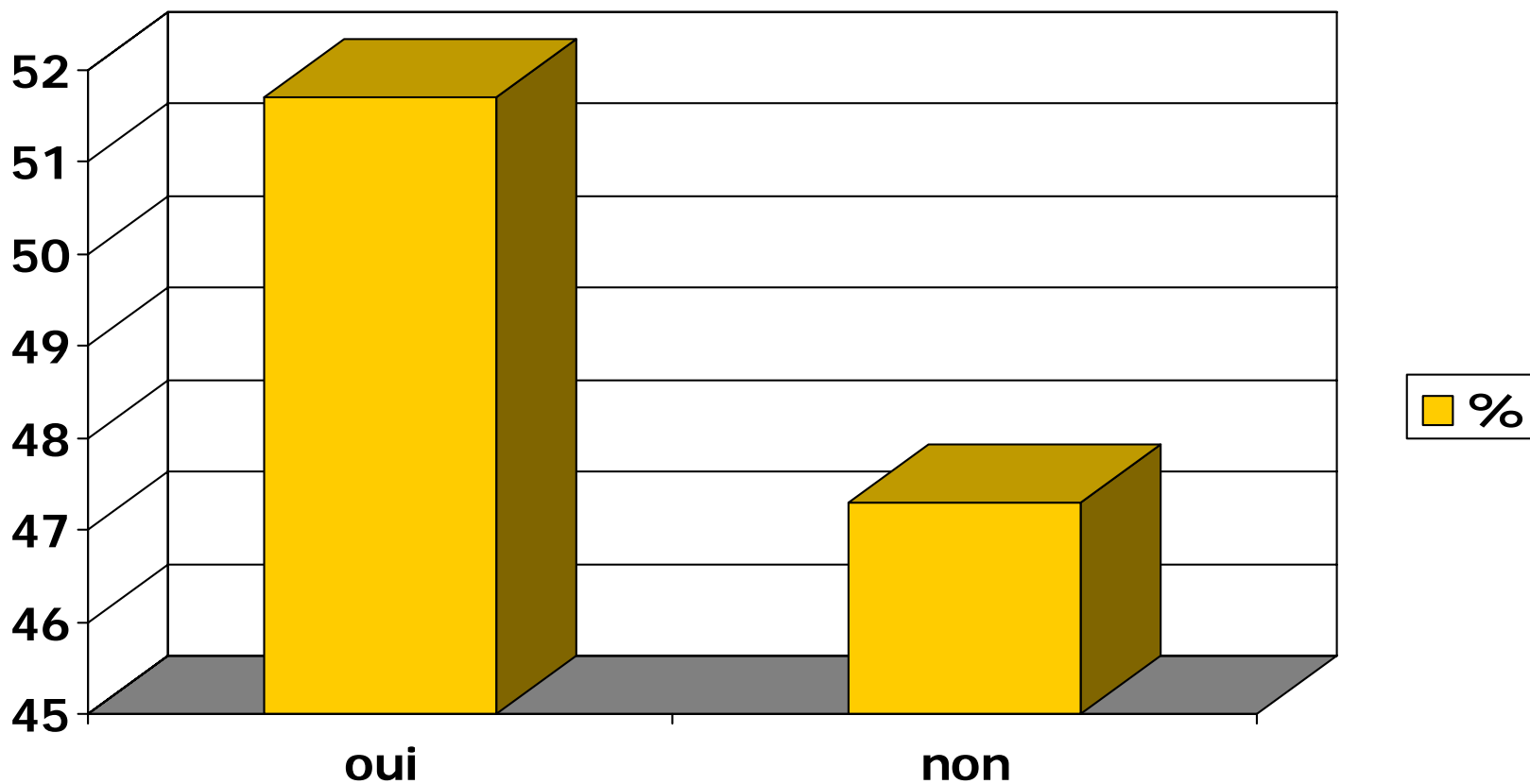
Nombre de personnes au foyer



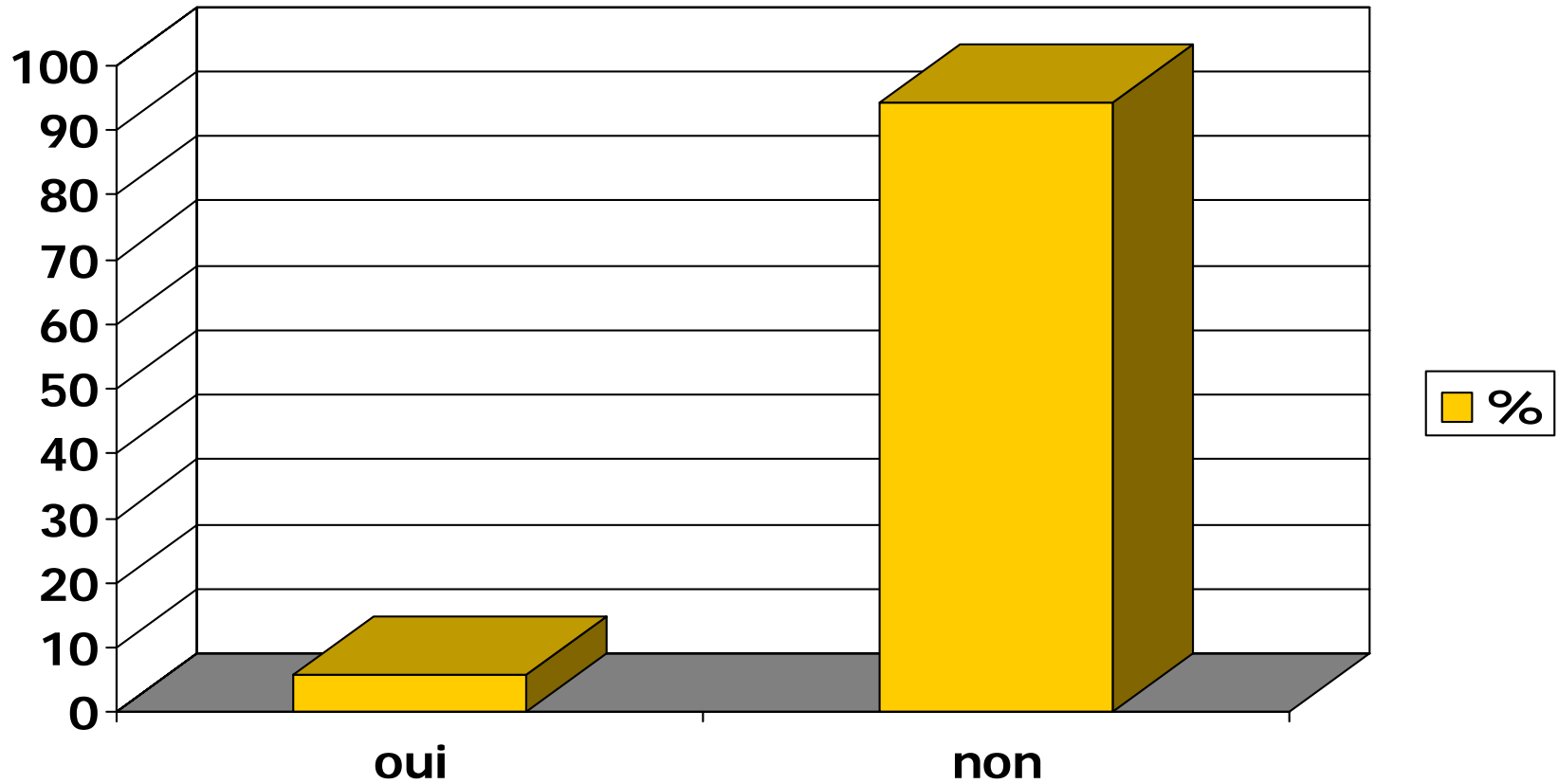
Antécédents psychiatriques familiaux



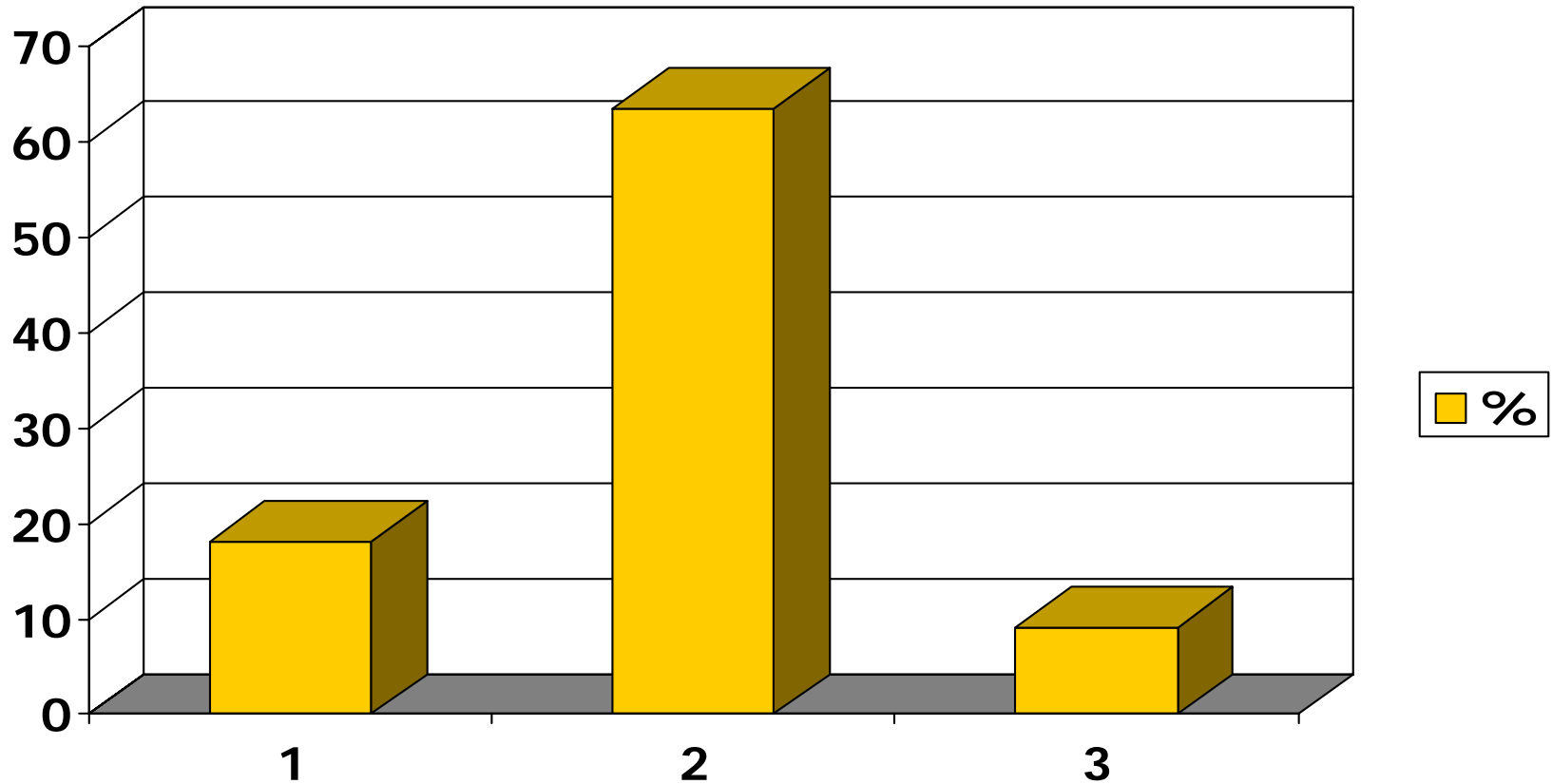
Antécédents psychiatriques personnels



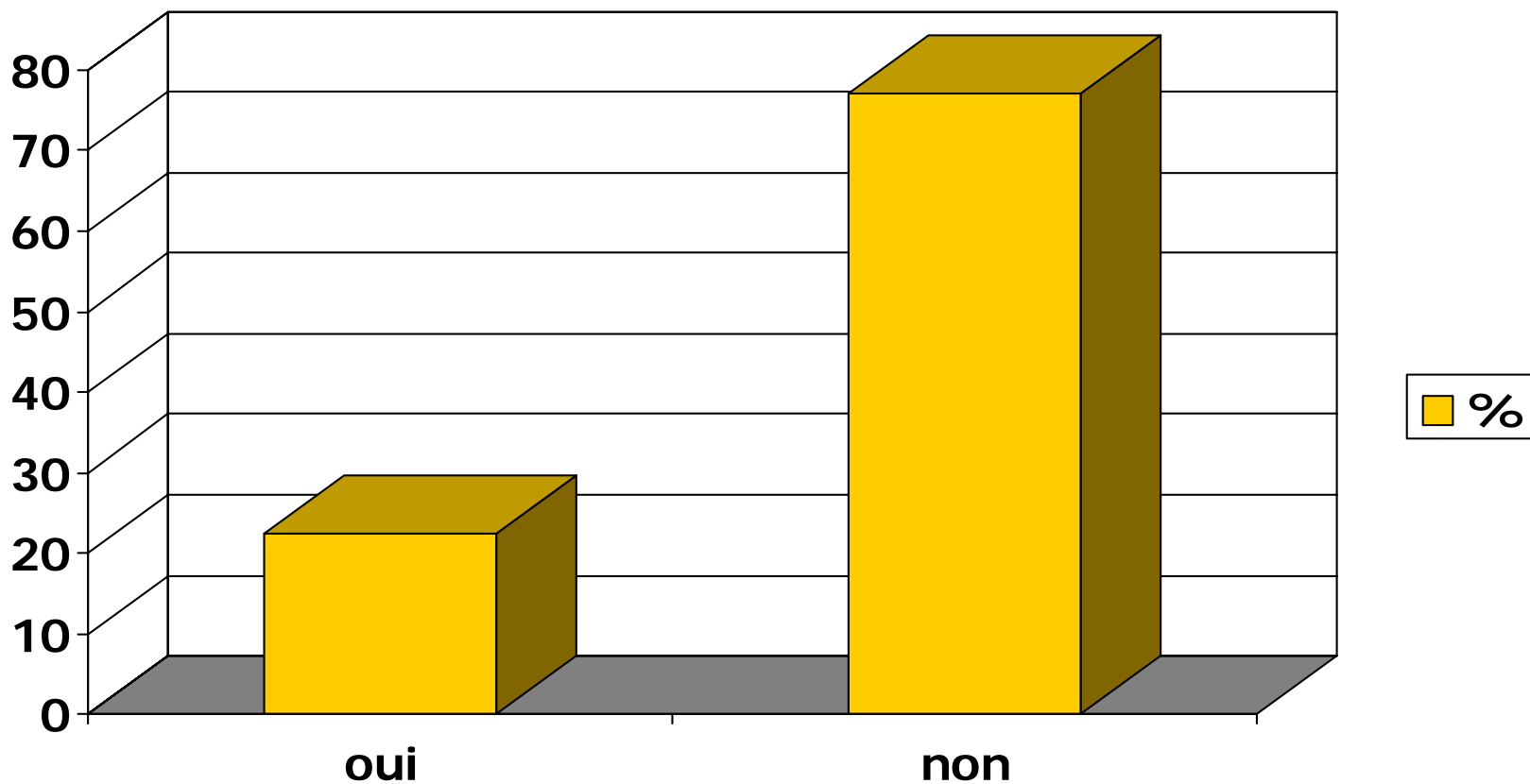
Invalidité psychiatrique



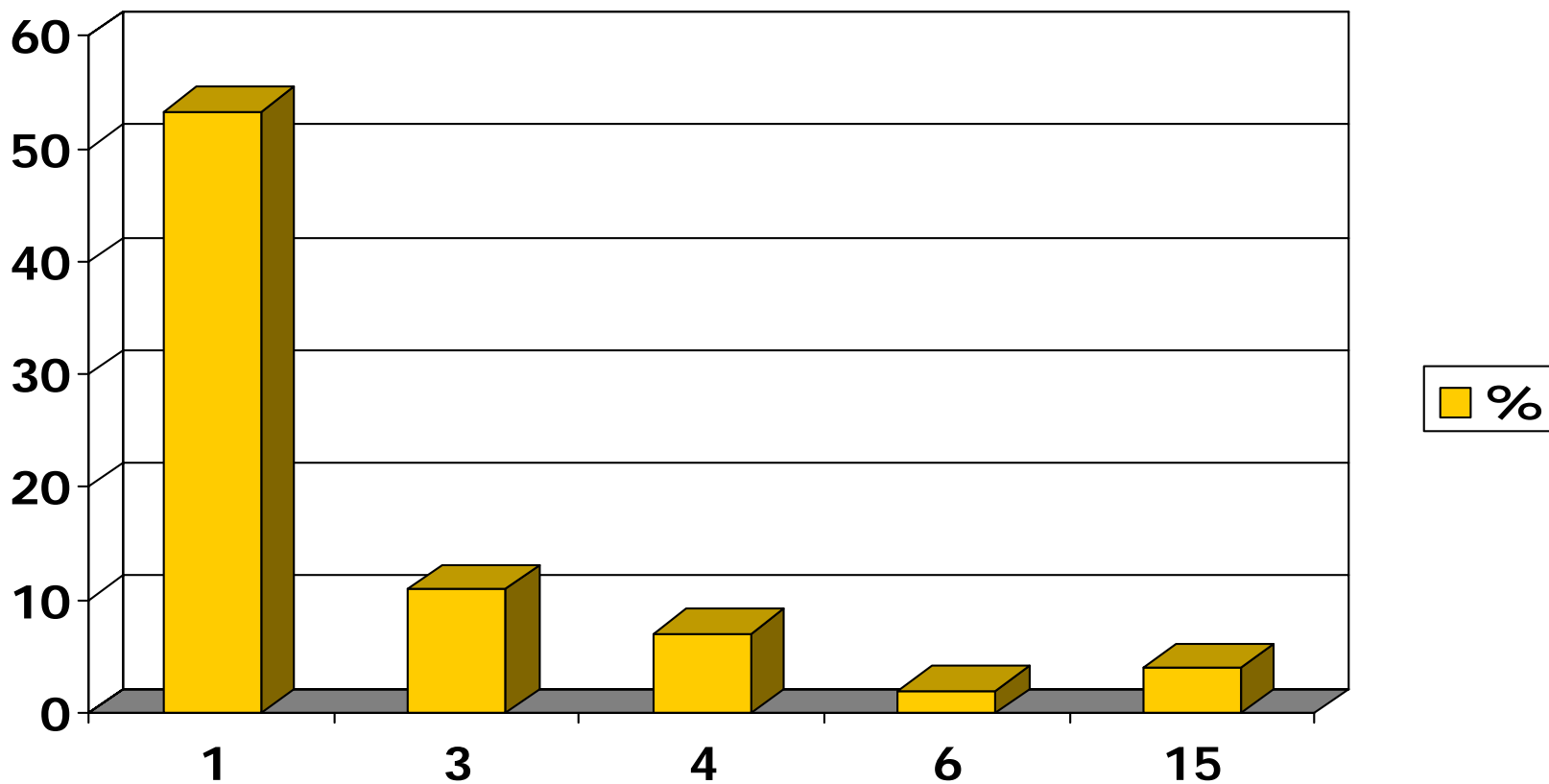
Catégorie invalidité



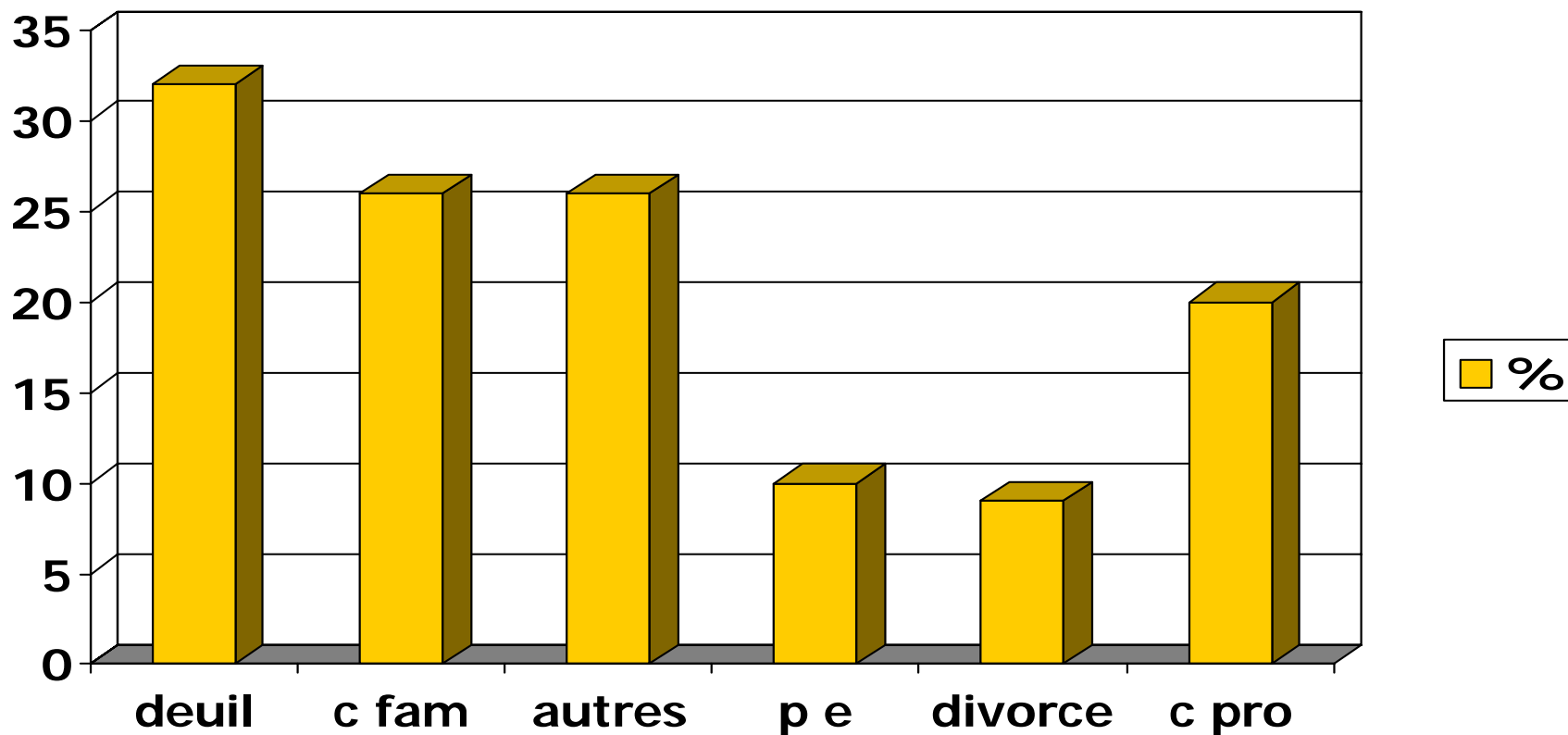
Hospitalisation psychiatrique



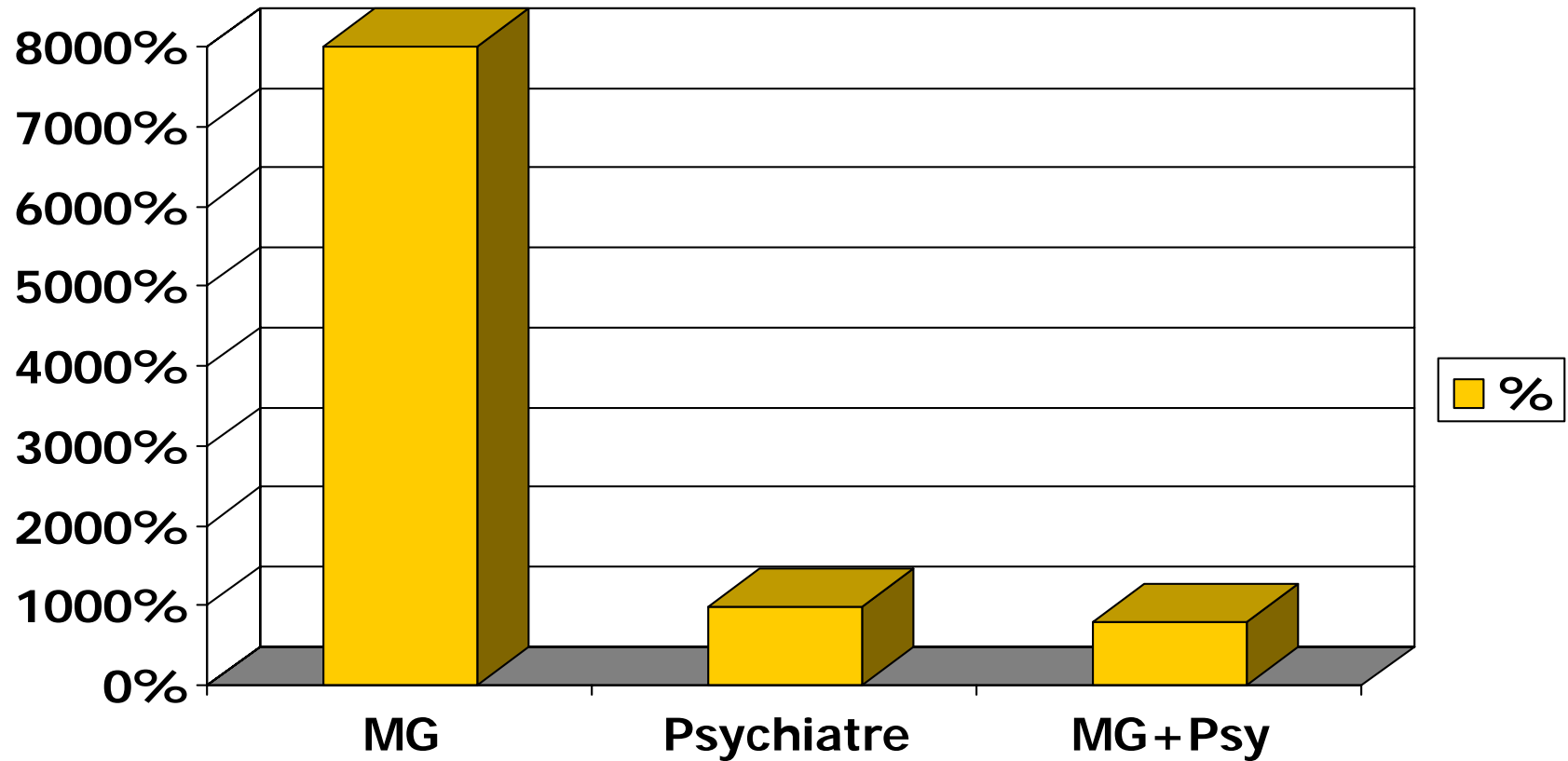
Nombre hospitalisations



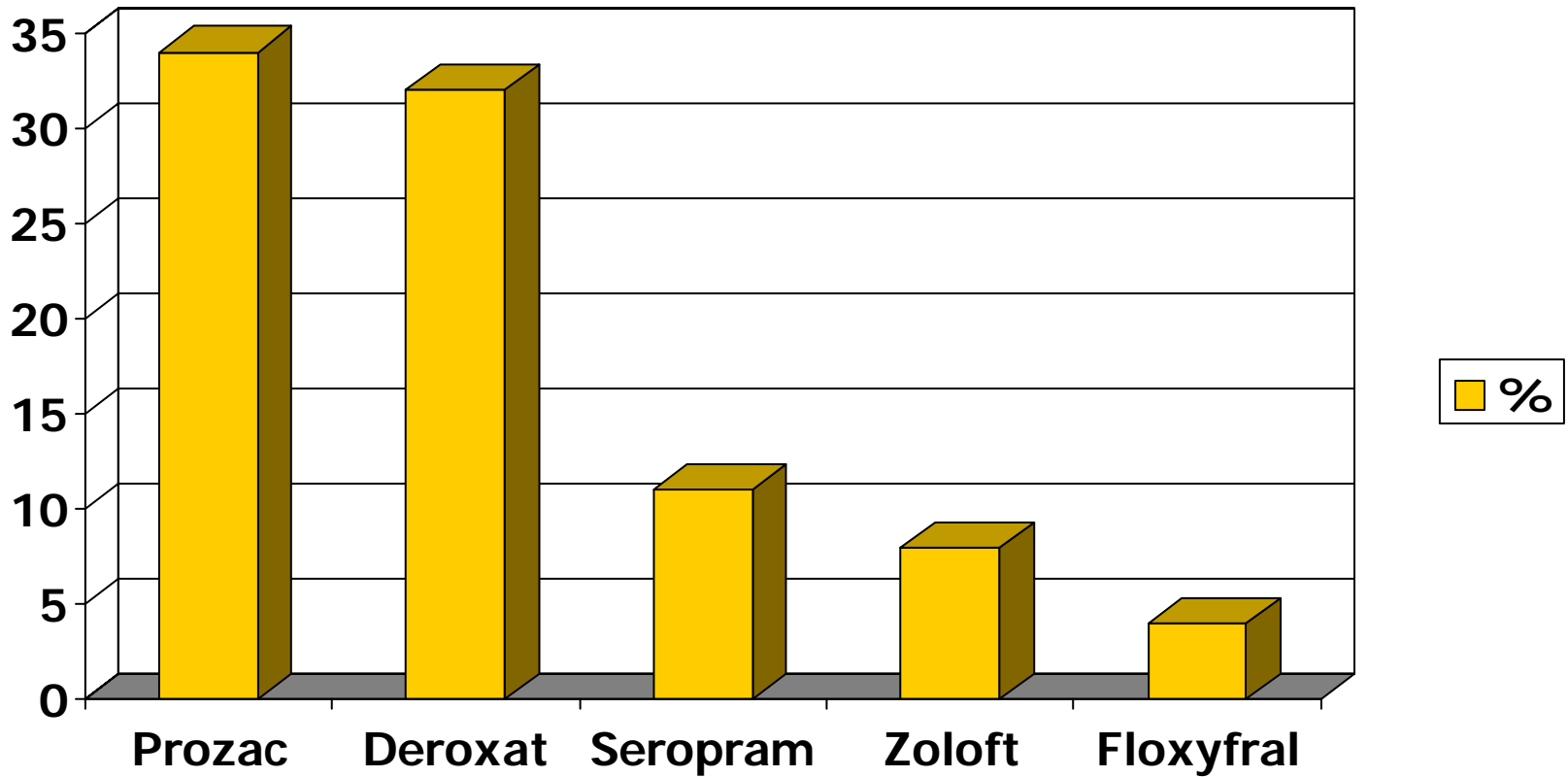
Événements/2 dernières années



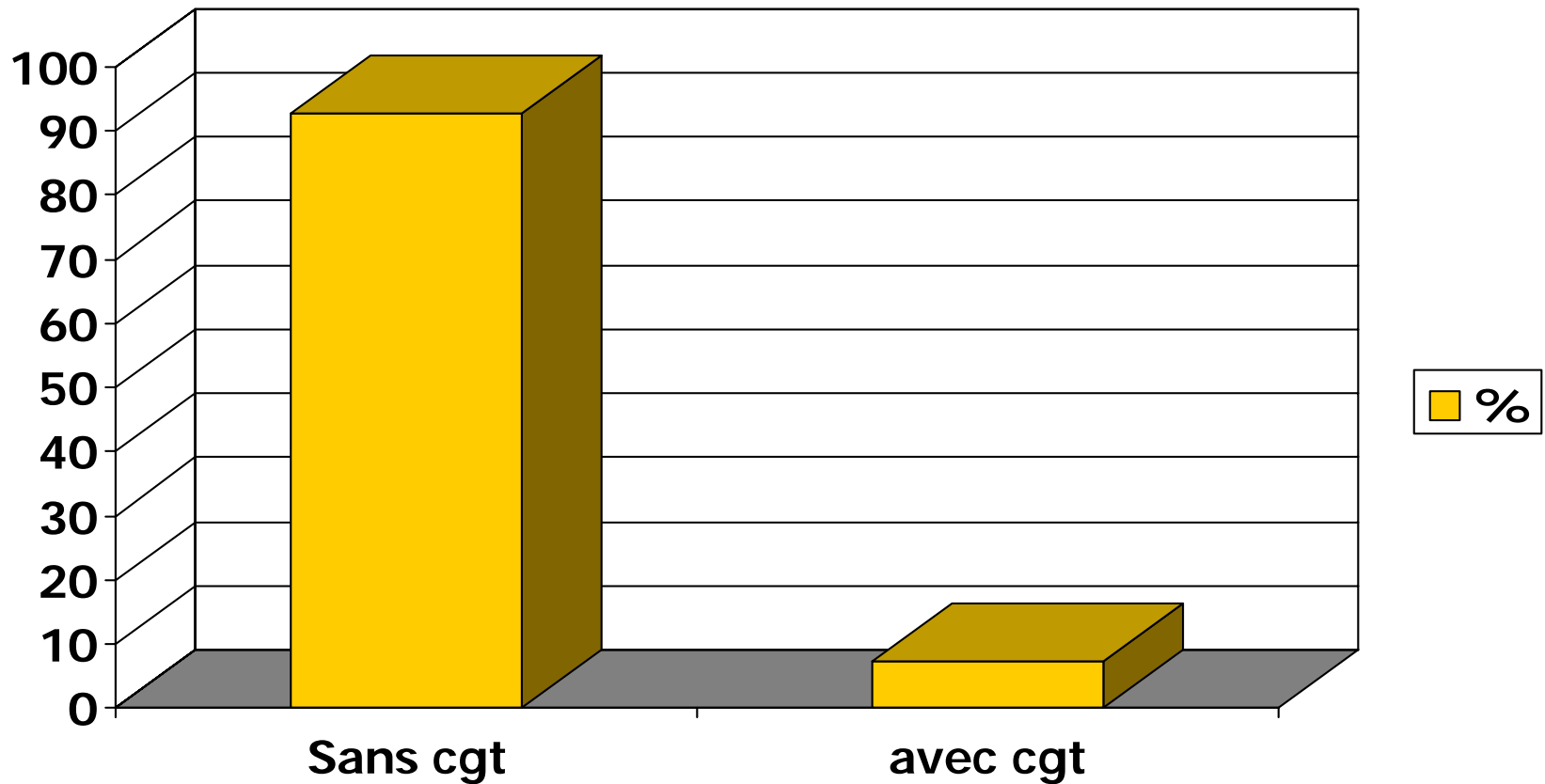
Prescripteurs



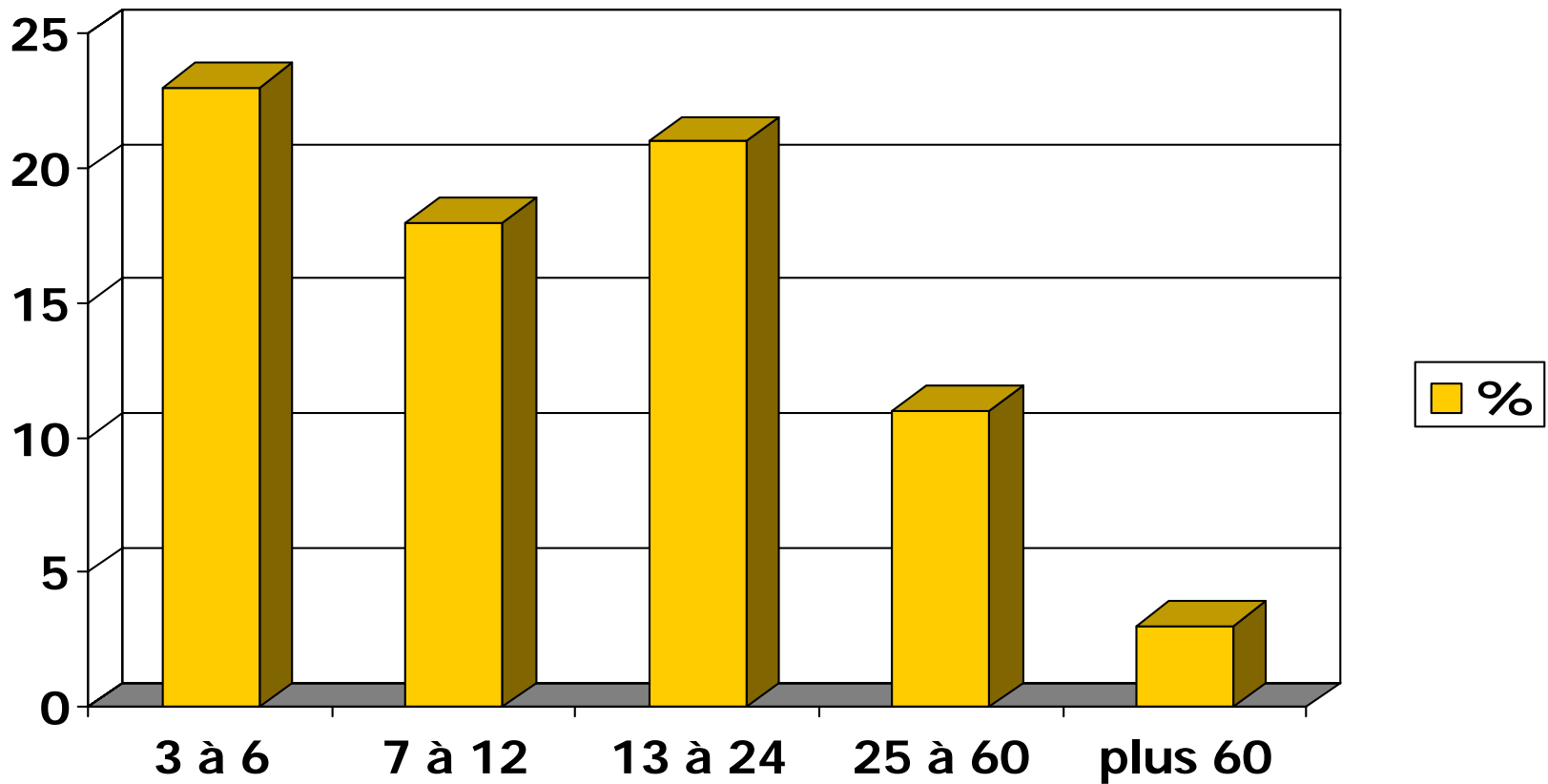
Spécialité



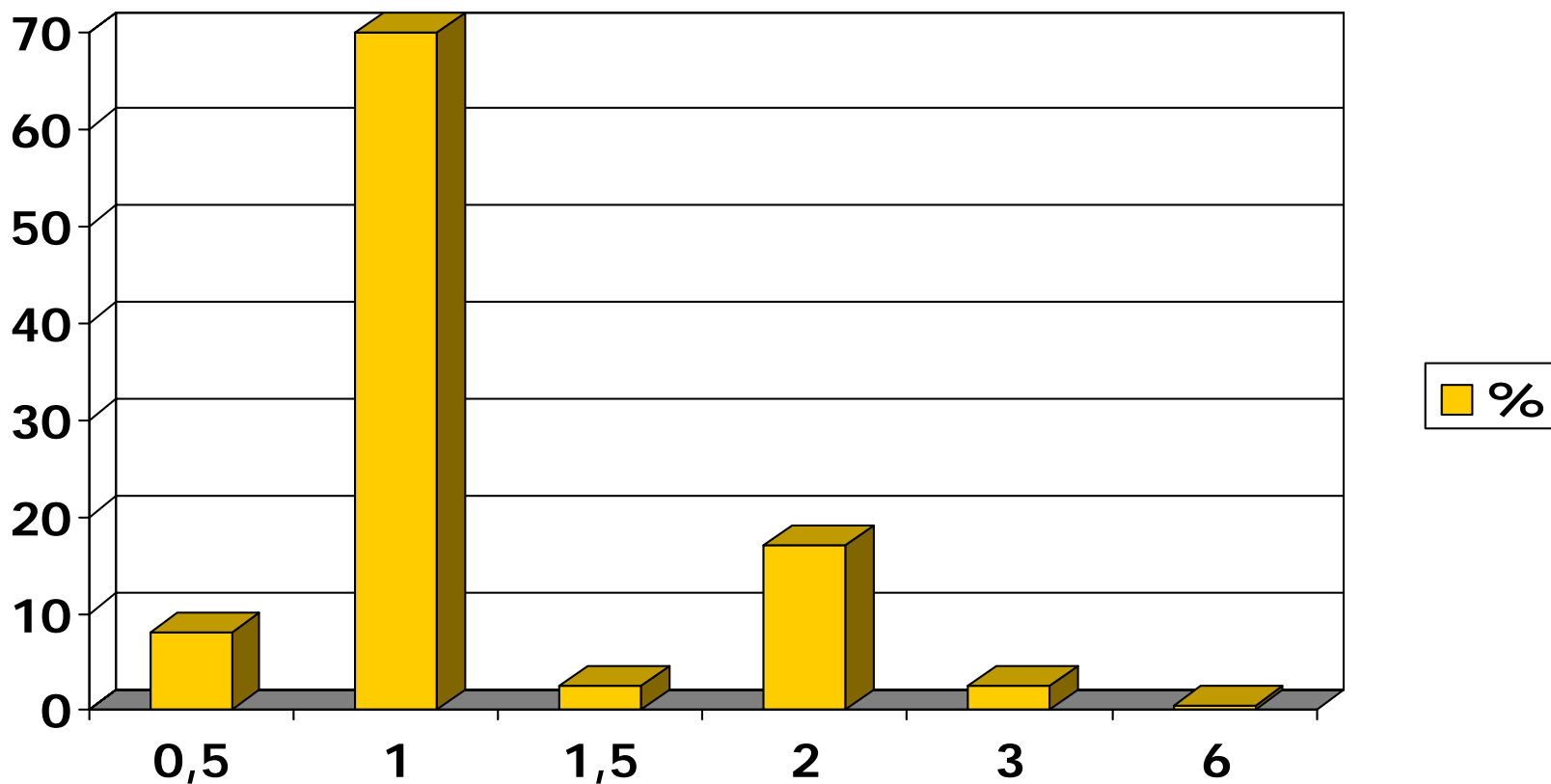
Stabilité de la prescription



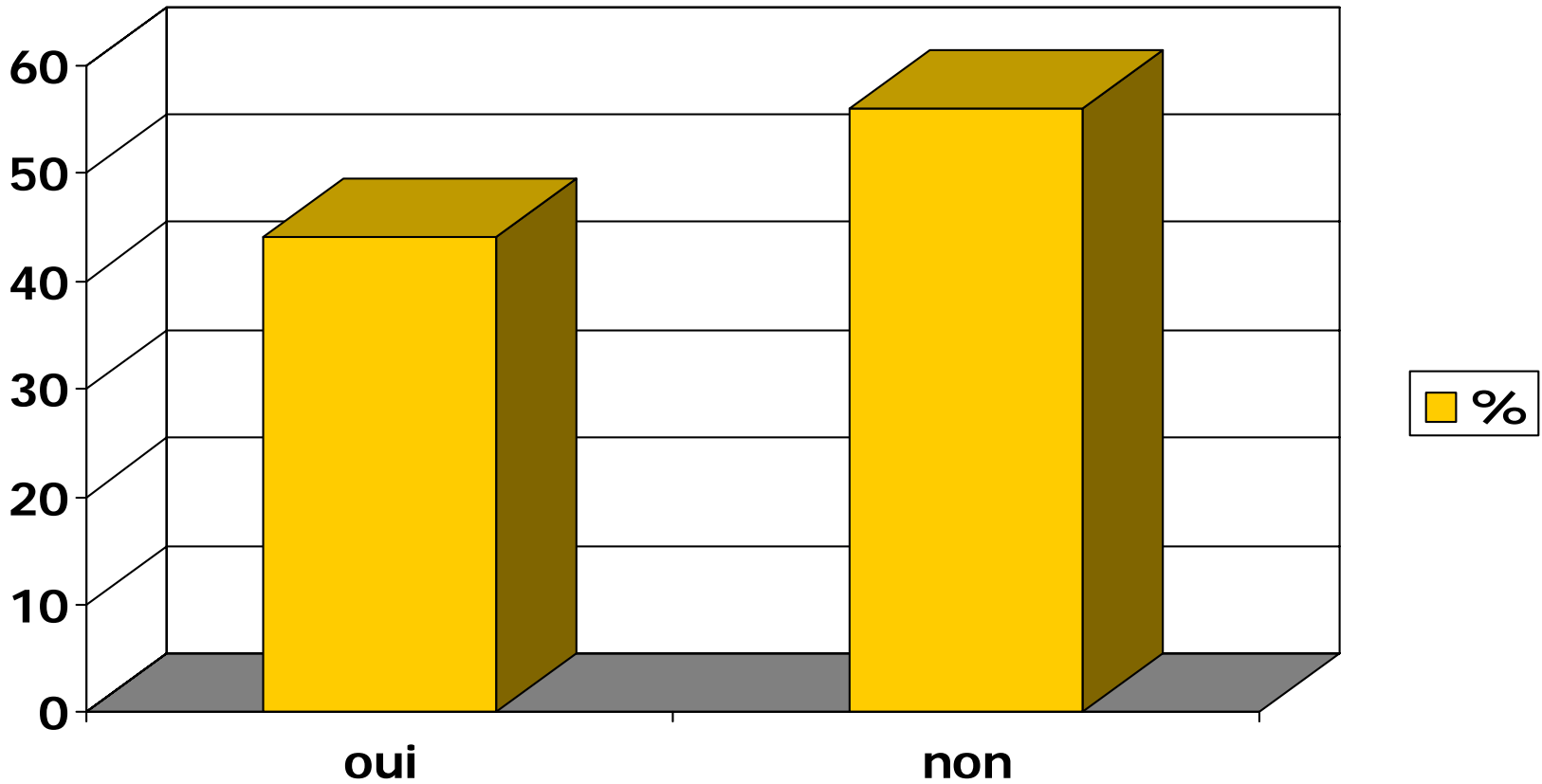
Durée du traitement (mois)



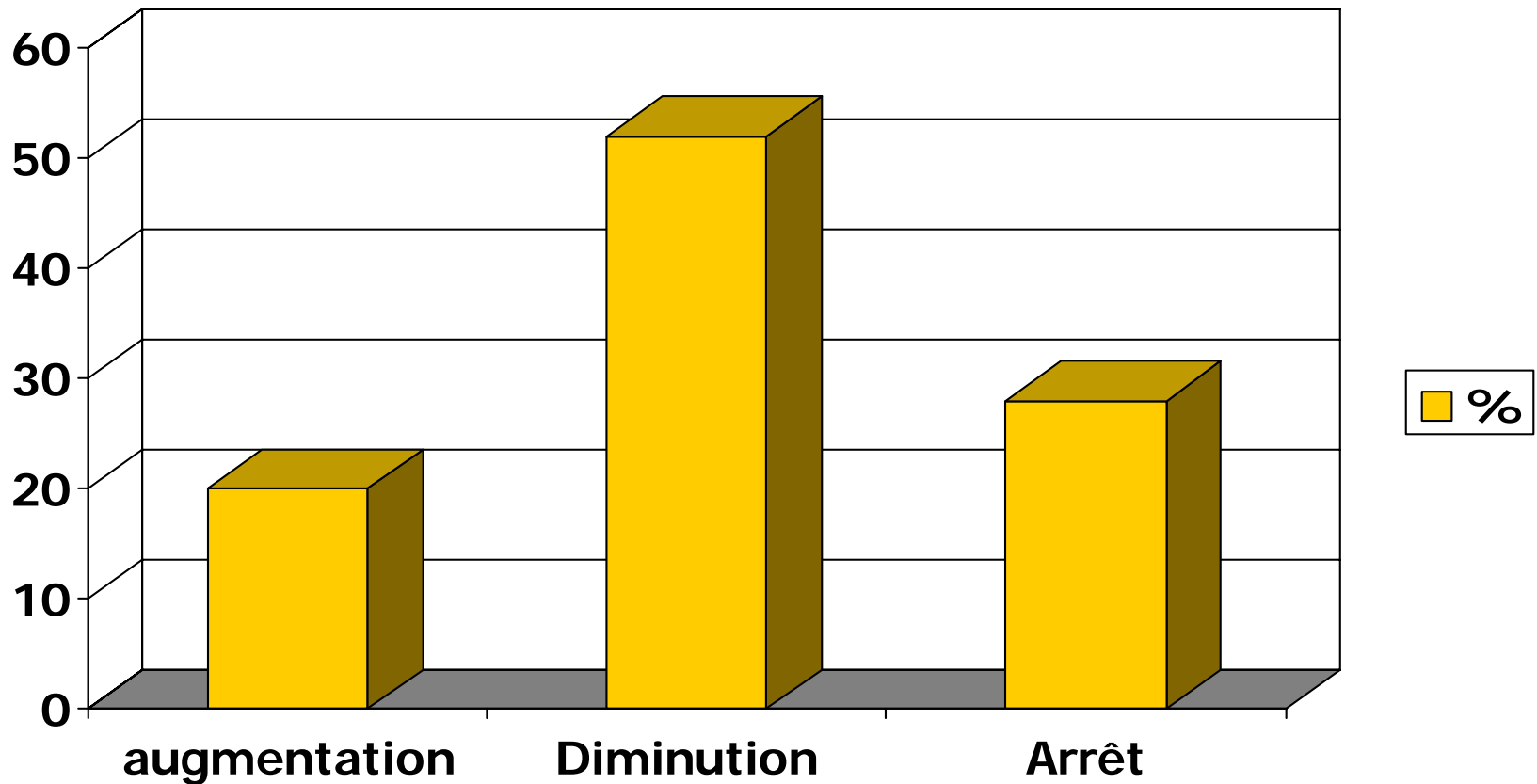
Posologie (cp ou gel)



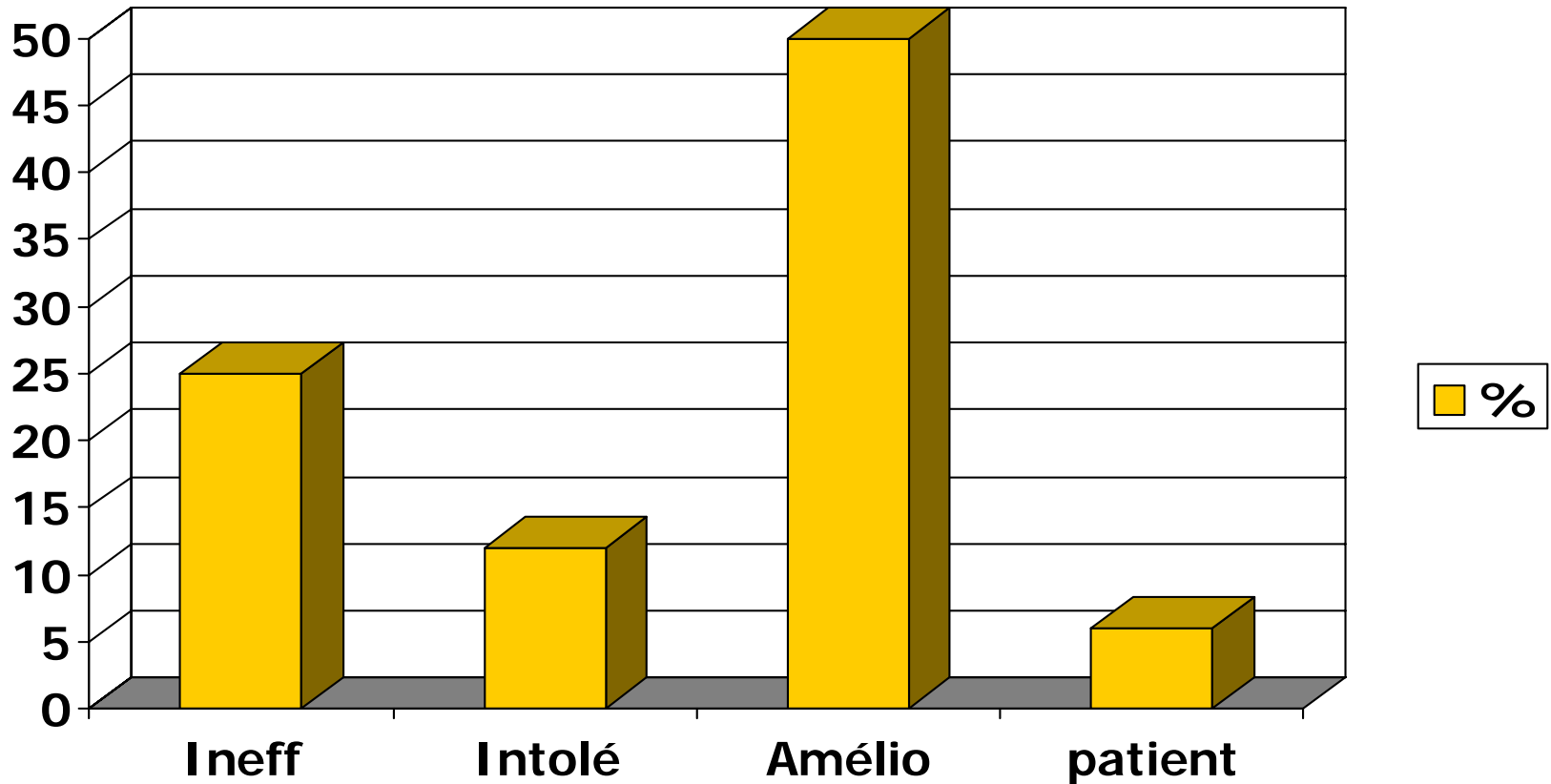
Modification posologie



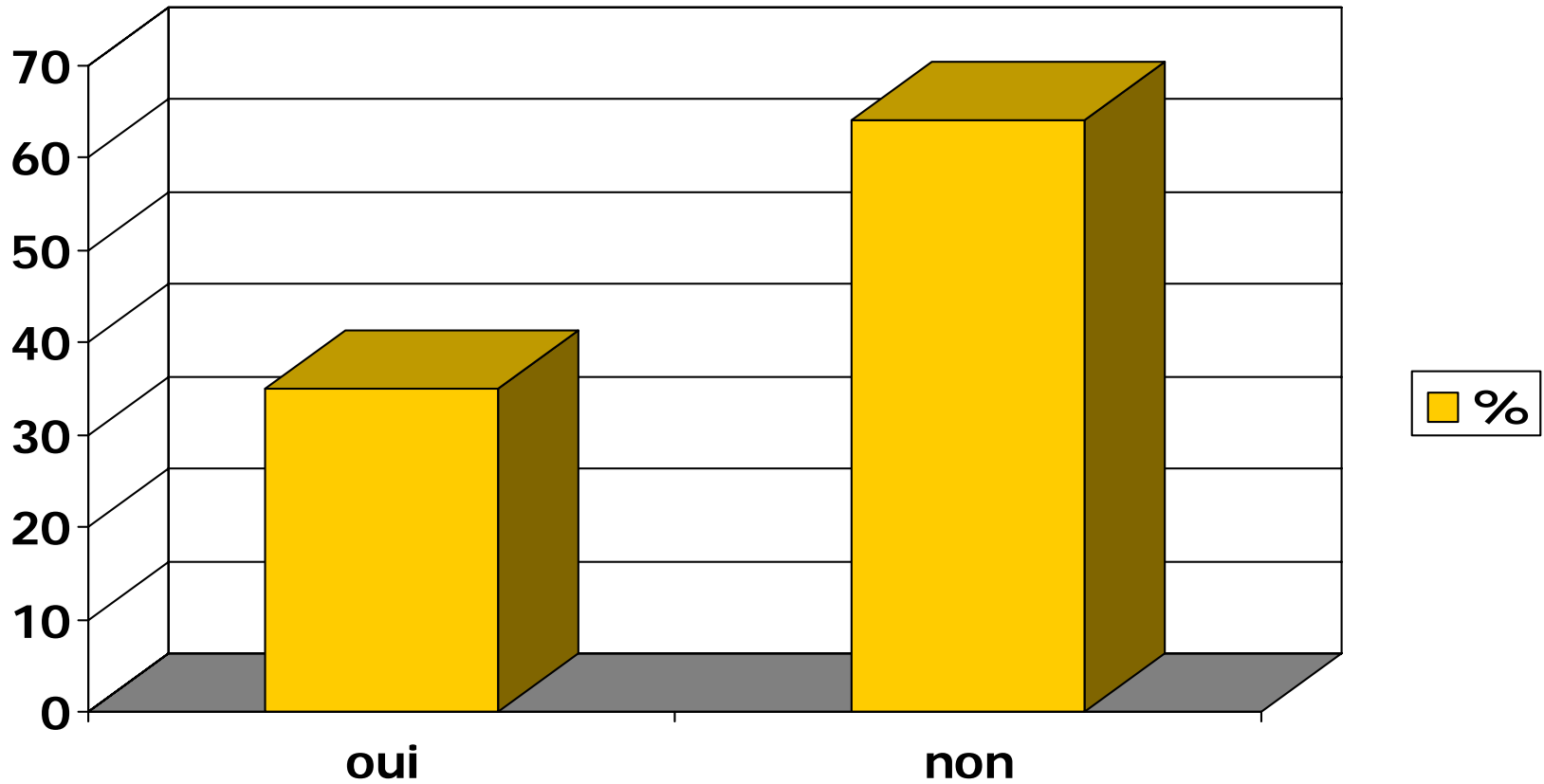
Sens de la modification de posologie



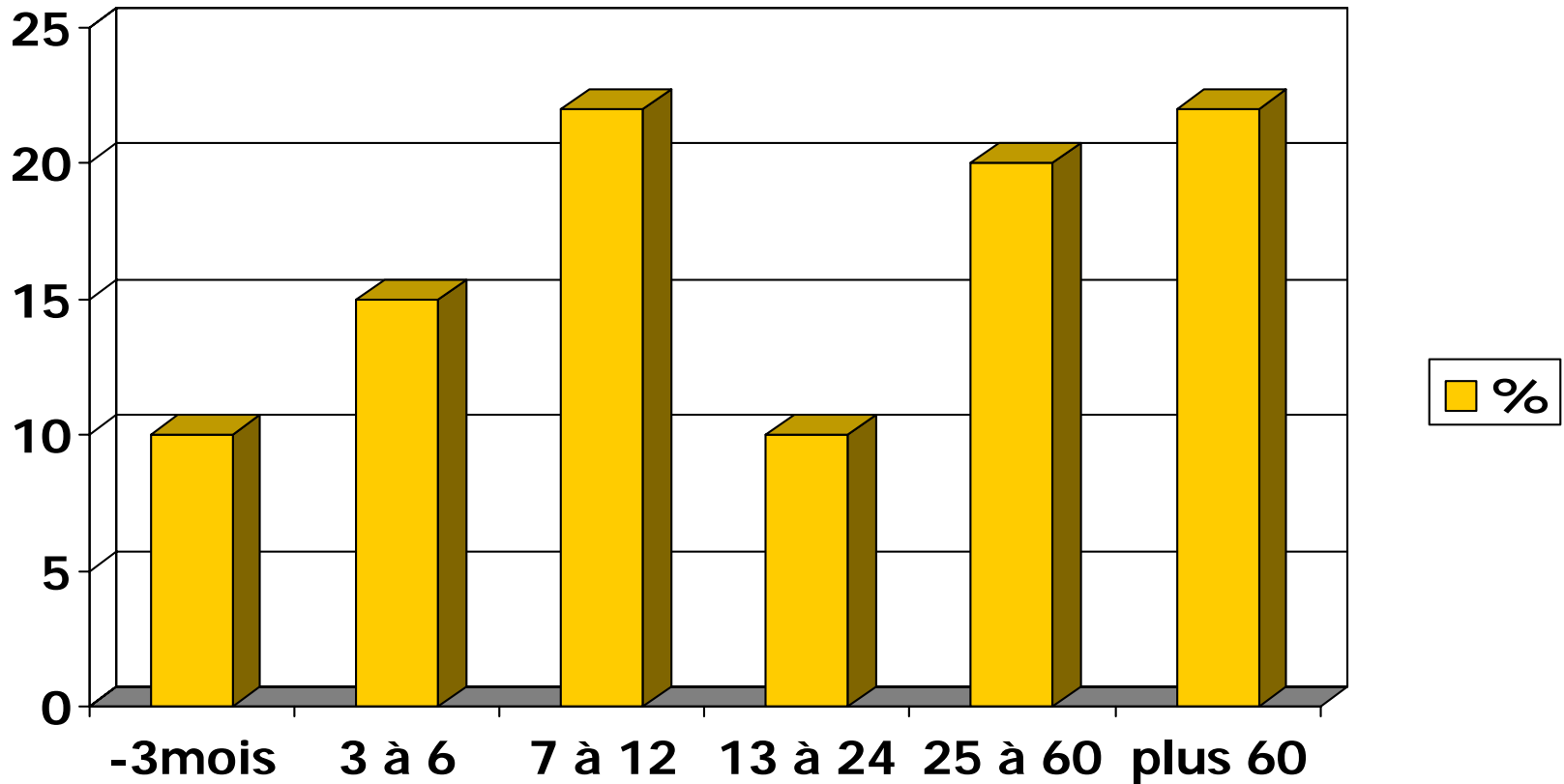
Motif de la modification



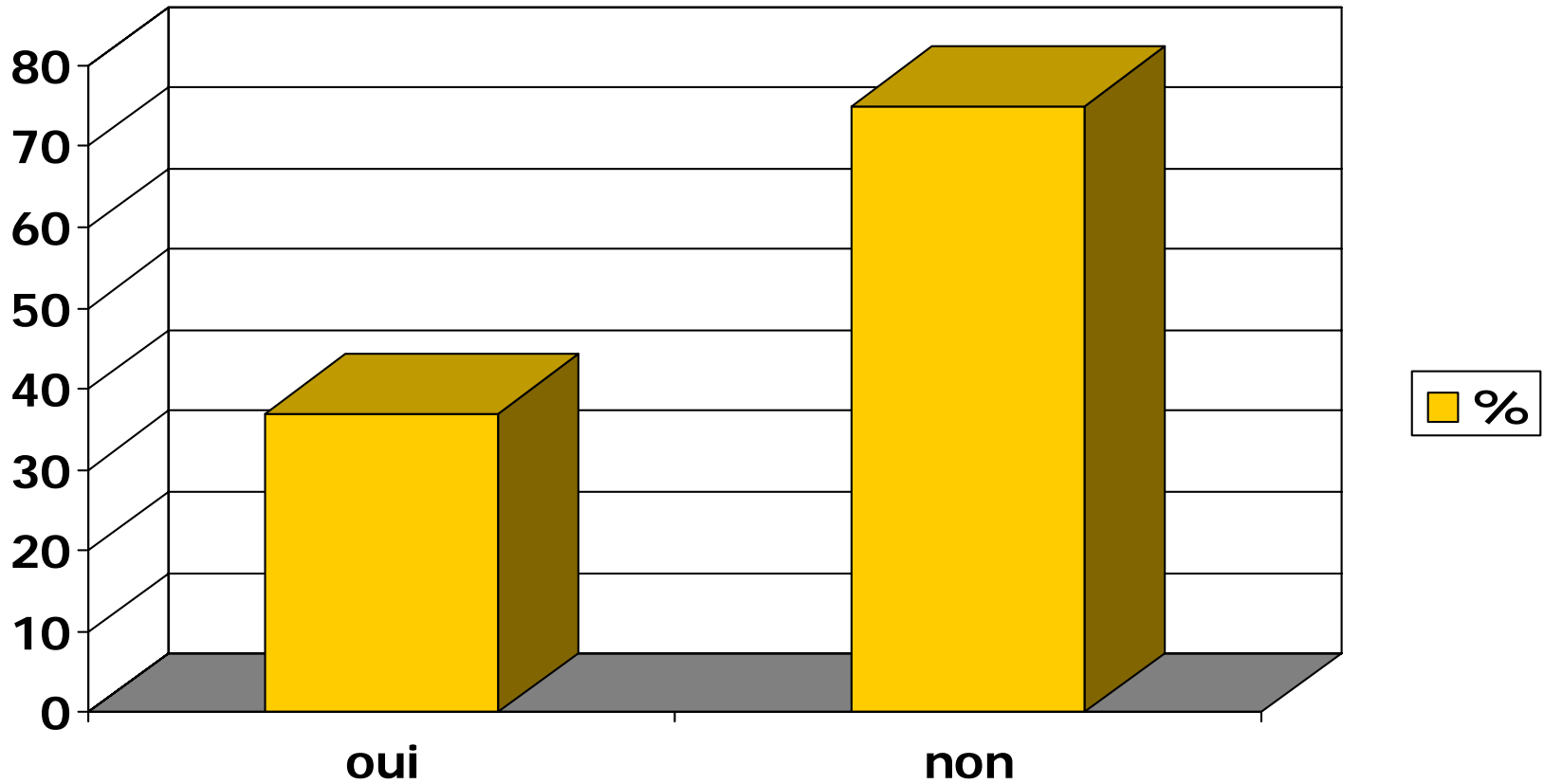
Traitements antérieurs



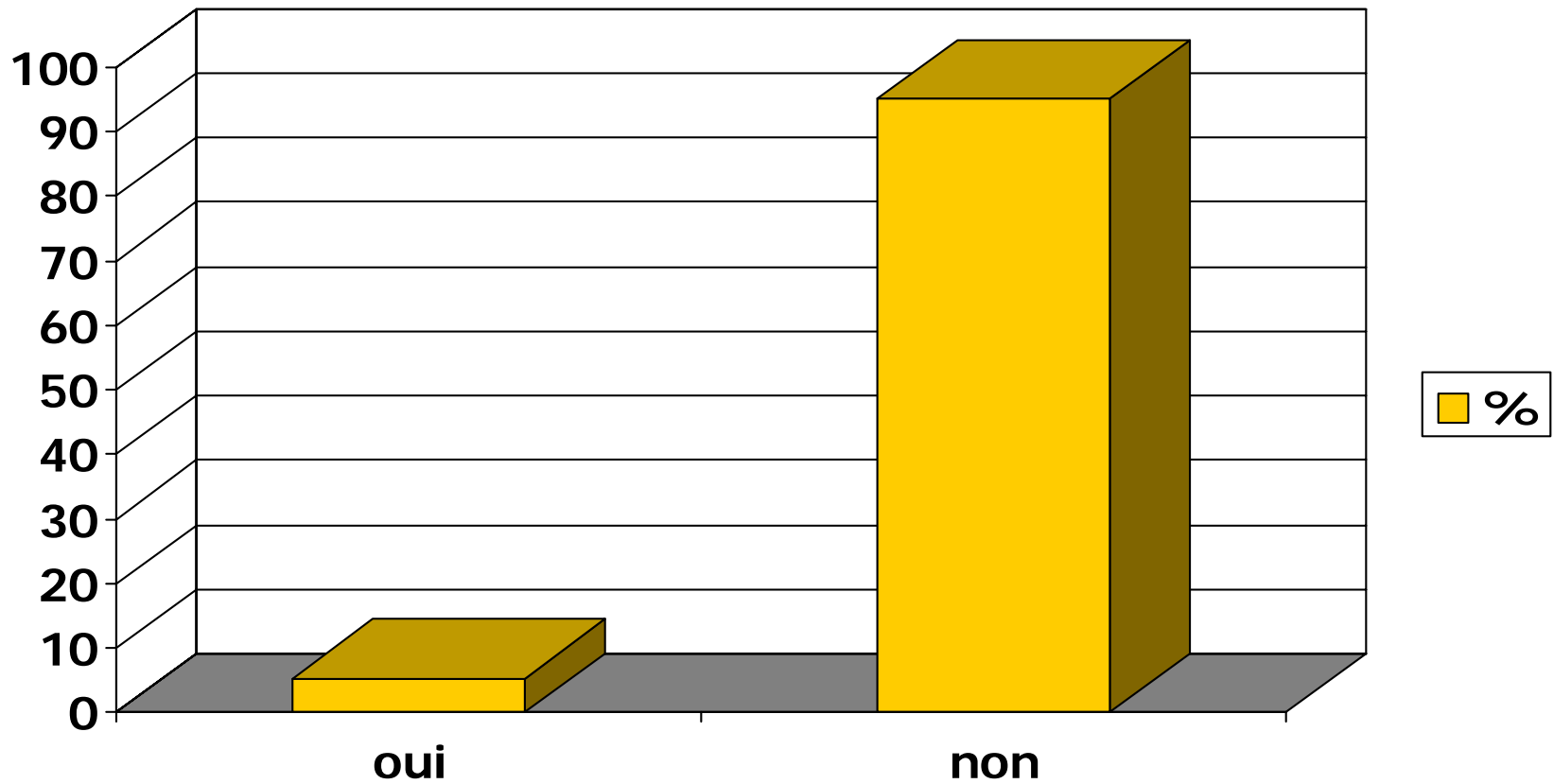
Durée du traitement antérieur



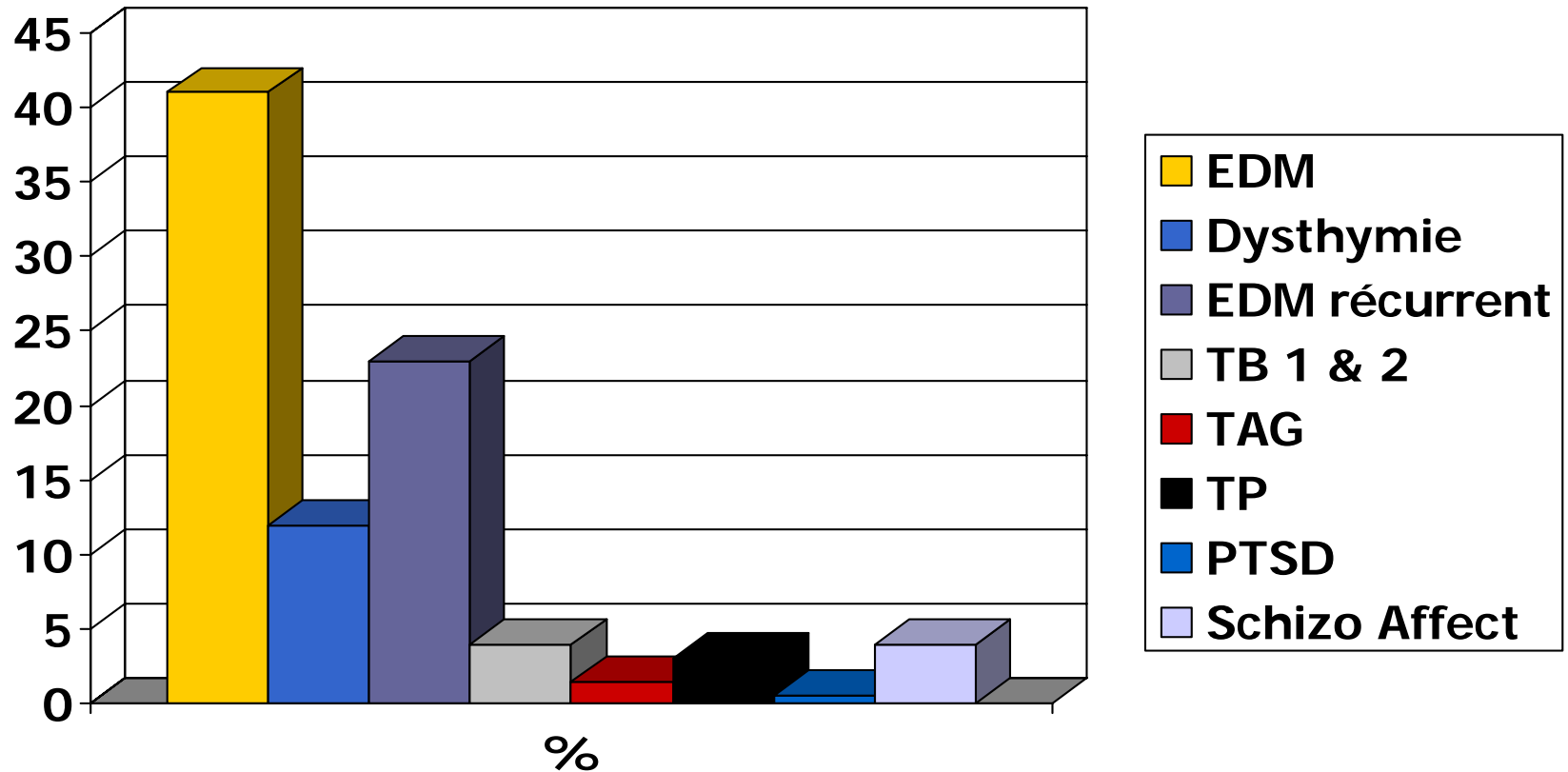
Traitement > 6mois après amélioration



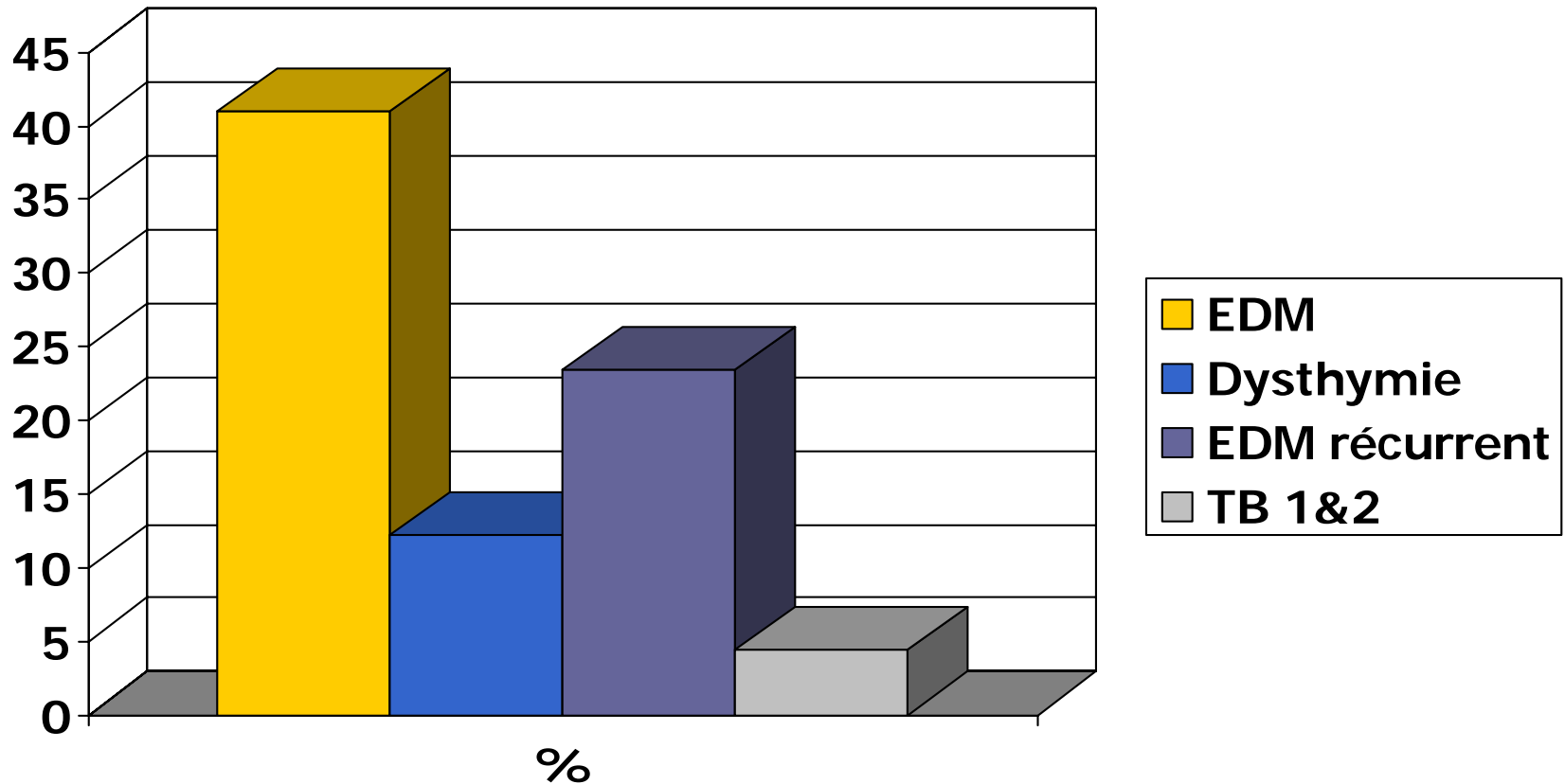
Association 2 AD



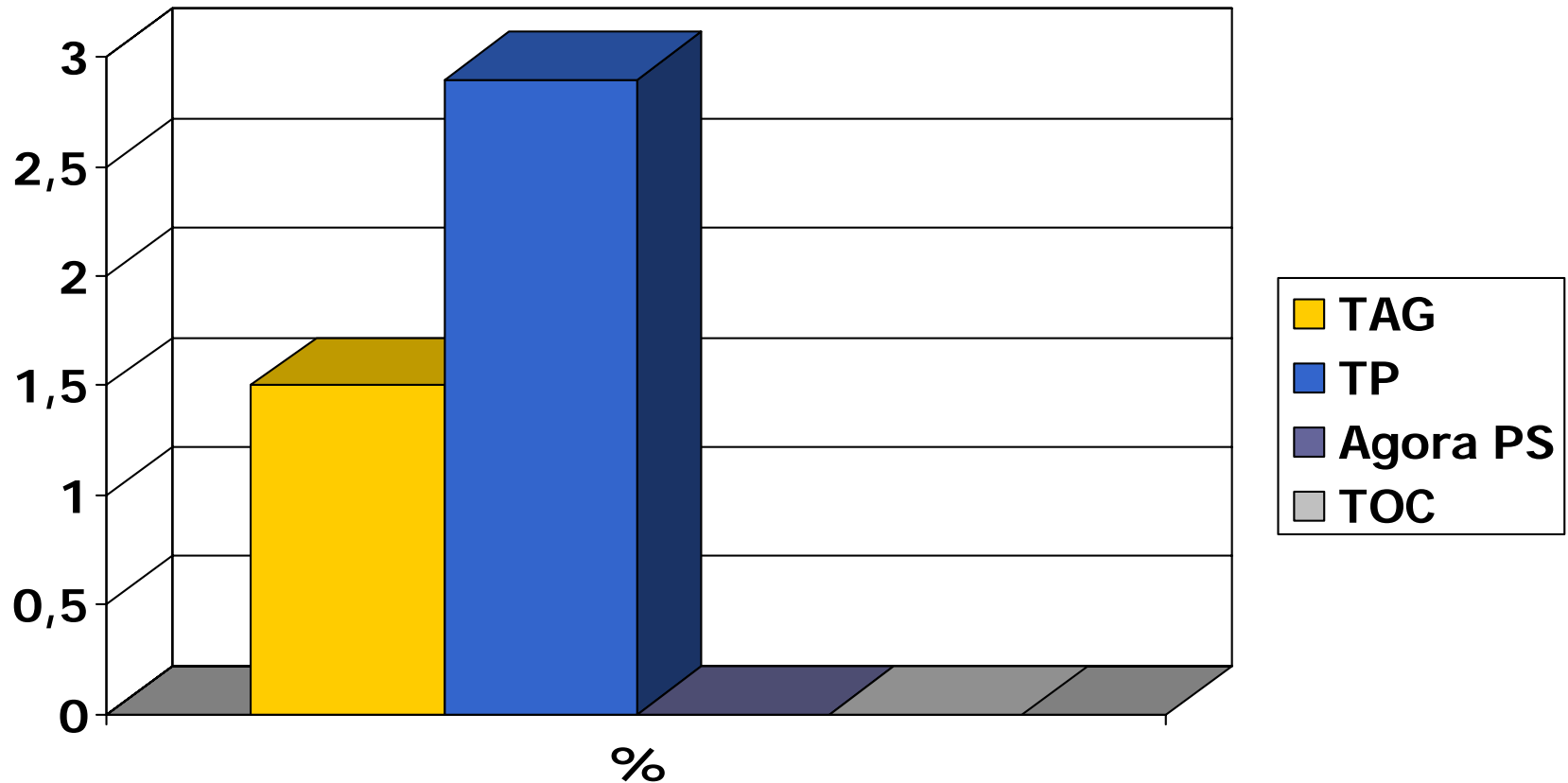
Diagnostiques principaux



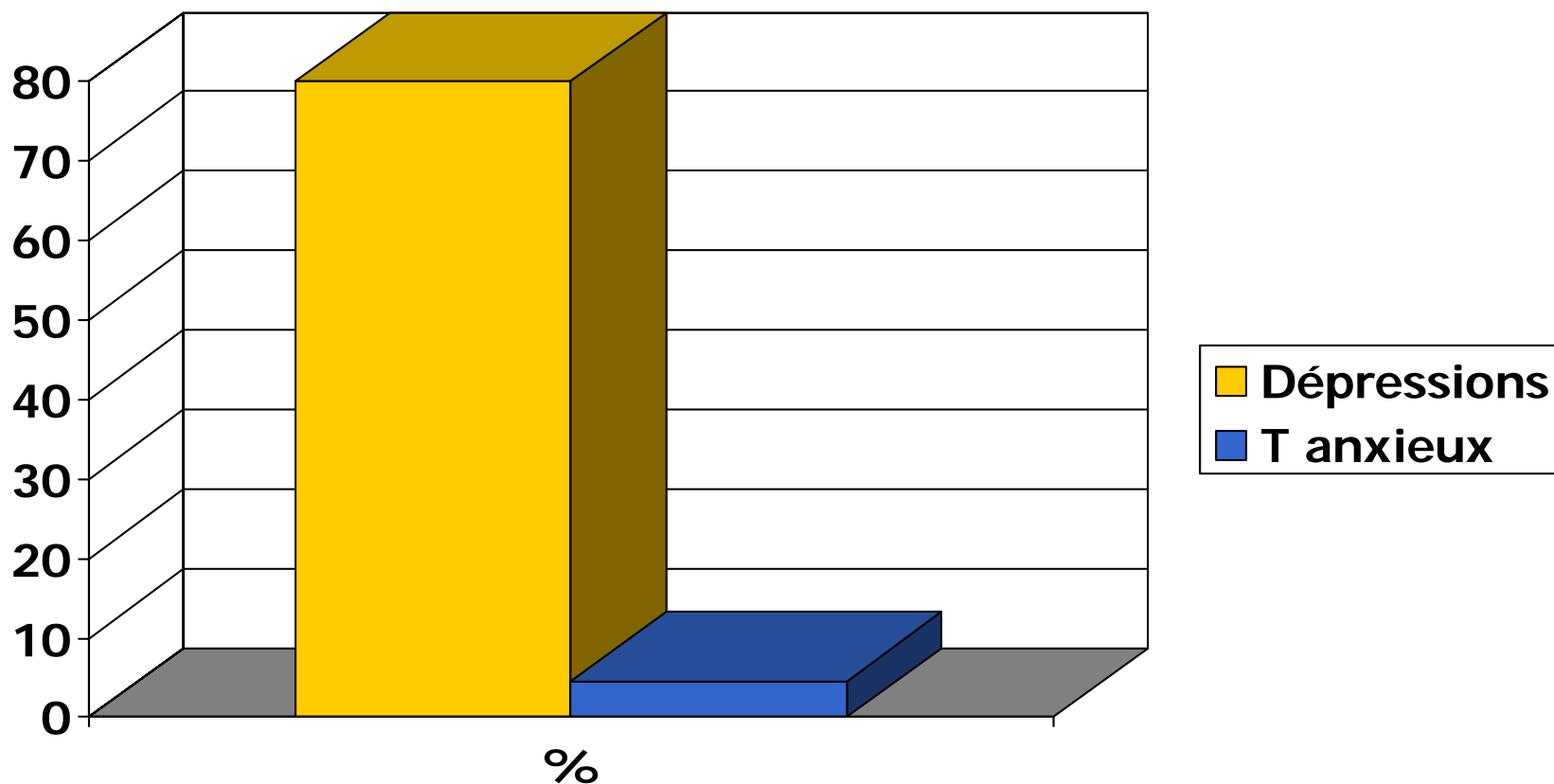
Diagnostic principal T dépressifs



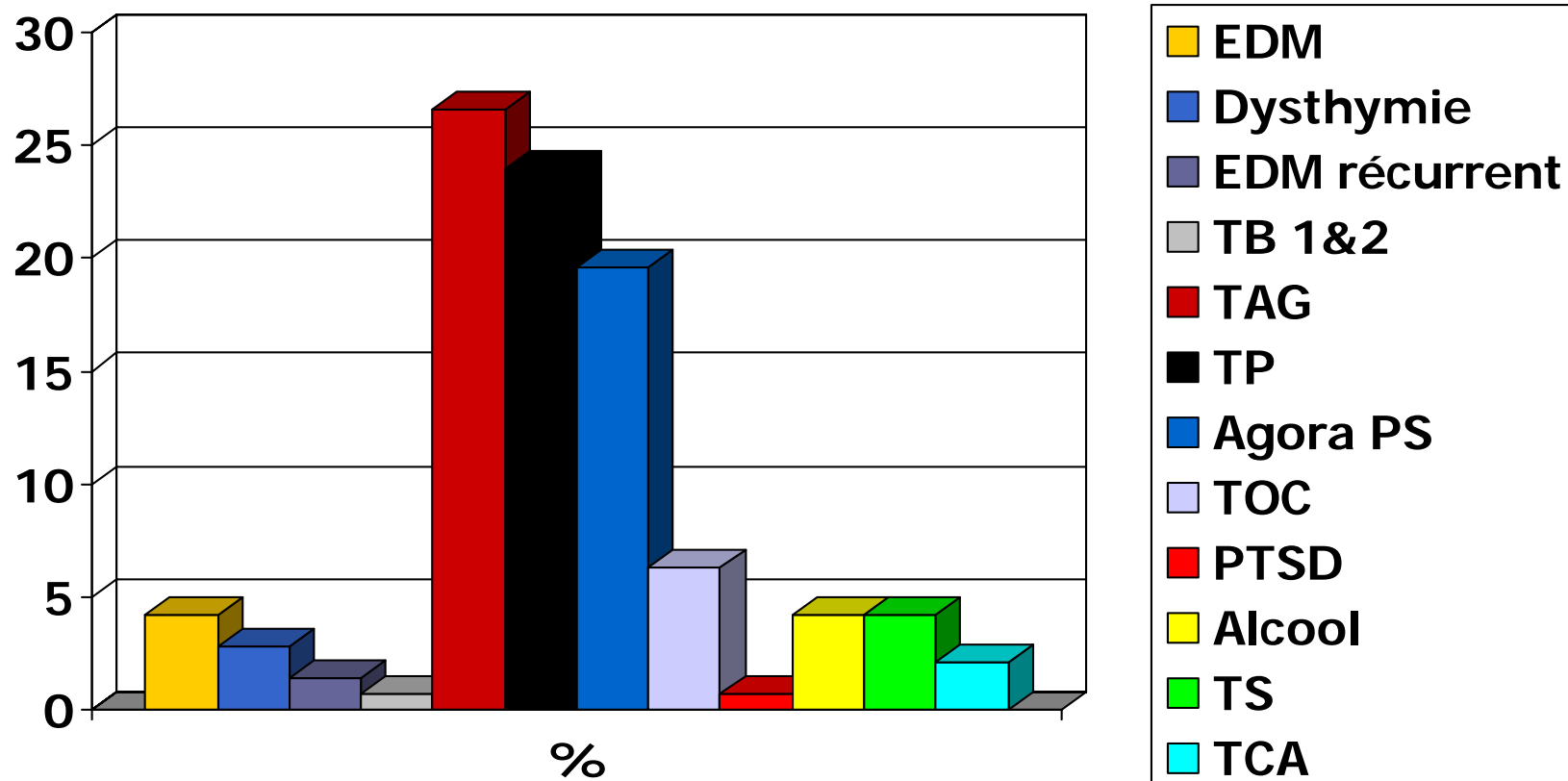
Diagnostic principal T anxieux



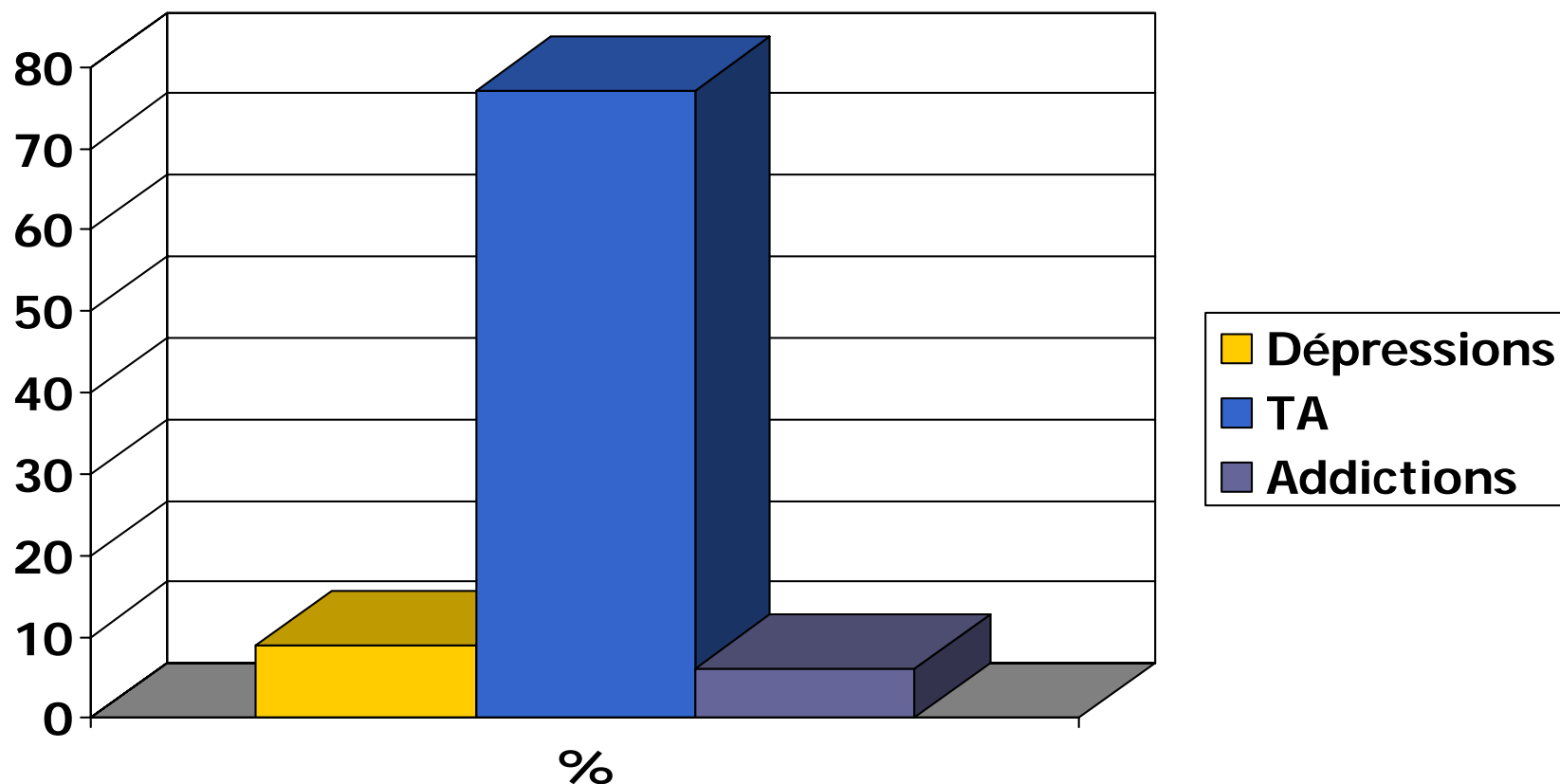
Diagnostic principal Dépression/TA



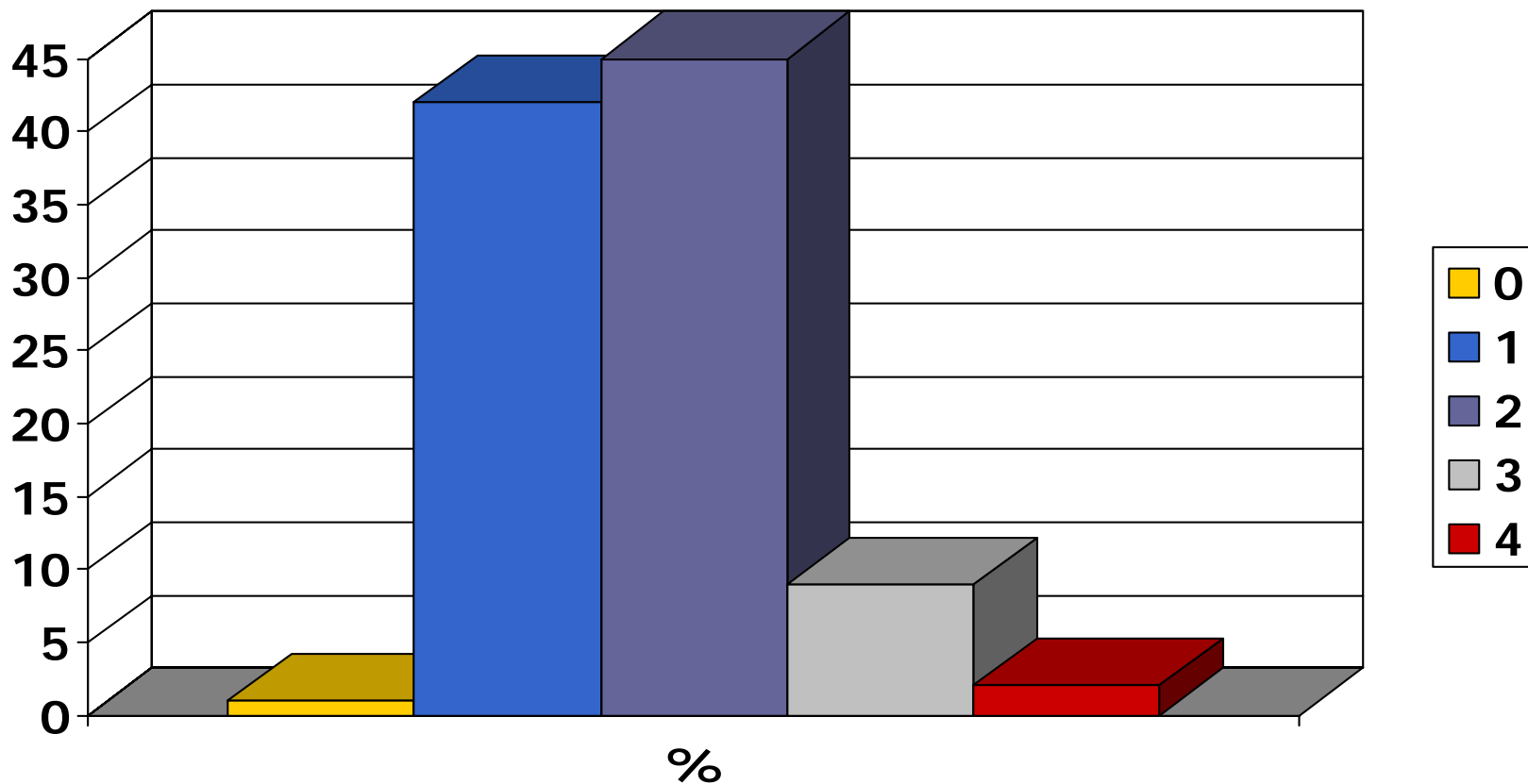
Diagnostic secondaire



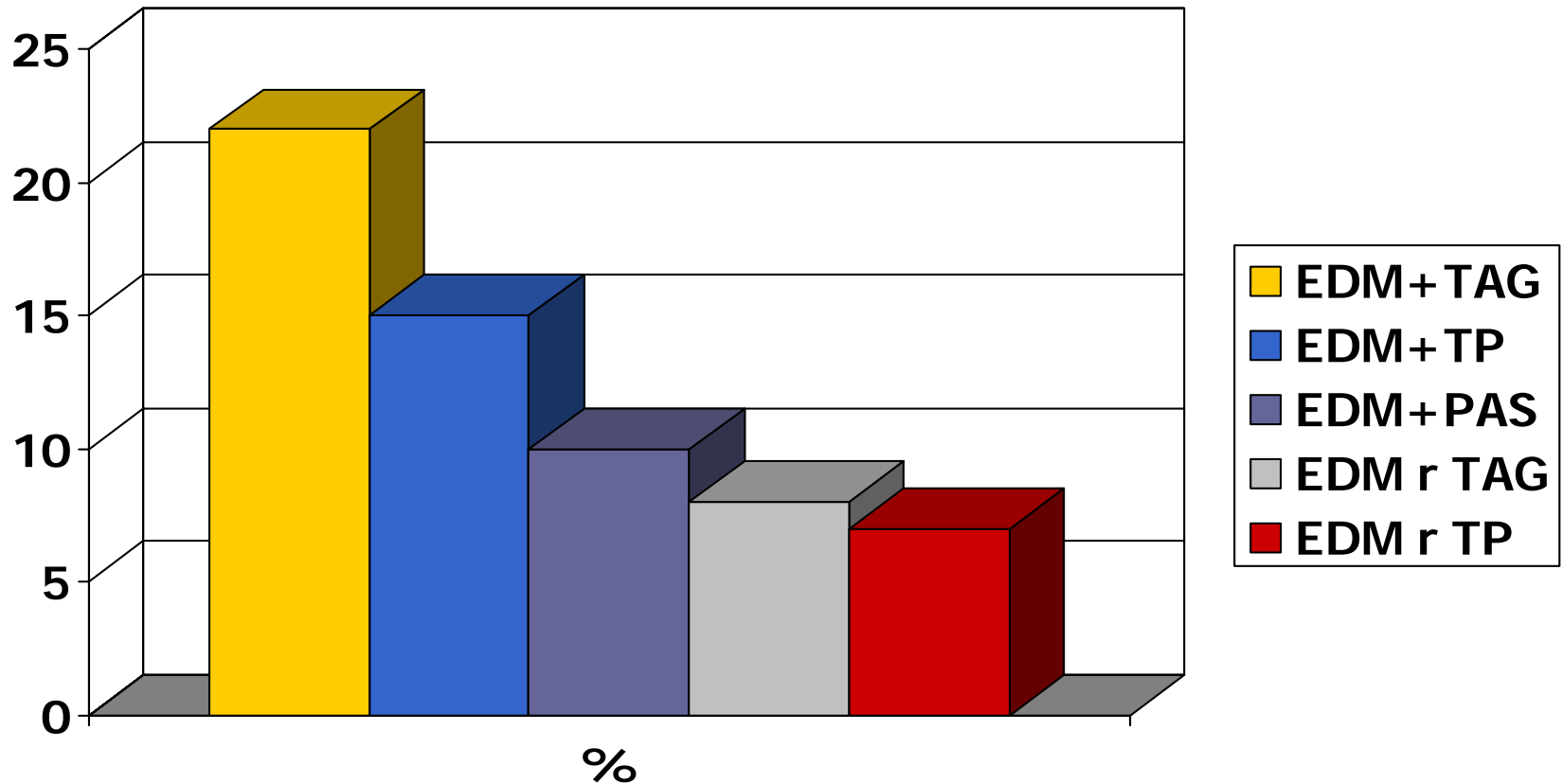
Diagnostic principal Dépressions/TA



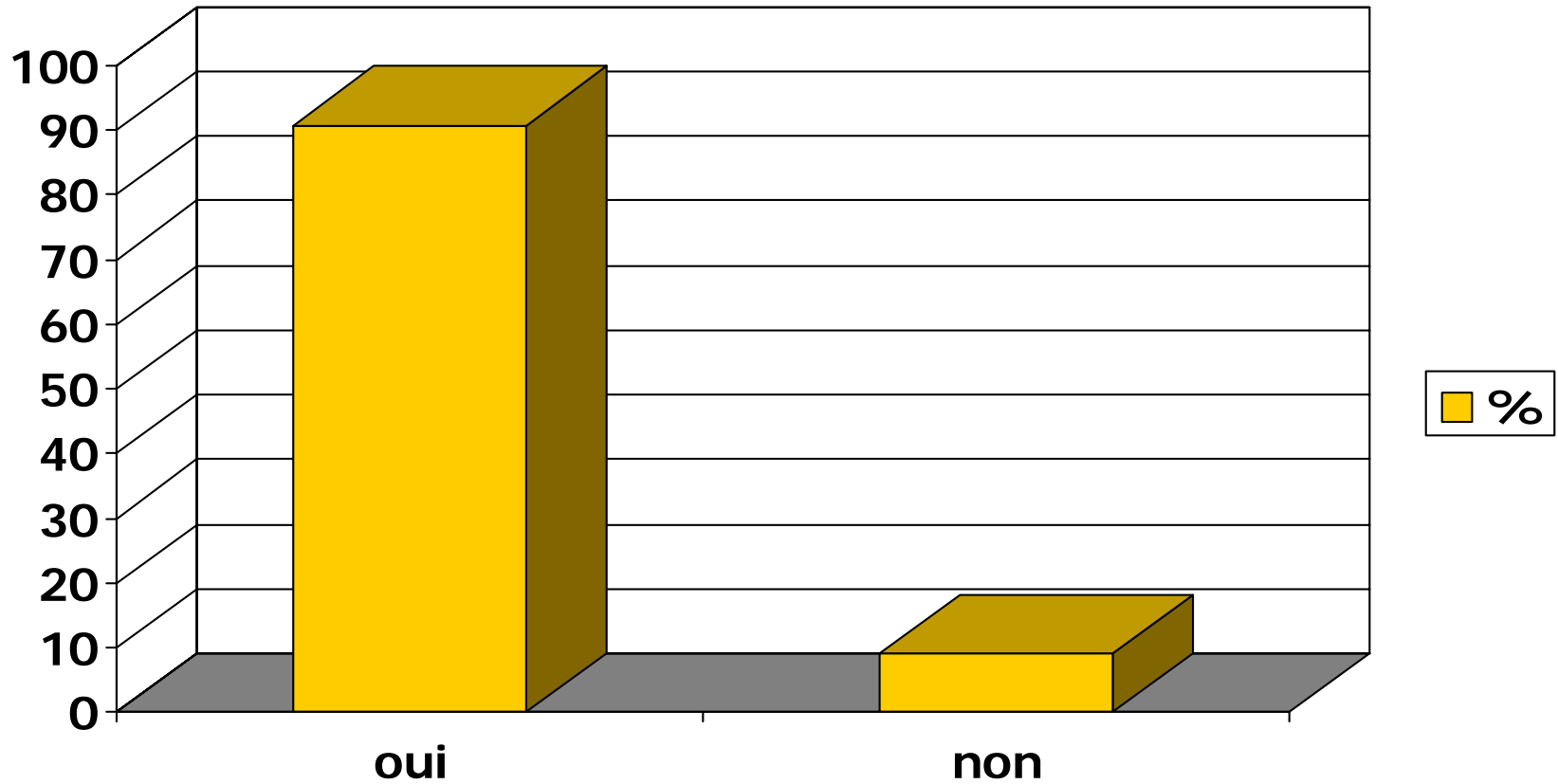
Comorbidités : nombre de diagnostics



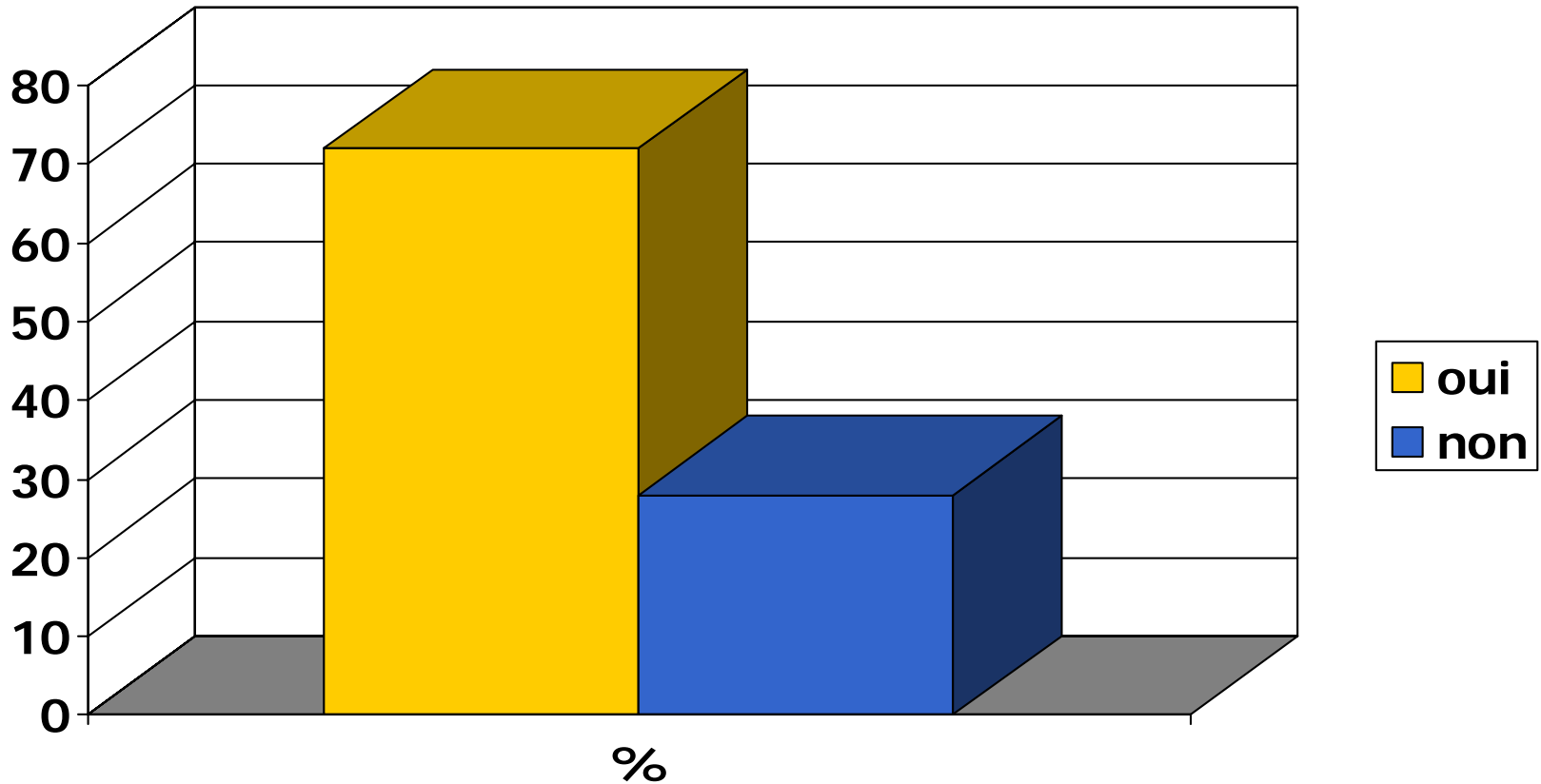
Comorbidités : associations diagnostiques



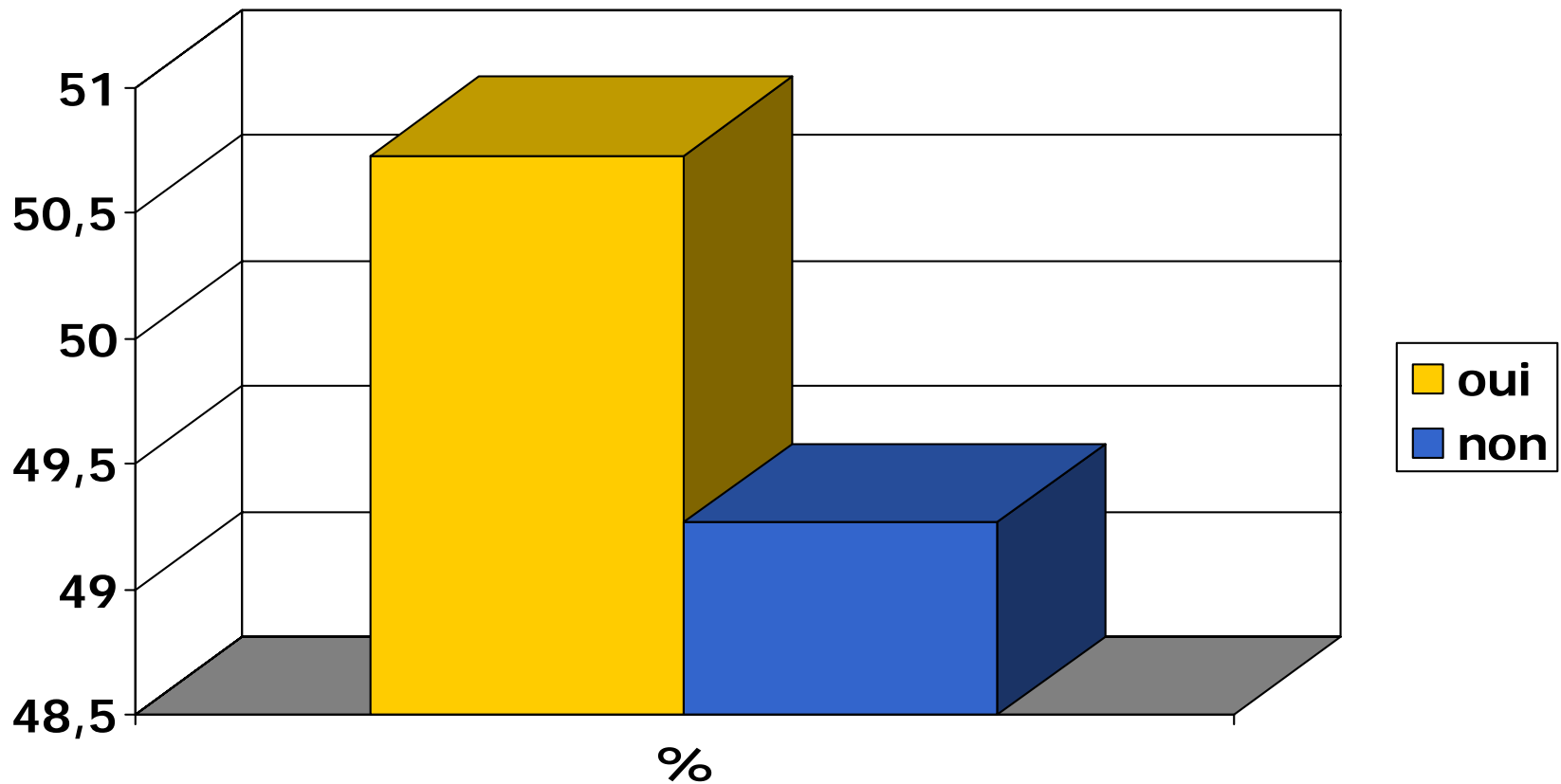
Conformité AMM



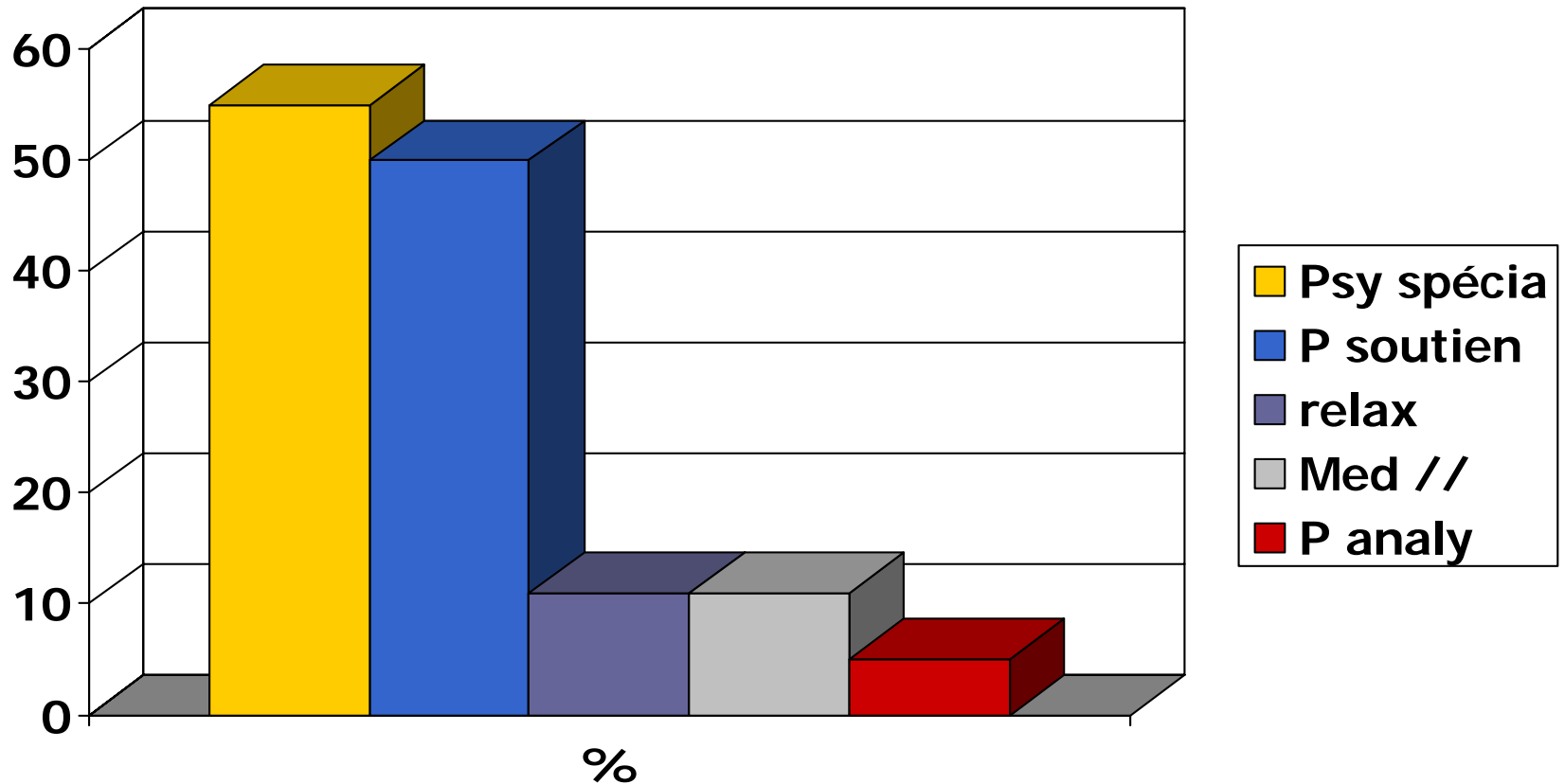
Médicaments associés



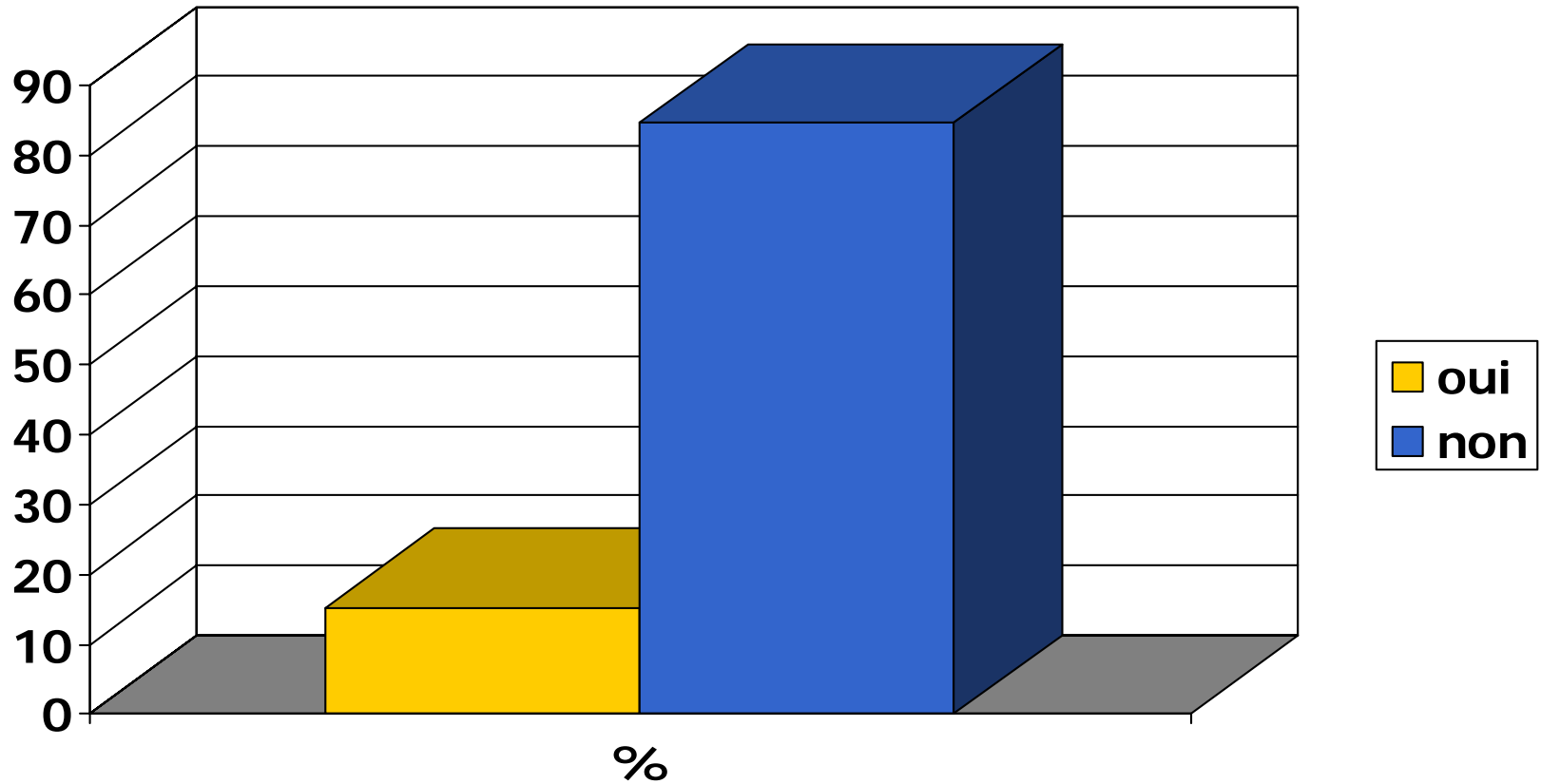
Autres mesures thérapeutiques



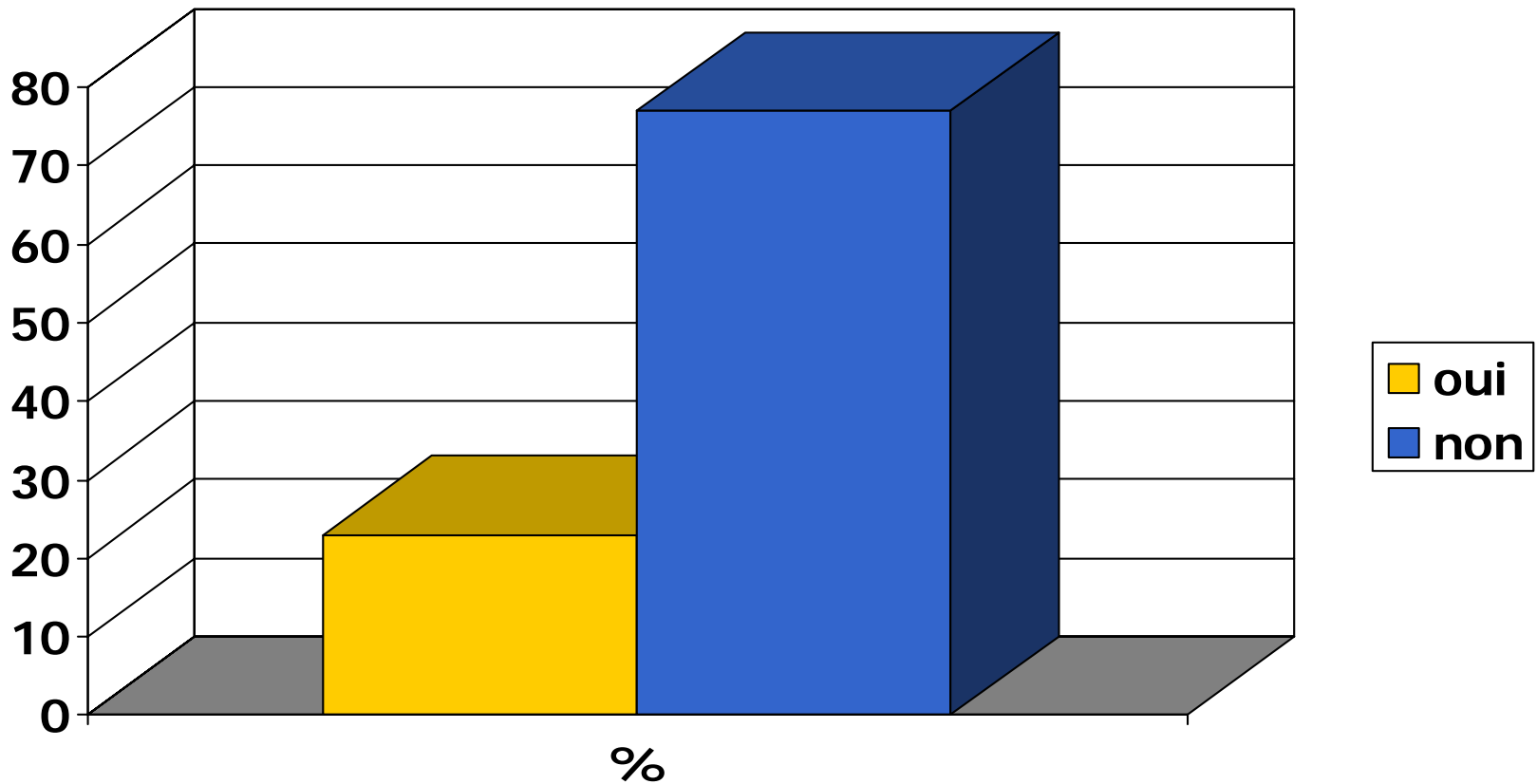
Autres mesures thérapeutiques



Arrêts de travail



Effets secondaires



Efficacité

