

● ● ●

## Dépistage, diagnostic et prise en charge des patients dépressifs en médecine de premier recours

E. Clivaz, Service de psychiatrie de liaison et d'intervention de crise  
S. Durieux-Paillard, S. Motamed, SMPR

16 janvier 2008



● ● ●

A l'issue de ces deux heures, nous aimerions que vous sachiez :

- Identifier les différentes formes d'épisode dépressif
- Que la dépression est multiforme (culture, âge, sexe...)
- Identifier les critères de gravité
- Initier le ttt (médicamenteux ou non)
- Suivre votre patient dépressif à moyen/long terme
- Faire appel au psychiatre de façon adéquate

● ● ●

## PLAN

- I) Diagnostic
- II) Evaluation du risque suicidaire
- III) Epidémiologie
- IV) Etiopathogénie
- V) Comorbidités psychiatriques
- VI) Traitement

● ● ● | I) poser le diagnostic :  
les outils à disposition

**Référence 1 = le DSM IV**

(*Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders*),

Force :

- Plusieurs milliers d'experts psychiatres.
- Task Force de 200 spécialistes internationaux.

● ● ● | **Diagnostic « Episode dépressif majeur »  
avec DSM IV : 9 critères**

1. Humeur dépressive (Tristesse)
2. Perte d'intérêt, de plaisir (Anhédonie)
3. Fatigue, perte d'énergie (Asthénie)
4. Agitation / ralentissement psychomoteur
5. Troubles de la Concentration
6. Baisse de l'estime de soi, sentiment de culpabilité
7. Idées suicidaires, pensées de mort
8. Modification de l'appétit, du poids
9. Troubles du sommeil

● ● ● | **Diagnostic dépression majeure  
selon DSM IV**

- 5 critères + sur les 9, dont au moins tristesse et anhédonie
- Durée des symptômes > 2 semaines, ils sont présents « de manière significative »
- Souffrance cliniquement significative, ou altération de la vie socio-professionnelle (travail, vie familiale...).

● ● ● | **Référence 2 = la CIM 10**

○ **CIM 10**

(Classification internationale des maladies selon l'OMS, 10<sup>e</sup> édition)

Forces/faiblesses :

- Tirée en partie du DSM
- Pas de réel consensus d'experts : issue de l'avis des spécialistes sélectionnés par l'OMS

## Diagnostic dépression selon la CIM 10

### Critères indispensables

- abaissement de l'humeur
- réduction de l'énergie
- diminution de l'activité



### Autres critères

- capacité à éprouver du plaisir,
- \ perte d'intérêt,
- concentration,
- \ fatigue importante
- troubles du sommeil,
- modification de l'appétit,
- estime et confiance en soi,
- \ idées de culpabilité ou de dévalorisation

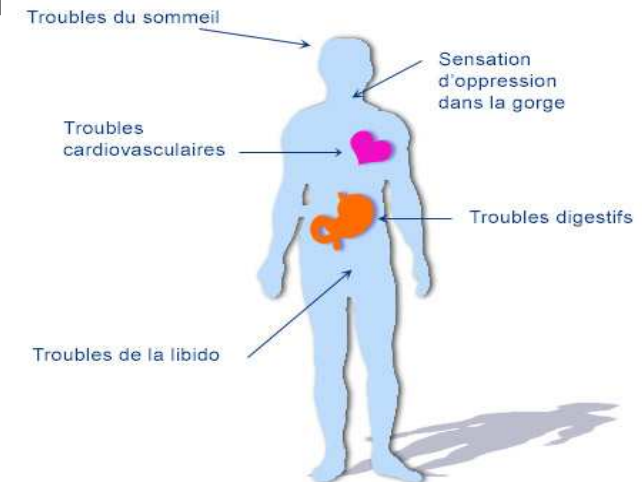
## Diagnostic selon la CIM 10 (suite) = les 3 critères indispensables et...

- **Episode dépressif léger F32.0**  
+ 2 à 3 autres critères. Le patient est capable de poursuivre la plupart de ses activités.
- **Episode dépressif moyen F32.1**  
+ au moins 4 des autres critères. Le patient a bcp de difficultés à effectuer ses activités usuelles.
- **Episode dépressif sévère F32.2, F32.3**  
. Perte de l'estime de soi, idées de dévalorisation et de culpabilité particulièrement marquées.  
. Idées suicidaires et gestes suicidaires fréquents  
. Possibilité d'idées délirantes ou d'hallucinations.

## Ref 3 = Echelles/ Questionnaires degrés de gravité

- **Echelle de dépression de Hamilton** Hétéroévaluation  
Traduite et validée en plusieurs langues  
Score <20 : dépression légère, 20 <Score < 22: dépression moyenne  
Score >22 : dépression sévère
- **MADRS (Montgomery & Asberg Depression Rating Scale)**  
Hétéroévaluation  
Rapide et sensible à l'efficacité thérapeutique
- **Inventaire de dépression de Beck** : Autoévaluation  
Basé sur les critères DSM IV
- **SCID, MINI**  
Très sensibles mais pas très spécifiques (trop de faux positifs)

Dépression, la symptomatologie somatique est souvent la 1<sup>e</sup> plainte du patient !



## Diagnostic : quel bilan somatique ?

### Status :

- Etat nutritionnel
- Substances addictives, alcool ?
- Palpation thyroïde
- Neurologique
- Cardiovasculaire

### Labo :

- TSH-T3-T4,\_FSS
- ? - Na-K-Urée-Créat, Ca++, Glucose, évent B12-folates, tests hépatiques, B1-B6, cortisol basal, test de grossesse, etc.
- ECG si déjà traité aux tricycliques

## II) Évaluation du risque suicidaire

### SAD PERSONS Score (SPS) : 1 outil

- **S**ex (male)
- **A**ge less than 19 or greater than 45 years
- **D**epression (patient admits to depression or decreased concentration, sleep, appetite and/or libido)
- **P**revious suicide attempt or psychiatric care
- **E**xcessive alcohol or drug use
- **R**ational thinking loss: psychosis, organic brain syndrome
- **S**eparated, divorced, or widowed
- **O**rganized plan or serious attempt of suicide
- **N**o social support
- **S**ickness, chronic disease

A score of one or two points indicates low risk, three to five points indicates moderate risk, and seven to 10 signals high risk.

Ref: American Psychiatric Association (APA), mai 2007.

## Risque suicidaire : intérêt d'un contrat de non passage à l'acte ?

- Aucune étude n'a démontré l'efficacité ou l'utilité de réaliser un « contrat de non-suicide »
  - Seule la **qualité de l'alliance thérapeutique** permet de diminuer le risque suicidaire
- Conclure un contrat d'**APPEL A L'AIDE !**

## Jeu de rôle : 10 mn

- Quelles questions posez-vous à un patient déprimé pour détecter les idées suicidaires ?
- Comment conclure ce contrat d'appel à l'aide ?

## Evaluation clinique du risque suicidaire, exemple de questions:

- Face à toutes ces difficultés, tout ce mal-être que vous vivez actuellement, pensez-vous à la mort ?
- Pensez-vous au suicide en ce moment, y avez-vous déjà pensé ?
- Comment avez-vous pensé faire pour vous suicider ?
- Ce que vous racontez m'inquiète ! Pensez-vous qu'il y a un risque que vous mettiez fin à vos jours avant qu'on se revoie ?
- Quand vous pensez à mourir, y a-t'il quelqu'un que vous pouvez solliciter pour obtenir un soutien, demander de l'aide ?
- Jusqu'au prochain rendez-vous, pouvez-vous vous engager à faire appel à quelqu'un ou à appeler les urgences si vous vous sentez tellement mal que cela devient insupportable au point de vouloir mourir ?

Tel des urgences psychiatriques 022/372.38.62

doute sur l'évaluation,?  
risque suicidaire marqué ?

Demander l'avis du trieur des urgences  
psychiatriques

BIP: 6'859'922

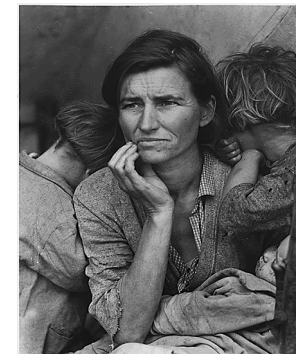
Ou contacter le psychiatre le plus rapidement disponible

## III) Epidémiologie (varie selon études, pays...)

- Prévalence de la dépression unipolaire
  - Ponctuelle : 2 à 5%
  - vie entière : 8 à 20%
- Sexe : 2F/1H
- Age de début:
  - Médiane 30-35      Moyenne 40      Pic <20
- Classes sociales défavorisées plus atteintes
- Groupes à risque : migrants précaires, p. âgés...

## Et la génétique ?

- Parents 1er degré: risque x 2 – 4
- Etudes sur jumeaux:
  - Monozygotes : concordance 30-50%
  - Dizygotes : concordance 10-20%
- Déterminants génétiques multiples mais minoritaires / facteurs environnementaux (psychosociaux).





## Risque de chronicité

- Après 1 an, sans traitement :
  - 40% ont toujours les critères DSM IV
  - 20% sont en rémission partielle
  - 40% sont en rémission complète
- 10 à 20% des épisodes ont une évolution chronique à 2 ans



## Récurrence

- Deux épisodes sont considérés comme **distincts** s'ils sont séparés d'une période d'au moins 2 mois consécutifs durant lesquels :
  - DSM IV → les critères ne sont pas remplis
  - CIM10 → pas de perturbation de l'humeur
- Risque de récurrence:
  - 1er épisode 50-60%
  - 2e épisode 70%
  - 3e épisode 90%



## Tentatives de Suicide : intérêt des statistiques ?

- Dans les dépressions sévères/majeures :
  - Risque élevé mais < valeur de 15% «traditionnellement évoquée »
  - Problèmes méthodologiques des études évaluant la « case fatality prevalence » et la « proportionate mortality prevalence »
- Mais, 50 à 80% des décès par suicide sont liés à la dépression : y penser !

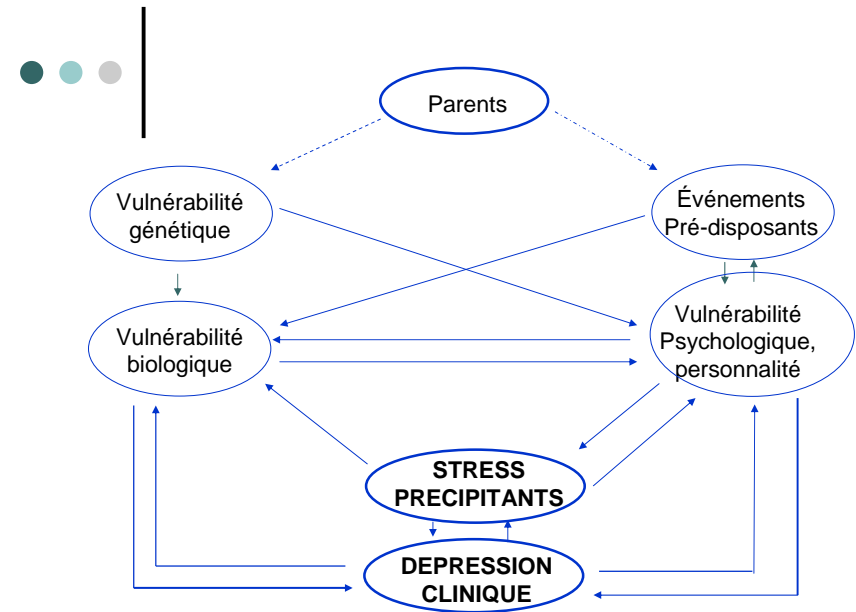


## Mortalité autre que par suicide :

- La dépression est associée à un risque plus élevé de mortalité indépendamment du suicide (après 55 ans, x4)
- Persiste quand on contrôle le rôle du tabagisme
- Aggrave le pronostic d'infarctus du myocarde

## IV) Etiopathogénie

Les multiples facteurs jouant un rôle dans l'apparition du syndrome dépressif rendent complexe la réalisation d'un modèle intégratif complet....



## Association à diverses maladies somatiques

- Douleurs chroniques : 20-30%
- Dysfonctionnement thyroïdien 30%
- Cancers 20-40%
- SEP 5-50%
- HIV 5-30%
- Maladie de Parkinson 30-50%
- ...

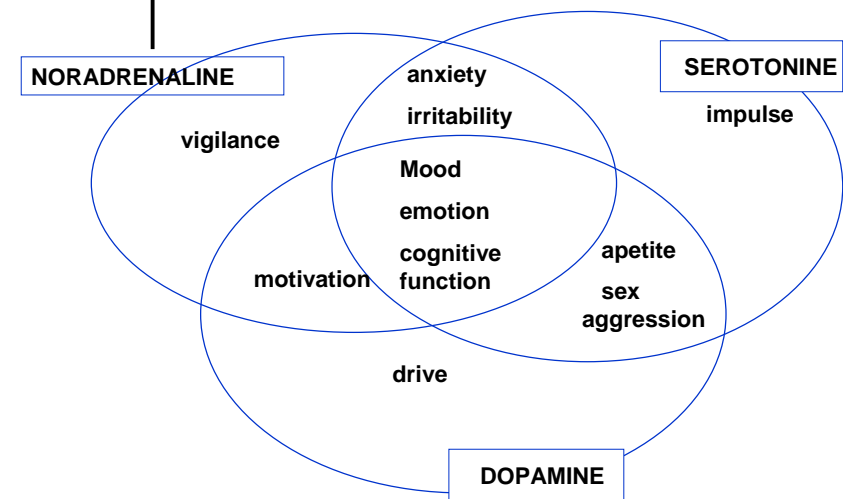
## Autres facteurs favorisants

- Saisonnalité (Printemps-Automne, Pic hivernal)
- Influences hormones sexuelles (post-partum, ménopause)
- Médicaments (corticoïdes, IFN $\alpha$ , clonidine, catapressan, inhibiteurs calciques...)
- Accumulation d'expériences de vie négatives...

## Dimension neurobiologique

- Diminution du flux sanguin cérébral
  - Amygdale
  - Cortex orbital
  - Thalamus médian
- Augmentation du flux sanguin cérébral
  - Cortex préfrontal, dorsomédial, dorsoantérolatéral, subgénéral
  - Cortex cingulaire ventral antérieur

## Influence des Neurotransmetteurs



Healy and McMonagie  
1997

## Et encore, ne pas oublier...

- **Les Autres neuromédiateurs** (dopamine, acétylcholine, GABA, Glutamate)
- **Les Autres neuropeptides** (NPY, TRH, TSH, T3-T4, neurostéroïdes, hormones sexuelles...)
- **Les Aspects neurophysiologiques**
  - ↓sommeil ondes lentes (profond)
  - ↓latence d'apparition du sommeil paradoxal
  - ↑durée du sommeil paradoxal
- **Les Aspects chronobiologiques**
  - Rythme Température-Cortisol-Sommeil

## V) Comorbidités psychiatriques

- Dépression-Schizophrénie
  - Difficile à identifier
  - Remettre en cause un traitement antipsychotique classique
  - Se traite par antidépresseur si persiste
- Dépression-Trouble délirant
  - Dépression souvent masquée
  - Intérêt des antidépresseurs
- Dépression PTSD : tt antidépresseur





### ○ Trouble bipolaire

- Transmission génétique plus forte (20-25% chez les parents au premier degré)
- Prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique spécifique indispensable.
- Utilisation des antidépresseur plus risquée
- Prévalence sur la vie 2-3%



### ○ Dépression-Abus de substance

- Dépression primaire/secondaire
- D'abord prendre en charge la dépendance et assurer le sevrage (ou la substitution). Si la dépression persiste, la traiter spécifiquement en parallèle avec le traitement de la dépendance.
- Quand la dépression est guérie, la dépendance ne disparaît pas.



### ○ Dépression-trouble panique

- Dépression primaire/secondaire
- Moins bon pronostic:
  - Plus de TS
  - Moins bonne réponse au traitement
  - Moins bonne évolution psychosociale à moyen terme
- Intervention cognitivo-comportementale sur le tb panique



### ○ Dépression-TOC

- Prévalence élevée de la dépression chez les patients souffrant de TOC: 80% sur la vie
- Evolution indépendante des 2 troubles (dépression moins chronique que le TOC)

### ○ Dépression-trouble alimentaire

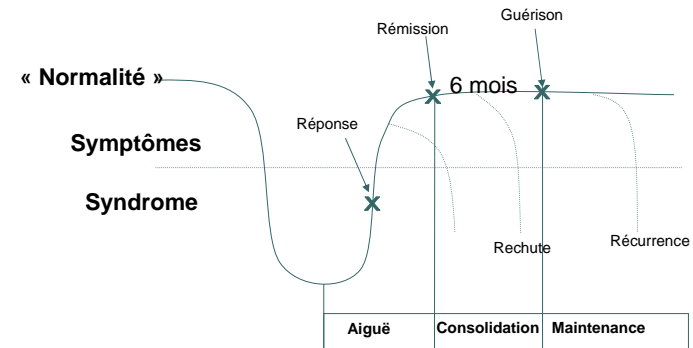
- Plus fréquente avec Boulimie qu'Anorexie
- ISRS (+luminothérapie dans les formes saisonnières)

## Dépression-Trouble de la personnalité

- Moins bon pronostic
  - Plus de TS
  - Moins bonne réponse au traitement
  - Moins bonne évolution psychosociale
- Traiter la dépression selon les règles et la persévérance habituelle
- Prise en charge psychothérapeutique spécifique
- Dg différentiel difficile entre dépression chronique persistante et dépressivité borderline permanente.

## VI) Traitements

### Phases de traitement pour la dépression



D'après Kupfer 1991

## Approches thérapeutiques pour le médecin de premier recours

- **Episode léger**
  - Soutien psychologique (« Thérapie de soutien »)
- **Episode moyen**
  - Soutien psychologique, traitement antidépresseur, avis psychiatrique éventuel
- **Episode sévère**
  - Soutien psychologique, traitement antidépresseur, prise en charge psychiatrique.

## Soutien psychologique

- Pour un MPR, ça veut dire quoi ?



## ● ● ● | Soutien psychologique

- Soutien psychologique ≠ **psychothérapie de soutien**
- Soutien psychologique **indispensable** pour le traitement de la dépression
- **La qualité de la relation** prime sur la technique
- **Relation de confiance**, chaleureuse, compréhensive
- Disponibilité, dialogue, **écoute**. Valider les émotions du patient
- **Soutenir** le patient, l'encourager, lui redonner espoir

## ● ● ● | Soutien psychologique: lignes directrices 1

- Fréquence élevée des rendez-vous.
- Aider le patient à accepter sa maladie, Déculpabiliser.
- Aspects psychoéducatifs :
  - Nommer le diagnostic de dépression
  - Dédramatiser sans discréditer (maladie fréquente qui se soigne).
  - Destigmatiser
  - Revoir ensemble les symptômes
  - Expliquer le traitement, sa durée, les effets secondaires
  - Si besoin impliquer la famille (migrants)

## ● ● ● | Soutien psychologique: lignes directrices 2

- Motiver le patient à poursuivre son traitement.
- Identifier ses ressources, l'encourager à les mobiliser.
- Identifier les sources de stress (pas tjs simple de les supprimer)
- Conseils simples pour aider concrètement à gérer le quotidien.

## ● ● ● | Soutien psychologique: lignes directrices 3

- Encourager et valoriser les changements positifs.
- Gérer les aspects socio-professionnels (Arrêt Travail à discuter).
- Identifier les lacunes dans l'hygiène de vie
- Eventuellement encourager à entreprendre une psychothérapie.

## ● ● ● | Psychothérapie de soutien

- 1x/semaine
- Face à face
- Ecoute active, motivation du patient.
- Réflexion psychanalytique du psychothérapeute.
- Pas d'interprétation psychanalytique

## ● ● ● | Prévention de la rechute

- Phase de Maintenance
- Informer le patient sur le risque de rechute (75% rechutent, le plus souvent dans les 6 mois)
- Aider le patient à être à l'écoute de ses besoins, à diminuer les facteurs de stress ou au moins les identifier
- Insister sur une bonne hygiène de vie (Alimentation, sommeil, sport, éviter les substances dépressogènes comme l'alcool ou les drogues)
- Parler de la psychothérapie, encourager le patient à faire cette démarche.

## ● ● ● | Traitements antidépresseurs

- Réponse au placebo : 30-40%
- Réponse aux tt AD : 60-70%
- Réponse précoce marquée = effet placebo le plus souvent.
- Amélioration partielle précoce prédit réponse favorable.
- Délai d'action : **1-2 semaines**
- Délai pour juger de l'efficacité : **3 à 4 semaines de pleine posologie**

## ● ● ● | Phase de consolidation

- **4 à 6 mois** après la rémission complète
- Ne pas diminuer la posologie
- Viser la restitution ad integrum (notion de symptômes résiduels)



## Effets secondaires

- Apparaissent directement après l'introduction du traitement.
  - **Nécessité d'informer le patient**
- principale cause de manque de compliance au traitement.
- Ne sont pas généralisables aux molécules de classe identique.
- !! Pas d'études de comparaison à large échelle pour les génériques...
- Possibilité d'introduction lentement progressive du traitement pour éviter l'apparition des effets secondaires.



## Jeu de rôle

- Comment motiver un patient à prendre (**et poursuivre**) un tt antidépresseur ?



## Selective Serotonin reuptake inhibitors (SSRI)

- Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la serotonine au niveau pré-synaptique.
- Profil d'effets secondaires moindre.
- Efficacité comparable. Argumentaires des entreprises pharmaceutiques toujours discutables concernant les études et les résultats mis à disposition.
- Choix de la molécule en fonction du profil d'effets secondaires et de ses désavantages au regard du patient.



## Effets secondaires principaux des SSRIs

### Durée jusqu'à 2-3 semaines

- Nausées, vomissements, diarrhées
- Nervosité, insomnie, agitation, anxiété, somnolence
- Vertiges, céphalées
- Tremblements
- Prise de poids
- Troubles sexuels
- Confusion, épilepsie

### Syndrome sérotoninergique :

- Agitation, confusion, hypomanie
- Tremblements, myoclonies
- Hypertonie diffuse avec hyperréflexie ostéotendineuse, puis rigidité musculaire avec ses conséquences (difficulté respiratoire, trismus gênant l'intubation, rhabdomyolyse...)
- Mydriase (parfois aréactive), sueurs profuses, hyperthermie, frissons
- Augmentation de la pression artérielle, tachycardie, tachypnée

## SSRI, les molécules

- ○ Seropram / Citalopram / Cipralex (escitalopram)
  - Profil d'action comparable de 2 énantiomères (citalopram/S-citalopram)
  - Peu d'effets secondaires
  - Peu d'interactions médicamenteuses
- Zoloft / Sertraline
  - Peu d'effets secondaires
- Fluctine/Fluoxétine
  - Demi-vie de 2 semaines
  - Pas d'indication pour les troubles anxieux
- Deroxat/Réboxétine
  - Légère action noradrénergique, peut aggraver l'anxiété.
  - Beaucoup d'interactions médicamenteuses
- Floxyfral(flvoxamine)
  - Le SSRI qui a le moins d'effets secondaires sexuels (impuissance)
  - Beaucoup d'interactions

## AD à action double Sérotonine-Noradrénaline

- ○ ○  
○ **Efexor** (Venlafaxine)
  - Bonne efficacité avec profil d'effets secondaire moindre par rapport aux tricycliques.
  - Indication pour les troubles anxieux également.
  - Risque d'hypertension
  - Demi vie courte (<12h)
  - Symptômes de sevrage à l'arrêt brusque
- **Cymbalta** (Duloxétine)
  - Prometteur mais peu étudié : nouveau
  - Demi vie courte (<12h)
  - Ne ferait pas de symptomes de sevrage
  - Dosage unique



- **Remeron** (Mirtazapine)
  - Sédatif à 15mg/j, mais pas à 30mg/j !
  - Orexigène (prise de poids très fréquente)
  - Sevrage progressif nécessaire pour éviter les troubles du sommeil
- **Tolvon** (Miansérine)
  - Efficacité dopaminergique légère.
  - Sédatif
  - Nombreux effets secondaires.



## AD tricycliques

- Triple efficacité Dopamine-Sérotonine-Noradrénaline
- Découverts dans les années 1950
- Efficacité optimale sur la dépression et l'anxiété
- Efficacité sur les douleurs
- Nombreuses interactions médicamenteuses
- Effets secondaires important
  - Anticholinergiques
  - Cardiaques : arythmies, modifications de l'ECG (allongement QT), tachycardie sinusale, allongement du temps de conduction
- Anafranil (clomipramine), Ludiomil (maprotiline), Saroten (amitryptiline), Nortilène (Nortryptiline), Surmontil (trimipramine).

**Ne pas utiliser en 1e intention, ni sans avis psychiatrique spécialisé.**

## Inhibiteurs de la Monoamine-Oxydase (IMAO)

Très efficaces mais...

- Pratiquement plus prescrits
- Interactions médicamenteuses et liées à l'alimentation graves (risque de syndrome sérotoninergique).
- Profil d'action difficile à manipuler.
- Prescription uniquement selon avis psychiatrique spécialisé.
- Ex : Aurorix (moclobémide, IMAO partiel).

## Autres Antidépresseurs

- **Trittico (Trazodone)**
  - Très sédatif (Peut être utilisé le soir comme hypnotique)
  - Pas d'action directe sur la sérotonine (Pas de risque de syndrome sérotoninergique).
  - Peu d'interactions médicamenteuses, utilisé en combinaison.
  - Risque hypotenseur
- **Zyban (bupropion)**
  - Action sur la dopamine et la noradrénaline.
  - Indication à venir très prochainement en Suisse pour la dépression.
- **Edronax (Réboxétine)**
  - Action noradrénergique exclusivement
  - N'améliore pas le sommeil ou l'appétit
  - Est souvent utilisé en combinaison

## Conclusion : quizz

- Avec un peu de volonté, on sort de la dépression : V/ F
- Le meilleur moyen de soigner la dépression c'est de rester au lit pdt un mois : V/F
- Le seul moyen de guérir, ce sont les antidépresseurs : V/F
- Les antidépresseurs créent un état artificiel: on n'est plus soi-même : V/F
- la dépression, c'est dans la tête: V/ F
- Parler du suicide à quelqu'un peut l'inciter à le faire V/F