

Comment évaluer et prendre en charge un patient déprimé au cabinet

Katerina Mavrommati, SPLIC
Stéphane Saillant, Centre d'urgences
psychiatriques, Neuchâtel
Noëlle Junod Perron, SMPR
15.1.2014

1

Mme A.T.

- Patiente de 35 ans, originaire d'Ethiopie, en Suisse depuis 7 ans, se présente pour une fatigue et des maux de tête en casque évoluant depuis 1-2 mois, sans autres symptômes d'alarme
- Depuis 1 mois, signale des troubles du sommeil sous forme d'endormissement et de réveils fréquents.
- Travaille comme femme de chambre dans un hôtel, sans contrat fixe, sur demande
- Deux filles de 10 ans, restées au pays

- Status normal, signes vitaux sp, examen neurologique sp

Questions à l'assemblée

- Quelles sont les 2 questions supplémentaires à poser évaluer si la patiente souffre potentiellement d'une dépression?

Dépistage (1)

Excellente sensibilité (97%) des 2 questions suivantes:

Au cours des 2 dernières semaines,

- Vous êtes-vous senti **abattu, déprimé ou désespéré**, toute la journée, presque tous les jours ?

- Avez-vous perdu de **l'intérêt ou du plaisir** dans vos activités toute la journée, presque tous les jours ?

Aroll 2003, 2005

Dépistage (2)

Si **OUI** aux 2 questions de dépistage



Critères CIM-10/DSM-IV



Echelle Hamilton (gravité, suivi)

5

Trouble dépressif majeur: CIM-10

- 3 critères majeurs:
 - tristesse
 - anhédonie (perte d'envie et plaisir)
 - fatigabilité
- 7 critères mineurs:
 - baisse de concentration/attention
 - baisse de l'estime de soi
 - culpabilité/dévalorisation
 - attitude morose et pessimiste face à l'avenir
 - idées suicidaires
 - troubles du sommeil
 - inappétence, perte poids
- Durée \geq 2 semaines

6

Stades

- **léger** = \geq 2 majeurs et 2 mineurs
- **moyen** = \geq 2 majeurs et 3-4 mineurs
- **sévère** = 3 majeurs et 4-5 mineurs
+ idées suicidaires

CIM-10/ICD-10, Masson, 2000

7

Echelle PHQ-9

http://www.phqscreeners.com/pdfs/02_PHQ-9/PHQ9_French%20for%20Switzerland.pdf

The screenshot shows the PHQ-9 questionnaire form. The form is titled 'Questionnaire PHQ-9 pour la dépression / PSYCHIATRIE / SCORES DIAGNOSTIQUES / SCORES CLIN - Internet Explorer'. It includes a header for 'GROUPE MEDICINE & HYGIENE' and a navigation menu. The main content area is divided into sections: 'SCORES DIAGNOSTIQUES' (listing various medical specialties), 'Questionnaire PHQ-9 pour la dépression', and 'SCORES CLIN'. The questionnaire consists of nine items, each with a frequency scale (e.g., 'Pas du tout', 'Peu de fois', 'Souvent'). The items are: 1. Little interest or pleasure in doing things, 2. Fatigue or loss of energy, 3. Sleep problems, 4. Feeling down, hopeless, or helpless, 5. Trouble concentrating, 6. Thoughts of death or suicide, 7. Moving or speaking slowly, 8. Feeling that you are a burden on others, 9. Loss of interest in usual activities. The form also includes a section for 'SCORES CLIN' and a footer with the URL 'www.phqscreeners.com'.

8

Diagnostic différentiel

- *Dysthymie, dépression mineure:*
humeur triste chronique
- *Dépression saisonnière:*
tableau en hiver, hyperphagie et hypersomnie, amélioration avec la photothérapie
- *Trouble de l'adaptation:*
symptômes anxio-dépressifs dus à facteur de stress (dans le mois suivant)
- *Épisode dépressif d'un trouble bipolaire:*
anamnèse, ATCD psychiatriques, traitement stabilisateur de l'humeur

9

Épidémiologie

- Prévalence: 2-3% hommes, 5-10% femmes
- Incidence: 1% hommes, 3% femmes
- âge: ≈ 40 ans
- 2 femmes pour 1 homme
- A risque:
 - population socio-économique défavorisée, précarisée
 - anamnèse familiale dépression
 - anamnèse familiale dépendance alcoolique
- Pronostic:
 - 50% guérison
 - 30% guérison partielle
 - 20% chronicité
 - Rechutes fréquentes (75% auront un 2^{ème} épisode)

10

Etiologie => multifactorielle!

biologique



- ↘ **5HT2**, NA
- ↗ **cortisol** car hyperactivité de axe HT-HP-surrénalien
- Génétique: rôle peu clair
- Imagerie cérébrale:
 - Noyau caudé petit
 - Lobes frontaux petits
 - ↘ débit sg ganglions base

psychopathologique



- **Analytique:**
 - Conflits inconscients
 - Moi affaibli
 - Surmoi persécuteur
- **Cognitive: triade de Beck**
 - vision négative de **soi**
 - vision négative du **futur**
 - **interprétation négative** des expériences passées
- *Impuissance apprise*
- Événements de vie, facteurs de stress

11

Dépression induite par...

substances:

- alcool
- cocaïne
- cannabis

médicaments:

- Propanolol
- Interféron
- Méfloquine

endocriniennes:

- Hypothyroïdie
- Hyperaldostérionisme
- Cushing et Addison

Infectieuses/inflammatoires:

- SIDA
- mononucléose
- PR, Sjörgen, LED

neurologiques:

- Démence
- Apnées du sommeil
- SEP
- Parkinson, Huntington

métaboliques, autres:

- Diabète
- cancer
- cardiopathies
- Pneumopathies
- anémie

12

Quel bilan complémentaire?

A visée **diagnostique**

- TSH
- Calcium
- Formule sanguine simple
- Glycémie
- spécifique selon la clinique...

Si introduction d'un **antidépresseur**

- ECG
- Transaminases
- Créatinine, électrolytes

Mme A.T. suite

- Vous avez posé le diagnostic de dépression modérée et avez prescrit du Zolpidem et le revoyez deux semaines plus tard
 - La patiente s'endort plus facilement mais continue à se réveiller au milieu de la nuit et à partir de 5h du matin, n'arrive plus à fermer l'œil
 - Irritabilité, s'énerve très vite
 - A l'impression qu'il ne peut plus fonctionner au travail et en a marre de tout
 - Elle vous livre que cela serait plus simple si elle n'était plus de ce monde

Suicide: épidémiologie

- Prévalence population générale: ~ 0,5-1,5%
- Suisse: 15 décès/100'000 habitants
- Suicide réussi: > 3 hommes/1 femme
- TS: 3 femmes/1 homme
- 2 pics: fin adolescence et âge avancé
- Population défavorisée
- Incidence plus élevée en milieu rural
- Moyen souvent violent chez les hommes
- Mauvaise prévisibilité du risque suicidaire!

Suicide et dépression

- Dépression: la plus importante pathologie responsable
- 50% ont des idées suicidaires
- 15% de tentatives de suicides
- Risque important: premières semaines de traitement et à la sortie de l'hôpital psy
- **sérénité troublante** = décision prise, solution trouvée, suicidalité très élevée

Evaluation: **RUD**

Risque = facteurs de risque

- **ATCD suicidaire!**
- Pathologies psychiatriques
- Sexe masculin
- Adolescence/âgé
- Abus de substances, notamment alcool
- Divorce, séparation
- Chômage
- Absence de liens familiaux, sociaux
- Isolement
- Maladie somatique
- Professions de la santé

Séguin et Terra 2004

17

Urgence

= idées suicidaires, scénario, projet précis

- *Faible*: idées suicidaires, sans projet, solutions alternatives
- *Moyen*: scénario défini mais décalé dans avenir, ou imprécis
- *Elevée*: planification claire, programmé pour jours/heures à venir

Séguin et Terra 2004

18

Dangerosité

= létalité du moyen choisi et son accessibilité

- *Faible*: abus médicamenteux, peu de médicaments à disposition
- *Moyen*: noyade, pas de plan d'eau à disposition
- *Elevée*: pendaison/arme à feu, matériel à domicile

Séguin et Terra 2004

19

Niveaux de risque	Symptômes	Evaluations du potentiel suicidaire R.U.D.	Actions proposées
0	Pas de détresse	–	–
1	Tristesse sans idées noires/suicidaires	R.U.D. faible	Suivi par généraliste
2	Idées noires mais pas suicidaires	R.U.D. faible	Suivi ambulatoire psychiatrique ou par généraliste
3	Idées suicidaires fluctuantes sans projet, ou antécédents psychiatriques	R.U.D. faible ou moyen	Suivi ambulatoire psychiatrique
4	Idées suicidaires actives sans projet, ou antécédents psychiatriques	R.U.D. moyen	Suivi ambulatoire psychiatrique ou hospitalisation, selon alliance thérapeutique et engagement du patient
5	Idées suicidaires actives sans projet avec antécédents psychiatriques	R.U.D. moyen ou élevé	Hospitalisation ou soutien ambulatoire psychiatrique (soutien CTB) si engagement du patient
6	Idées suicidaires actives avec projet sans antécédents psychiatriques	R.U.D. élevé	Hospitalisation
7	Idées suicidaires actives avec projet et antécédents psychiatriques – Passage à l'acte	R.U.D. élevé	Hospitalisation

Lampros Perogamvros, Ioana Chauvet, Grégoire Rubovszky
Quand référer aux urgences un patient présentant une crise suicidaire ?
Rev Med Suisse 2010;6:1555-1557

20

Contrat de non-passage à l'acte

- **NON** si le RUD est élevé
- Controversé...
- Aucune efficacité prouvée dans dissuasion
- Peut être utile durant la négociation du contrat
⇒ *instant clé*
- Efficacité de dissuasion du contrat peut être:
 - **bonne** si *alliance* thérapeutique solide
 - **douteuse** si contexte *d'urgence*, avec un patient inconnu
 - **nulle** si patient intoxiqué, psychotique, agité
 - **contre-productif** avec certains troubles de *personnalité* (borderline notamment)

21

Mise en pratique

- Pour se familiariser avec les questions à poser
 - Katerina joue le rôle du patient
 - 5-6 internes posent des questions à tour de rôle pour
 - Evaluer le risque suicidaire de la patiente

22

Prise en charge de la dépression

Deux phases thérapeutiques:

1. mise en place du traitement

2. suivi

23

1. mise en place du traitement

- Expliquer le **diagnostic** au patient
- Garder une place importante dans la discussion pour le sujet du **traitement**
- Approfondir les **croyances** au sujet du ttt
- Si **antidépresseur**: informer le patient sur
 - délai d'action
 - effets secondaires
 - durée du traitement

24

2. suivi

- Suivi rapproché nécessaire
- Début ttt: risques **suicidaire et maniaque**
- Rendez-vous:
 - 1x/semaine pendant 3 semaines si intro AD
 - puis 2x/mois pendant environ 3 mois
 - d'avantage rapprochés si risque suicidaire
- Echelle PHQ 9 ou Hamilton pour évaluer l'efficacité
- **Arrêt de travail**: le plus court possible, réévaluation fréquente, reprise progressive

25

Quel traitement?

- Trouble dépressif *majeur*:
 - léger } psychothérapie
 - moyen } ou pharmacothérapie
 - sévère → pharmacott initiale
- Trouble dépressif *récurrent*:
psychothérapie et pharmacothérapie

Fanher 2007, Ebmeier 2006, Schulberg 2002, Thase 1997

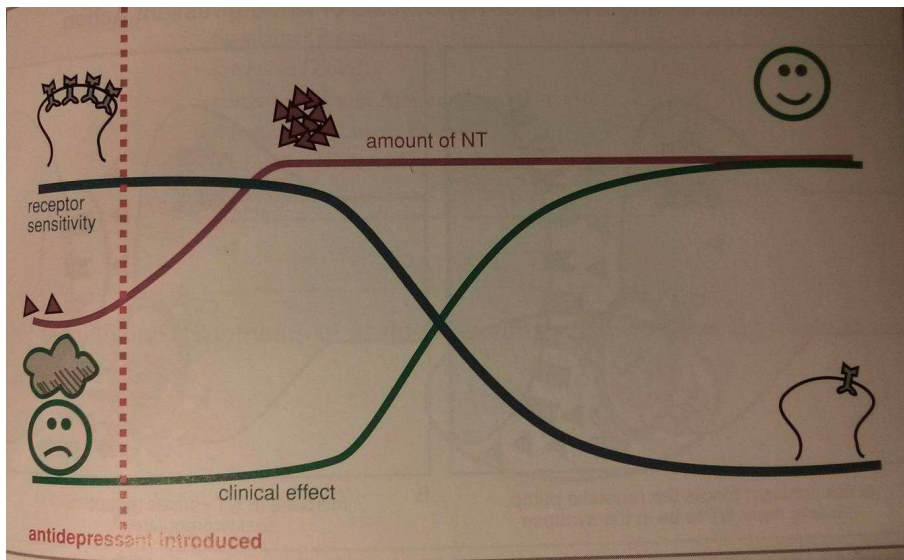
26

PHQ-9 Score	Provisional Diagnosis	Treatment Recommendation
5-9	Minimal Symptoms	<i>Support, educate to call if worse; return in 1 month</i>
10-14	Minor depression	<i>Support, watchful waiting !</i>
	Dysthymia	Antidepressant or psychotherapy
	Major depression, mild	Antidepressant or psychotherapy
15-19	Major depression, moderately severe	Antidepressant or psychotherapy
≥ 20	Major depression, severe	Antidepressant and psychotherapy as additional treatment

Avant le traitement médicamenteux... ... règles d'or!

- **Pas dans l'urgence**
- Prise de conscience de la dépression par le patient
- **Médicament investi = médicament efficace**
- Favoriser la monothérapie
- Utiliser même molécule si efficace dans le passé
- Utiliser molécule connue du praticien
- Profil des effets secondaires
- Dose toxique – sécurité du patient

28



Stahl's essential psychopharmacology 3rd 29

Que choisir?

- Absence de consensus clair, manque de données sur ttt long cours
- **escitalopram (Cipralex®), sertaline (Zoloft®), venlafaxine (Efexor®) et mirtazapine (Remeron®)**
 - plus efficaces et mieux tolérés
- **Reboxetine (Edronax®), paroxétine (Deroxat®) et duloxétine (Cymbalta®)**
 - moins efficaces

Cipriani 2009

- Si pas de réponse ou ES++, ad autre SSRI
- Après deux échecs de SSRI => ad AD avec double action (sérotoninergique et noradrénergique)
- AD double action plus efficace si épisode sévère

Thase 2002, Poirier 1999⁹

selon la clinique de la dépression

« anxieuse »

- anxiété
- irritabilité
- troubles du sommeil

« inhibée »

- somnolence
- apathie
- aboulie
- ralentissement

dépression *inhibée*

→ AD stimulant

SSRI: citalopram, escitalopram

SNRI: venlafaxine

= 1^{ers} choix en médecine générale

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • 10mg → 20mg ↗ 40mg • Efficacité et sécurité • Peu d'interactions médic. • Peu de cardiotoxicité • ES: nausées, tr. sexuels • escitalopram: 10-20mg | <ul style="list-style-type: none"> • 37,5/75mg ↗ 150, 225 • Peu d'interactions méd. • Peu de cardiotoxicité • Efficace si douleurs chroniques associées • Risque HTA si haute dose (>200mg) • duloxétine: 60mg |
|---|--|

dépression *anxieuse*

→ AD sédatif

mirtazapine (Remeron®)

- 15mg ↗ 30, 45mg
- Pas effet sexuel ni digestif
- CAVE: prise pondérale
- Eviter chez jeune femme
- *effet sédatif plus important à 15mg*
- **FS? Agra...

trazodone (Trittico®)

- 50mg ↗ 200, 300mg
- Pas de prise pondérale
- Effet sec.: priapisme

33

Si ...

âgé, co-morbidités somatiques

⇒ **citalopram**

troubles du sommeil

⇒ **mirtazapine, trazodone, agomélatine**

peu d'effets sur fonction sexuelle

⇒ **mirtazapine, trazodone, duloxetine, agomélatine**

douleurs neuropathiques, chroniques associées

⇒ **venlafaxine, duloxetine, amitriptyline (75mg/j.)**

Pathologie cardiaque, co-morbidités somatiques

⇒ éviter **tricyclique**

HTA connue

⇒ éviter **venlafaxine**

tendance à prise pondérale

⇒ éviter **mirtazapine, paroxétine et tricyclique,**
ad fluoxétine, agomélatine

34

Suppléments diététiques et herbes

Millepertuis → interactions avec ttt AD, contraceptif, anti-rétroviral, oncologique et immunosuppresseur

Indication pour ED léger ou moyen

Carences et Depression. (Morgan, 2008 [Systematic Review])

zinc, omega-3 fatty acid, magnesium. (Appleton, 2010; Siwek, 2010; Colangelo, 2009).

Omega-3 pas d'efficacité (Bloch, 2011 [Systematic Review]).

Vitamin D pas d'efficacité (Thacher, 2011).

35

Conduite du traitement (1)

- Informer le patient :
 - Effets secondaires « bénignes » ≈ **1-2 semaines** puis stop
 - Effets secondaires sexuels persistent souvent
 - Effet antidépresseur ≈ **2-4 semaines**
- Effets secondaires fréquents:
 - nausées, vomissements
 - Vertiges, céphalées
 - Douleurs abdominales, diarrhées
 - sexuel
- AD avec le moins d'effets secondaires sexuels:
 - mirtazapine, trazodone, bupropion, duloxetine

36

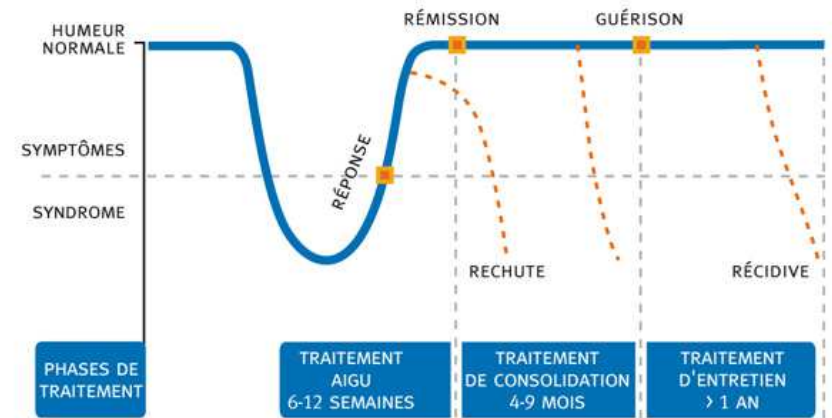
Conduite du traitement (2)

- Dosage:
 - Faible dosage initial
 - Augmentation progressive
 - **Aller jusqu'à la dose efficace!**
 - **4/5 de patients qui sont sous ttt pour un ED reçoivent un ttt inadéquat**

(Kessler RC et al JAMA. 2003)

37

Évolution de la réponse au ttt AD



38

USING THE PHQ-9 TO ASSESS PATIENT RESPONSE TO TREATMENT

Initial response after Four weeks of an Adequate Dose of an Antidepressant		
PHQ-9	Treatment Response	Treatment Plan
Drop of 5 points from baseline	Adequate	No treatment change needed. Follow-up in four weeks.
Drop of 2-4 points from baseline.	Possibly Inadequate	May warrant an increase in antidepressant dose
Drop of 1-point or no change or increase.	Inadequate	Increase dose; Augmentation; Switch; Informal or formal psychiatric consultation; Add psychological counseling
Initial response after Six weeks of Psychological Counseling		
PHQ-9	Treatment Response	Treatment Plan
		four weeks.
Drop of 2-4 points from baseline.	Possibly Inadequate	Probably no treatment change needed. Share PHQ-9 with psychotherapist.
Drop of 1-point or no change or increase.	Inadequate	If depression-specific psychological counseling (CBT, PST, IPT*) discuss with therapist, consider adding antidepressant. For patients satisfied in other type of psychological counseling, consider starting antidepressant For patients dissatisfied in other psychological counseling, review treatment options and preferences

* CBT-Cognitive-Behavioral Therapy; PST-Problem Solving Treatment; IPT-Interpersonal Therapy

The goal of acute phase treatment is remission of symptoms so that patients will have a reduction of the PHQ-9 to a score <5. Patients who achieve this goal enter into the continuation phase of treatment. Patients who do not achieve this goal remain in acute phase treatment and require some alteration in treatment (dose increase, augmentation, combination treatment). Patients who do not achieve remission after two adequate trials of antidepressant and/or psychological counseling or by 20 to 30 weeks should have a psychiatric consultation for diagnostic and management suggestions.

39

- 50 à 85% des personnes qui souffrent d'un épisode de dépression majeure auront une récurrence, généralement dans les deux ou trois ans.
- Les patients qui ont eu trois ou plusieurs épisodes de dépression majeure sont à risque de 90% d'avoir un autre épisode. (Simon, 2002)

→ Psychothérapie TCC (Teasdale, 2001)

40

Depression Medication Treatment Duration Based on Episode

Episode	Treatment Duration*
1 st episode (major depression, single episode 296.2x [F32.x])	<ul style="list-style-type: none"> • Acute phase typically lasts 6-12 weeks. • Continue psychotherapy/medication treatment for 4-9 months once remission is reached. • Total = approximately 6-12 months
2 nd episode (major depression, recurrent 296.3x [F33.x])	Continue medication treatment for 3 years once remission is reached. Withdraw gradually.
Persistent depressive disorder (300.4 [F34.1]) or 3+ episodes or 2 episodes (major depression, recurrent 296.3x [F33.x]) with complicating factors such as: <ul style="list-style-type: none"> • Rapid recurrent episodes • More than 60 years of age at onset of major depression • Severe episodes or family history 	Continue medication treatment indefinitely.

Sources: (American Psychiatric Association, 2013 [Guideline]; Segal, 2010 [High Quality Evidence]; Dobson, 2008 [High Quality Evidence]; Hollon, 2005b [High Quality Evidence])

41

Risques du traitement

- Risque suicidaire: en début de ttt
- Virage maniaque: en début ttt, stop AD
- sd sérotoninergique: ++ si association
- Risque hémorragique (SSRIs) → IPP si NSAIDs ou atcd d'hémorragie gastrique

42

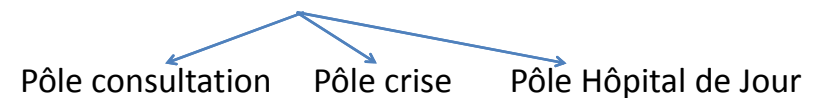
Comment arrêter le ttt?

- *Symptômes à l'interruption du ttt*
 - *symptômes pseudogrippaux*
 - *symptômes gastro-intestinaux*
 - *irritabilité*
 - *insomnie*
 - *vertiges*
- Diminution progressive **env 4 semaines**
- Sauf pour fluoxétine – longue demi-vie

43

Quelles sont les structures existantes à GE?

- CAPPI (Centres ambulatoires de psychiatrie et psychothérapie intégrées)



- Addictologie (CAAP)
- Programmes spécialisées HUG (dépression)
- Psychiatres en privé (<http://www.amge.ch/>)
- *unité de psychopharmacologie

44

Quand adresser au psychiatre?

Indications absolues

- **Épisode sévère**
- **Risque suicidaire majeur**
- **Symptômes psychotiques**
- **Virage maniaque ou mixte**

Indications relatives

- Dépression résistante
- Co-morbidités psychiatriques
- Indication à psychothérapie
- Difficultés dans la prise en charge
- Prise en charge conjointe avec psychiatre désirée

45

Thérapie de soutien

= soutenir les forces et défenses du patient

- **3 dimensions:** technique, stratégique et relationnelle
- Principes:
 - Amélioration des symptômes
 - Approche éclectique
 - Renforcer les défenses adaptées
 - Encourager le patient à développer ses capacités d'adaptation
 - Attitude non-neutre => prise de position du soignant
- Techniques peu spécifiques:
 - Encouragement
 - Réassurance
 - Validation empathique
 - Conseils/éloges
 - Affirmation => **MAIS PAS:** interprétation et confrontation!

Pinsker 1997, Hellerstein 1998, Gabbard 2000

Tout ce qu'on peut faire en MPR...

- Créer une **relation de confiance**,
- **Valider les émotions** du patient
- faire exprimer les **ressources personnelles** ou de l'entourage
- Soutenir son **estime de soi** : féliciter les efforts, responsabiliser
- **Inclure l'entourage** dans la prise en charge
- Amener le patient à **accepter sa maladie**
- Le motiver à **poursuivre son traitement**
- Encourager et souligner les **changements positifs**
- L'aider à faire face à ses activités quotidiennes en fixant avec lui des **buts concrets et raisonnables** à atteindre
- Prendre en compte les **conséquences socio-professionnelles**
- Aborder le **risque suicidaire**

Psychothérapie?

- Buts:
 1. thérapeutique (rémission des symptômes)
 2. Modifier le fonctionnement pathologique
- Préalables:
 - motivation du patient
 - capacité d'introspection
 - absence de contre-indications (état psychotique, haute suicidalité, abus de substances)
- Modèles:
 - *interpersonnel*: relations du patient avec autres personnes
 - *cognitivo-comportemental*: distorsion des schémas cognitifs
 - *analytique*: conflits intrapsychiques inconscients

durée



48



Merci!

Si la maladie physique était traitée comme la maladie mentale....

Références

- *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement CIM-10/ICD-10*, OMS, Masson, 2000.
- *Manuel de poche de psychiatrie clinique: 2^{ème} édition*, Kaplan et Sadock, Ed. Pradel, 2005.
- *Douleur somatoforme*, P.-A. Fauchère, Ed Médecine et hygiène, 2007.
- *Vade-mecum de thérapie psychiatrique*, Aldo Calanca, Editions Médecine et Hygiène, Genève, 2011.
- Cipriani and al., *Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis*, Lancet 2009; 373:746-58.
- *Evaluation du potentiel suicidaire: comment intervenir pour prévenir*, S. C. Shea, Elsevier Masson, 2008.
- M. Weyeneth et al., *La psychothérapie de soutien: un pas vers l'éclectisme*, Psychothérapies, vol. 24, 2004, N° 2, 73-86.
- <http://prevention.mt.gov/suicideprevention/13macarthurtoolkit.pdf>
- https://www.icsi.org/_asset/fnhdm3/Depr-Interactive0512b.pdf
- Maudsley Prescribing Guidelines 10th edition 2009