

Dépression: quoi, qui, comment... en médecine générale

Formation post-graduée SMPR
Stéphane Saillant, SPLIC
Noëlle Junod Perron, SMPR
01.02.2012

1

M. F. R.

- Patient de 37 ans en BSH, se présente à votre consultation pour des vertiges mal systématisés évoluant depuis 15 jours, non rotatoires avec peur de perdre connaissance. Vue trouble et voit noir si se penche en avant.
- Douleurs des genoux et des coudes sans rougeur ni tuméfaction associées
- Depuis 1 mois, signale des troubles du sommeil sous forme d'endormissement et de réveils fréquents sans facteur déclenchant.,
- Est marié, sans enfants, travaille comme plombier.

Complément d'anamnèse M. F.R.

- Pas de sudations nocturnes, pas d'EF
- Pas de perte de poids, appétit conservé
- Pas de plaintes cardiaques, pulmonaires, digestives ni urinaires.
- Episode semblable il y a un an ttt par phytothérapie et repos (burn-out). N'a pas pris de médicaments.
A stoppé une consommation occasionnelle de cannabis il y a 2 mois.
- Aime son travail; pas de difficultés avec son patron
- Relation conjugale stable

- TA 134/88 couché (130/85 debout), P régulier 68/min, (72/min debout), T 36.7, BMI 24
- L'examen clinique, notamment ORL et neurologique, est normal
- Un bilan sommaire: FS, VS, CRP, TSH, ferritine, électrolytes, tests hépatiques, est normal

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

5

Dépistage (2)

Si **OUI** aux 2 questions de dépistage



Critères CIM-10/DSM-IV



Echelle Hamilton (gravité, suivi)

6

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

7

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

8

M. F.R.

- 3 critères majeurs:
 - Tristesse: oui, sentiment de tristesse tous les jours
 - anhédonie (perte d'envie et plaisir): oui
 - Fatigabilité: +/-
- 7 critères mineurs:
 - baisse de concentration/attention: oui
 - baisse de l'estime de soi: non
 - culpabilité/dévalorisation: non
 - attitude morose et pessimiste face à l'avenir: oui
 - idées suicidaires: non
 - troubles du sommeil: oui
 - inappétence, perte poids: non
- Durée ≥ 2 semaines: oui, depuis 1 mois

Quel est le degré de sévérité de la dépression chez M. F.R.?

9

« Mélancolie »

= épisode dépressif sévère avec éléments psychotiques

= **URGENCE!**

- hallucinations auditives **congruentes** à l'humeur
- Idées **délirantes** de ruine, de pourriture, de culpabilité, de négation, hypochondriaques
- Syndromes de Capgras, Cotard

10

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

11

Dépression induite par...

substances:

- alcool
- cocaïne
- cannabis

médicaments:

- Propanolol
- Interféron
- Mefloquine

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

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)

13

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

14

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

Status psychiatrique (1)

anamnèse = ce que le patient **dit**

status = ce que nous **observons**

16

Status psychiatrique (2)

- **Description:**
 - signes d'intoxication ou de sevrage
 - tenue et hygiène
 - calme, tendu, anxieux
 - collaborant
- **Aspect cognitif:**
 - orientation
 - concentration, attention
 - troubles cognitifs grossiers

17

Status psychiatrique (3)

- **thymie:**
 - neutre, triste
 - anhédonie
 - aboulie
 - perte d'espoir
 - culpabilisation, dévalorisation, sentiment de honte
 - élan vital
- **Idées suicidaires:**
 - actives ou passives (= idées de mort)
 - avec/sans projet
 - attitude du patient à leur égard

18

Status psychiatrique (4)

- **cours** de la pensée:
 - vif/ralenti
 - cohérent
 - digressif, circonstancié
 - relâchement des associations
- **contenu** de la pensée
 - idées délirantes
 - obsessions

19

Status: épisode moyen

« Tenue et hygiène soignées, pas de signes d'intoxication ni de sevrage, tendu et collaborant, orienté aux 3 modes, pas de troubles cognitifs grossiers, concentration diminuée et attention conservée.

Thymie triste, élan vital diminué, anhédonie et aboulie modérée, perte d'espoir, idées suicidaires actives sans projet.

Discours ralenti et cohérent, informatif, pas d'idées délirantes ni de relâchement des associations. Absence de symptômes de la lignée psychotique. »

20

M. F.R. suite

- Vous suspectez un trouble dépressif et voulez en parler au Dr. Saillant, en attendant...
- Vous lui donnez Zolpidem 10mg 1x/j soir et le revoyez 10 jours plus tard
- Le patient s'endort 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

M. F.R. ter

- Le patient dit avoir des pensées noires. Par moment, pense même à mettre fin à sa vie sans avoir réfléchi comment mais ces idées passent après quelques secondes, notamment lorsque le patient pense à...
- Il dit avoir besoin d'aide, ne veut pas voir de psychiatre mais peut s'engager à vous voir régulièrement.

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

Sujet tabou...

Mythes:

- Parler du suicide « *donne* des idées au patient »
- Le patient suicidaire émet forcément des *messages* à ce sujet durant l'entretien
- Les personnes suicidaires n'en *parlent pas* à leur entourage
- La menace ou tentative suicidaires est un *chantage*, pour attirer l'attention

Croyances:

- Le suicide est un signe de faiblesse, un péché
- Avoir des IS veut dire devenir fou
- Personne ne peut aider le patient
- Finalement, si le patient souhaite vraiment mourir, pourquoi pas?

25

Techniques d'entretien facilitant l'abord du suicide

- Atténuation de la honte
- Supposition douce
- Amplification des symptômes
- Normalisation
- Terminer l'évaluation par le sujet des idées suicidaires **immédiates**, après avoir évoqué les ATCD psychiatriques

Shea, 1998 et 2005

26

Pièges cliniques

Si un patient ne mentionne pas d'IS, cela ne veut pas dire qu'il n'en a pas!

Un patient serein ne va pas forcément bien!

Un patient sous traitement est à risque!

27

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

28

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

29

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

30

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

31

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)

32

M. F.R. ter

- Le patient dit avoir des pensées noires. Par moment, pense même à mettre fin à sa vie sans avoir réfléchi comment mais ces idées passent après quelques secondes, notamment lorsque le patient pense à...
- Il dit avoir besoin d'aide, ne veut pas voir de psychiatre mais peut s'engager à vous voir régulièrement.

Que faire? Quelle prise en charge proposer?

Prise en charge de la dépression

Deux phases thérapeutiques:

1. *mise en place* du traitement

2. *suivi*

34

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

35

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 Hamilton pour évaluer l'efficacité
- **Arrêt** de travail: le plus court possible, réévaluation fréquente, reprise progressive

36

Quel traitement?

- Trouble dépressif *majeur*:

léger } psychothérapie
moyen } ou pharmacothérapie
sévère → pharmacothérapie initiale

- Trouble dépressif *récurrent*:
psychothérapie et pharmacothérapie

Fancher 2007, Ebmeier 2006, Schulberg 2002, Thase 1997

37

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

38

Que choisir?

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

Cipriani 2009

Thase 2002, Poirier 1999

selon la clinique de la dépression

« anxieuse »

- anxiété
- irritabilité
- troubles du sommeil

« inhibée »

- somnolence
- apathie
- aboulie
- ralentissement

40

dépression *anxieuse*

→ AD sédatif

mirtazapine (Remeron®)

- 15mg ↗ 30, 45mg
- Pas effet sexuel ni digestif
- CAVE: prise pondérale
- Eviter chez jeune femme

trazodone (Trittico®)

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

41

dépression *inhibée*

→ AD stimulant

SSRI: citalopram, escitalopram

SNRI: venlafaxine

= 1^{ers} choix en médecine générale

- 20mg ↗ 40, 60mg
- Efficacité et sécurité
- Peu d'interactions médic.
- Peu de cardiotoxicité
- ES: nausées, tr. sexuels
- escitalopram: 10-20mg
- 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

42

Si ...

âgé, co-morbidités somatiques

⇒ **citalopram**

troubles du sommeil

⇒ **mirtazapine, trazodone, agomélatine**

peu d'effets sur fonction sexuelle

⇒ **mirtazapine, trazodone, agomélatine**

douleurs neuropathiques, chroniques associées

⇒ **venlafaxine, 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, trazodone

43

Choisissez les anti-dépresseurs à privilégier dans les situations suivantes (I):

Trouble dépressif modéré à majeur chez:

- Patiente de 42 ans, BMI à 40, troubles du comportement alimentaire de type compulsif?
Fluoxétine
- Patiente de 34 ans, névralgie d'Arnold, trouble somatoforme douloureux de l'hémicorps gauche?
Venlafaxine ou Amitriptyline
- Patient de 61 ans (diabétique, FA, HTA) consommation excessive OH? **Citalopram, escitalopram**

Choisissez les anti-dépresseurs à privilégier dans les situations suivantes (II):

Trouble dépressif modéré à majeur chez:

- Patient de 67 ans, présentant avant tout une fatigabilité ++, une apathie, un retrait social?
Citalopram/escitalopram, Venlafaxine
- Patiente de 57 ans, signalant outre la tristesse, des épisodes d'anxiété importants tous les jours entre 15h et 19h, une irritabilité plus grande engendrant des tensions conjugales, une fébrilité? **Mirtazapine, Trazodone**

Conduite du traitement (1)

- Informer le patient :
 - Effets secondaires ≈ **2-3 semaines** puis stop
 - Effets secondaires sexuels persistent souvent
 - Effet antidépresseur ≈ **2-4 semaines**
- Effets secondaires fréquents:
 - nausées, vomissements
 - Vertiges
 - Douleurs abdominales, diarrhées
 - sexuel
- AD avec le moins d'effets secondaires sexuels:
 - mirtazapine, trazodone, IMAO-A (moclobémide)

46

Conduite du traitement (2)

- Dosage:
 - Faible dosage initial
 - Augmentation progressive
 - **Aller jusqu'à la dose efficace!**
- Durée du traitement:
 - ≈6-9 mois pour un 1^{er} épisode, voir 12 mois
 - 1-2 ans pour un 2^{ème} épisode
 - ≈ 5 ans dès le 3^{ème} épisode
 - Éventuellement à vie...

47

Risques du traitement

- Risque suicidaire: en début de ttt
- Virage maniaque: en début ttt, stop AD
- sd sérotoninergique: ++ si association

48

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 un **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**

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

51

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



52

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 thérapeutique 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.