

## LA DEPRESSION

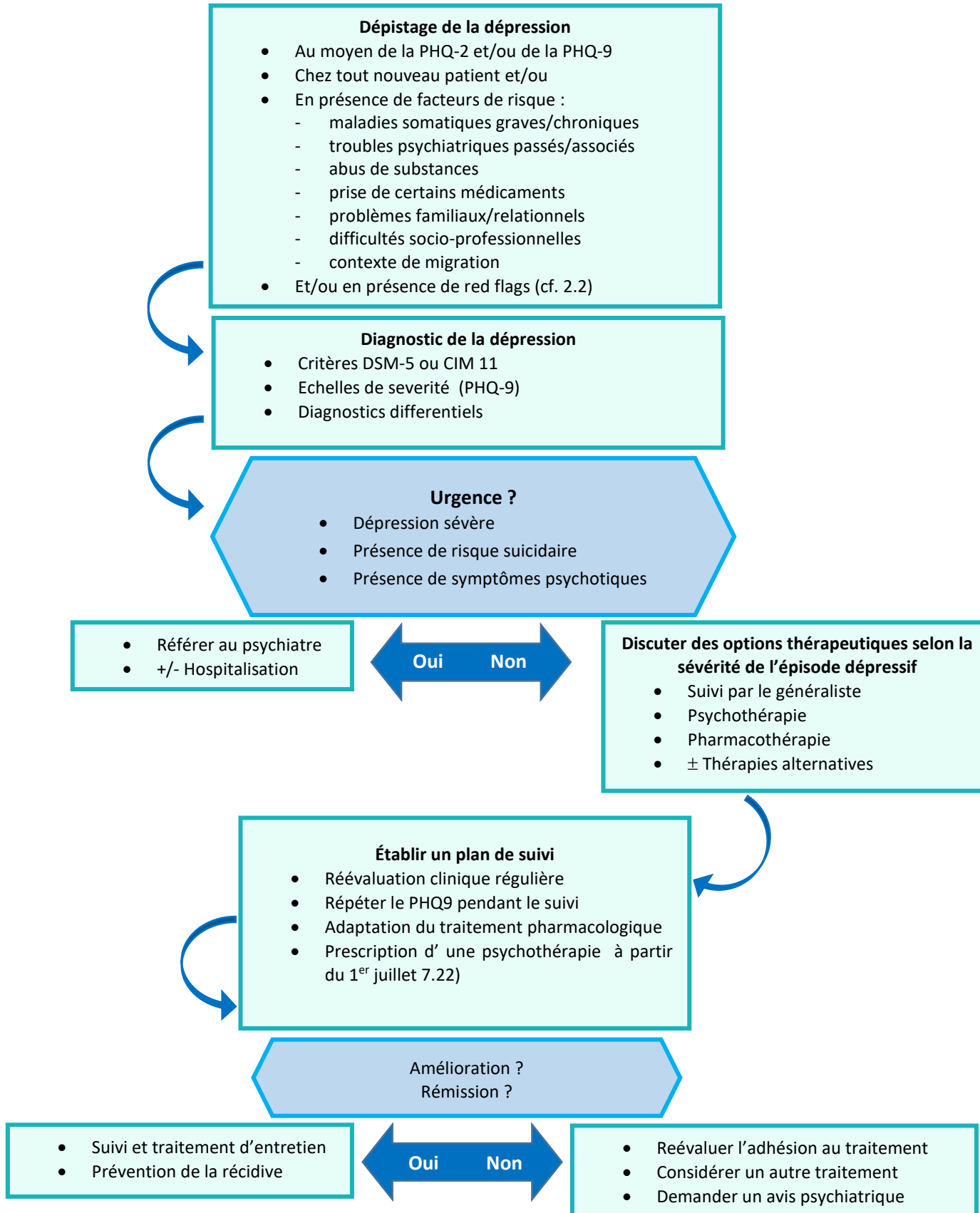
<b>Autrices</b>	Dre Andréa Silva Teixeira, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG Dre Gueksi Benerike Kamdem, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG
<b>Experts</b> Psychiatrie Médecine de famille	Dre Lamyae Benzakour, Unité de psychiatrie de liaison, HUG Pre Noelle Junod, Centre médical de Lancy, Petit Lancy et Direction médicale et qualité (HUG)
<b>Superviseurs</b>	Dre Sarah Richtering, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG Dr Arun Senchyna, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG Dre Sophie Durieux, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG
<b>Comité éditorial</b>	Dre Mayssam Nehme, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG Pre Dagmar Haller, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG & Institut universitaire de Médecine de Famille et de l'Enfance (luMFE), UNIGe Pr Idris Guessous, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG

## 2022

### POINTS À RETENIR

- Il faut évoquer un épisode dépressif devant des symptômes somatiques persistants et non expliqués.
- Le médecin de premier recours doit s'adapter aux représentations de chaque patient et connaître une gamme de thérapies efficaces afin de pouvoir proposer une prise en charge personnalisée.
- Le patient doit être informé sur les symptômes de la dépression, ainsi que sur les effets bénéfiques et indésirables des traitements médicamenteux.
- La prise en charge de la dépression nécessite un suivi régulier qui peut se faire chez le médecin de premier recours dans la majorité des cas.
- Tout patient présentant un risque suicidaire et/ou des symptômes psychotiques doit être référé en urgence à un psychiatre
- Il est important d'identifier un trouble dépressif bipolaire afin d'adresser le patient au spécialiste pour une prise en charge adaptée.

## ALGORITHME DE PRISE EN CHARGE D'UNE DÉPRESSION



# LA DEPRESSION

## 1. INTRODUCTION

La dépression est la maladie psychique la plus fréquente avec une prévalence estimée à 9% en Suisse.<sup>1</sup> Le terme médical utilisé est *l'épisode dépressif caractérisé* (EDC) qui est la traduction de l'anglais « major depressive disorder ». Le terme « Major » n'implique pas de degré de gravité et l'EDC englobe les états dépressifs *légers, modérés* et *sévères*. L'EDC peut se retrouver soit dans un trouble dit unipolaire ou dans un trouble dit bipolaire si d'autres variations thymiques caractéristiques sont retrouvées au cours de la vie (épisodes maniaques, hypomaniaques ou mixtes).

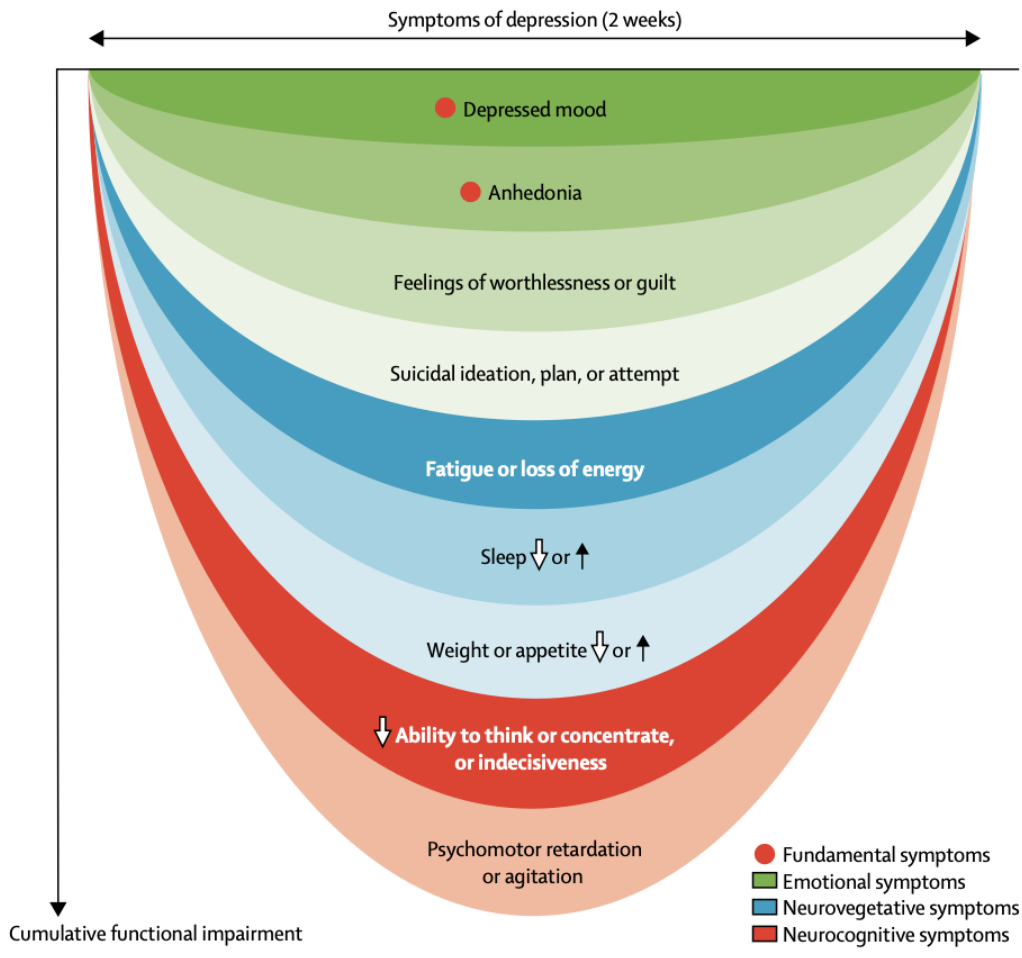
Le premier EDC survient le plus souvent entre l'adolescence et la quarantaine.<sup>2</sup> La durée moyenne est de trois à six mois, et elle peut se prolonger en l'absence de prise en charge. L'EDC est souvent associé à d'autres troubles somatiques et psychiatriques. Les femmes, les jeunes et les personnes d'un milieu socio-économique défavorisé sont plus représentés chez les personnes diagnostiquées<sup>3</sup>. L'enjeu diagnostic et thérapeutique est crucial, car 30 à 50% des cas, l'EDC n'est pas diagnostiqué et parmi les cas avérés, jusqu'à 50% n'ont pas de traitement.<sup>4</sup>

Le risque d'être atteint d'un EDC au moins une fois au cours de la vie est de 16.6%.<sup>2</sup> On observe une hausse constante des consultations pour des soins psychiques ces vingt dernières années, en particulier chez les personnes entre 15 à 64 ans.<sup>2</sup> Elles s'orientent d'emblée plutôt vers un spécialiste (psychiatre ou psychothérapeute), alors que les personnes âgées ont plutôt tendance à consulter un généraliste. Une étude de l'Université de Zurich par Haller et al. en 2019 a par ailleurs montré que les généralistes sont les premiers prescripteurs des antidépresseurs, devant les psychiatres. Pour toutes ces raisons, le médecin généraliste est un acteur central dans le dépistage, le suivi et la prise en charge de la dépression dans la population générale.

## 2. MANIFESTATIONS CLINIQUES

### 2.1 PRÉSENTATION CLINIQUE

Les symptômes typiques de la dépression sont classés en trois catégories : émotionnels, neurovégétatifs et neurocognitifs (figure 1).<sup>2</sup>



**Figure 1** : Symptômes typiques de la dépression<sup>2</sup>

Il existe des présentations avec des caractéristiques particulières dans certaines populations. Chez la personne âgée, l'EDC peut se présenter sous forme de plaintes somatiques, d'agitation, de confusion ou d'une pseudo-démence. Chez certains hommes, la dépression peut se manifester par des comportements d'extériorisation de type irritabilité, colère, impulsivité, prise de risques, abus de substances ou surcompensation au travail.<sup>5</sup> La dépression peut s'exprimer par des symptômes physiques (fatigue, douleurs, troubles digestifs), sans pathologie somatique sous-jacente<sup>6</sup> et rendant son identification plus difficile. Pour cette raison, il faut toujours évoquer un EDC face à tout patient avec des symptômes physiques non expliqués. Une étude a par ailleurs montré qu'un patient se présentant avec trois plaintes différentes a cinq fois plus de risque d'avoir un trouble anxieux ou dépressif, et ce risque est proportionnel au nombre de plaintes.<sup>7</sup>

## 2.2 POPULATIONS À RISQUE DE DÉPRESSION

La *U.S. Preventive Services Task Force* propose de dépister la dépression chez tout nouveau patient et en particulier chez ceux avec des facteurs de risques (**tableau 1**)<sup>7</sup> ou qui présentent un ou plusieurs des *red flags* suivants :

- Insomnie / fatigue
- Douleurs chroniques
- Changements de vie / stressseurs (notamment la période périnatale)<sup>3</sup>
- Patient pensant être en mauvaise santé
- Symptômes physiques inexpliqués<sup>8</sup>

Contexte	Exemples
<b>Maladies chroniques somatiques</b>	Maladies cardio-vasculaires, séropositivité VIH, dialyse, cancers, diabète, BPCO, maladies neurologiques, affections musculo-squelettiques
<b>Maladies psychiatriques</b>	Antécédents d'état dépressif caractérisé, de tentatives de suicide, de troubles anxieux, de troubles cognitifs ou d'autres troubles psychiatriques
<b>Abus de substance</b>	Alcool (effet dépressiogène), cannabis
<b>Médicaments à potentiel dépressif</b>	Antihypertenseurs ( $\beta$ -bloqueurs, réserpine, méthyldopa, anticalciques), corticostéroïdes, anti-histaminiques H2 (ranitidine, cimétidine), sédatifs, myorelaxants, anticancéreux (vincristine, procarbazine, L-asparaginase, amphotéricine B, vinblastine), hormones sexuelles (contraceptifs), antipsychotiques, antipaludéens (méfloquine), isotrétinoïne, interféron
<b>Évènement personnel à potentiel traumatique</b>	Perte d'un proche, divorce, rupture amoureuse, adoption internationale <sup>9</sup> , maltraitance dans l'enfance, victimes de violences et/ou de conflits
<b>Socio-économique</b>	Isolement, précarité, perte d'emploi, chômage, migration
<b>Minorité sexuelle</b>	LGBTQ+ <sup>10</sup>

**Tableau 1** : Facteurs de risques de la dépression.

La présence simultanée d'un trouble dépressif et de comorbidités psychiatriques (en particulier trouble anxieux et abus de substances) est fréquente et doit toujours être explorée.

### 2.3 DÉPISTAGE DE LA DÉPRESSION

Il existe plusieurs méthodes de dépistage dans la littérature, nous vous proposons la méthode la plus fréquemment utilisée. Le dépistage se fait habituellement à l'aide du *Patient Health Questionnaire in 2 items* (PHQ-2) (**Tableau 2**) qui permet de détecter la plupart des ED (sensibilité 83%, spécificité 90%).<sup>11</sup> Si le patient répond oui à une des deux questions, il faut poursuivre les investigations avec un questionnaire de dépistage complet (voir ci-dessous). Le dépistage devrait également se faire même en présence de deux réponses négatives si la clinique est très évocatrice.

Au cours des **deux dernières semaines** :

1. Vous êtes-vous senti **abattu(e), déprimé(e) ou désespéré(e)**, toute la journée, **presque tous les jours** ?
2. Avez-vous **perdu de l'intérêt ou du plaisir** dans vos activités toute la journée, **presque tous les jours** ?

*Pathologique si réponse « oui » à  $\geq 1$  question*

**Tableau 2** : Dépistage à l'aide du *Patient Health Questionnaire in 2 items* (PHQ-2).

La confirmation du diagnostic d'EDC est facilitée par le recours à des questionnaires de dépistage validés. Le plus utilisé dans la population générale est la *Patient Health Questionnaire in 9 items* (PHQ-9) (**Annexe 1**), dont les deux premières questions forment le PHQ-2. Il existe également d'autres questionnaires plus spécifiquement ciblés pour certains sous-groupes de population :

- Male Depression Risk Scale (MDRS-22): pour les hommes (CAVE : en anglais) (**Annexe 2**)
- Échelle de dépression post natale d'Edinburgh : pour la dépression anténatale et post-partum (**Annexe 3**)
- Mini Geriatric Depression Scale (Mini-GDS) : pour les patients gériatriques (**Annexe 4**)
- Mini-international neuropsychiatric interview (MINI) : pour les minorités culturelles <https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/depression-adulte/test.html>

### 3. DIAGNOSTIC DE LA DEPRESSION

Le diagnostic d'un EDC se fait selon les critères du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM)-5 ou de la *Classification internationale des maladies* (CIM) 11 (**Tableau 3**). Il convient de caractériser le type d'EDC en recherchant d'éventuels antécédents d'épisodes thymiques (épisodes dépressifs, maniaques, hypomaniaques ou mixtes).

	DSM-5	CIM 11
Durée minimale	2 semaines	
Symptômes / Critères essentiels/ majeurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>Humeur dépressive</li> <li>Perte d'intérêt ou de plaisir</li> </ul> <p><i>Présence ≥1 des symptômes toute la journée, presque tous les jours.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Humeur dépressive</li> <li>Perte d'intérêt ou de plaisir</li> <li>Absence d'antécédents maniaques, hypomaniaques ou mixte</li> </ul> <p><i>Présence ≥2 symptômes toute la journée, presque tous les jours.</i></p>
Autres symptômes / Critères	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perte ou gain de poids significatif</li> <li>Insomnie ou hypersomnie</li> <li>Agitation ou ralentissement psychomoteur</li> <li>Fatigue ou perte d'énergie</li> <li>Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante)</li> <li>Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer</li> <li>Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider</li> </ul> <p><i>Présence ≥4 sur 7</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Modification de l'appétit ou du sommeil</li> <li>Agitation ou retard psychomoteur</li> <li>Fatigue ou perte d'énergie</li> <li>Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée</li> <li>Baisse de la concentration /attention</li> <li>Désespoir</li> <li>Idées récurrentes de mort ou de suicide</li> </ul> <p><i>Présence d'autres symptômes de la liste ci-dessus</i></p>
<b>Degré de sévérité</b> <i>(la corrélation des degrés de sévérité entre DSM-5 et CIM-11 est approximative)</i>		
<b>Léger</b>	≥1 essentiel + 4 autres	Pas de symptômes psychotiques
<b>Moyen</b>	≥ 6 symptômes dont au moins 1 essentiel	+/- symptômes psychotiques, plusieurs symptômes présents à un degré marqué ou modéré
<b>Sévère</b>	≥ 7 symptômes dont au moins 1 essentiel	+/- symptômes psychotiques, plusieurs symptômes présents à un degré marqué ou au moins à un degré intense

**Tableau 3** : Classification de l'épisode dépressif caractérisé selon le DSM-V et CIM-11

Service de médecine de premier recours

### 3.1 ÉVALUATION DU RISQUE SUICIDAIRE

La dépression est la première cause de suicide et l'existence de tentatives antérieures constitue le principal facteur de risque de suicide avéré. Contrairement à une idée reçue, rechercher les idées suicidaires n'augmente pas le risque de passage à l'acte. Il est donc capital pour le médecin d'interroger son patient de manière systématique, claire et directe sur des idées suicidaires, d'éventuels projets ou tentatives de suicide ainsi que sur le risque de blesser autrui. Le risque suicidaire, l'urgence de la menace et la dangerosité en lien avec le suicide peuvent être explorés avec la méthode R.U.D<sup>12</sup> (**Tableau 4a**). Le R.U.D est ensuite gradé en faible, moyen ou élevé pour adapter la prise en charge (**Tableau 4b**<sup>13</sup>).

Pensez-vous parfois que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue ?
Qu'est-ce qui vous empêche de vous suicider ?
Avez-vous parfois pensé que la mort serait une solution à vos souffrances ?
Avez-vous déjà pensé au suicide ?
Quand ? Dans quelles circonstances ? À quelle fréquence ?
Combien de temps cela a-t-il duré ?
Avez-vous un plan précis ?
Accessibilité à un moyen de se suicider (armes, médicaments)

**Tableau 4a** : Exemples de question à poser pour évaluer le risque suicidaire

R.U.D.	Symptômes	Prise en charge
<b>Faible</b>	Tristesse sans IN/IS ou IN mais pas suicidaire	Suivi ambulatoire par le généraliste ou psychiatre selon le lien thérapeutique
<b>Moyen</b>	IS fluctuantes <b>sans</b> projet ou antécédents psychiatriques	Suivi ambulatoire par le psychiatre
	IS actives <b>sans</b> projet ou antécédents psychiatriques	Suivi ambulatoire par le psychiatre selon lien thérapeutique et engagement du patient ou hospitalisation
	IS active <b>sans</b> projet avec antécédents psychiatriques	
<b>Elevé</b>	IS actives <b>avec</b> projet avec antécédents psychiatriques +/- Passage à l'acte	Référer aux urgences psychiatriques

**Tableau 4b** : Prise en charge du patient en fonction du son risque suicidaire, l'urgence de la menace, et la dangerosité du scénario de suicide (R.U.D.).

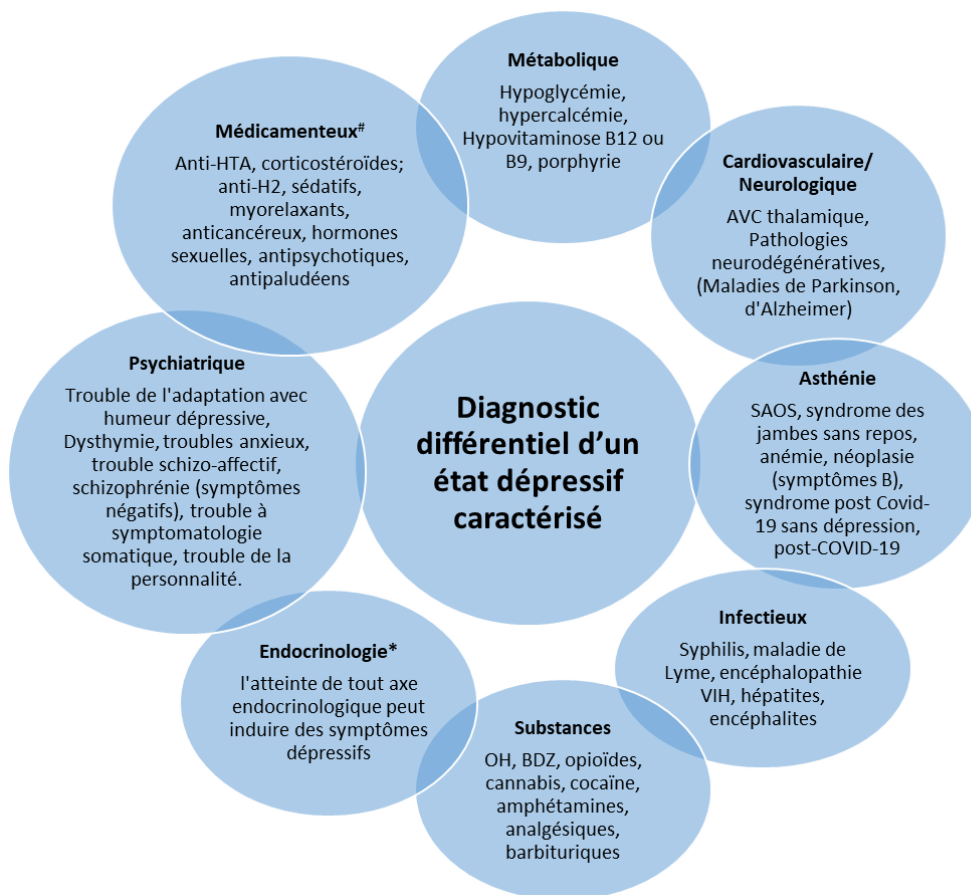
IN : idées noires (cognitions négatives dépressives e.g. perte d'espoir) ;

IS : idées suicidaires (l'envie de mourir allant d'idées de mort passives à des idées de mort actives)

### 3.3 DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Les diagnostics différentiels somatiques comme psychiatriques à évoquer devant un patient, chez lequel un EDC est suspecté, sont nombreux (**figure 2**). Par ailleurs, l'état clinique induit par la prise de substances peut faussement orienter vers un diagnostic d'EDC (par exemple consommation récente de cannabis).

Les EDC attribuables à une pathologie somatique se caractérisent par une présentation clinique atypique, une résistance au traitement, l'absence d'antécédent de dépression, et l'absence de facteurs déclenchants. Par exemple, un état pseudo-dépressif peut survenir en cas d'état infectieux aigu (appelé le « **sickness behaviour** ») qui est une entité distincte de l'EDC, disparaissant avec résolution de l'épisode infectieux (ce qui peut prendre quelques semaines) et qui ne nécessite pas l'introduction d'un traitement pharmacologique.<sup>14</sup>



**Figure 2 :** Liste non-exhaustive du diagnostic différentiel d'un épisode dépressif ou troubles sous-jacents à un syndrome dépressif

\*Maladie d'Addison, maladie de Cushing, hyper/hypothyroïdie, syndrome prémenstruel, ménopause, prolactinome, hyperparathyroïdie, hypopituitarisme, diabète sucré

#Voir le **tableau 1** pour les détails des médicaments à risque

Il est également important de distinguer le **trouble de l'adaptation (avec humeur dépressive)** d'un EDC. Le trouble de l'adaptation survient après un évènement de vie stressant (critère obligatoire) et se présente par les symptômes émotionnels ou comportementaux en réponse à un ou plusieurs facteurs de stress identifiables dans les trois mois suivant l'exposition, sans répondre aux critères d'un autre trouble mental. Un traitement pharmacologique, et en particulier les antidépresseurs, sont non-indiqués et inefficaces. Le traitement de choix pour cette entité est la psychothérapie.<sup>15</sup>

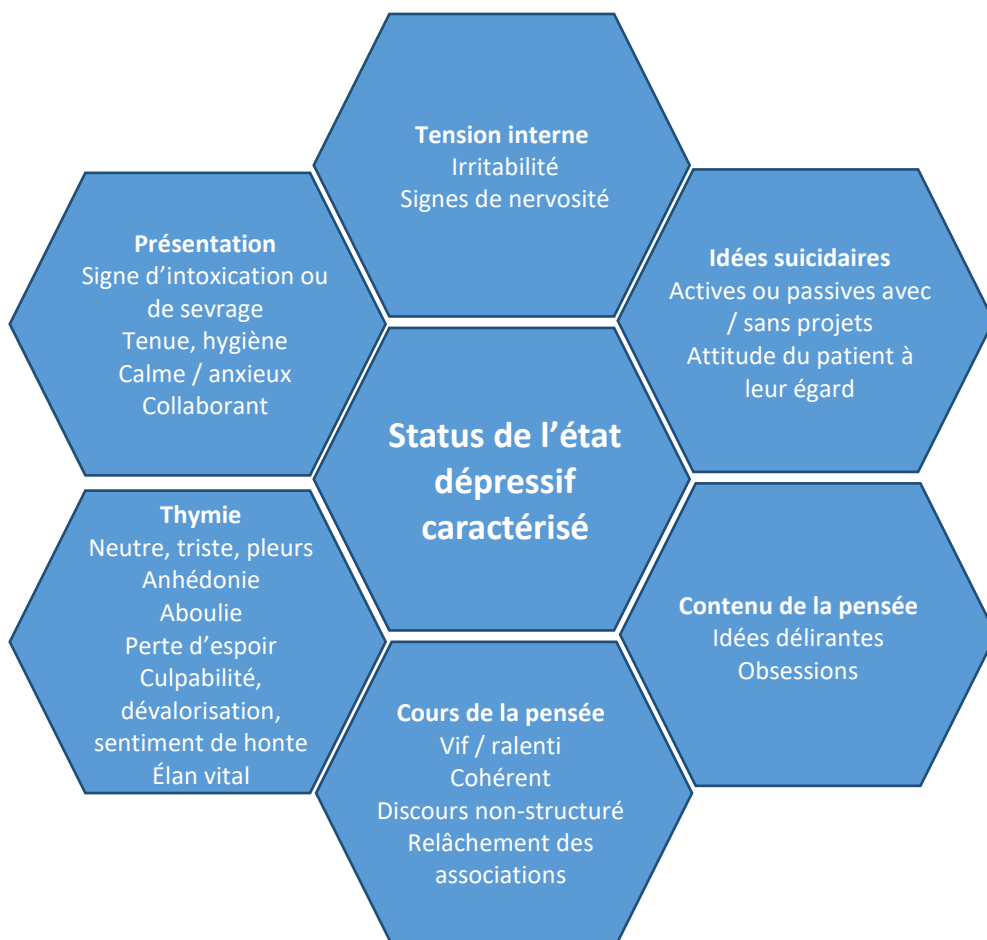


Service de médecine de premier recours

Il est capital de rechercher et de traiter de manière ciblée les éventuelles comorbidités somatiques et psychiatriques de l'EDC. En ce qui concerne les comorbidités psychiatriques associées (trouble anxieux, trouble de la personnalité, trouble à symptomatologie somatique, conduites addictives etc), il convient de les prendre en charge de manière concomitante.<sup>16</sup> Les comorbidités somatiques de l'EDC sont à rechercher, comme les pathologies cardiovasculaires ou inflammatoires qui sont connues pour augmenter le risque d'EDC.

**3.4 EXAMEN PHYSIQUE ET PSYCHIATRIQUE**

La **figure 3** résume des éléments cliniques évoquant une dépression. Dans l'interaction, la voix faible/monotone, un ralentissement psychomoteur, une diminution du contact visuel et une diminution des mimiques faciales sont très évocateurs d'un EDC.



**Figure 3** : Status psychiatrique évoquant le diagnostic d'une dépression

**3.5 EXAMENS COMPLÉMENTAIRES**

Le bilan sanguin de base est effectué dans le but d'exclure une maladie somatique sous-jacente. Elle comprend une formule sanguine simple, le dosage de la TSH, la calcémie et la glycémie. Le bilan rénal, les électrolytes sanguins et la fonction hépatique ont également une utilité avant l'introduction de certains antidépresseurs, surtout chez le patient fragile/âgé ou connu pour des atteintes d'organes. Un ECG de base est nécessaire en cas de prescription d'antidépresseur, au vu du risque de l'allongement d'intervalle QT.

**4. GRADATION DE LA DEPRESSION**

Service de médecine de premier recours

Avant de mettre en place un traitement (médicamenteux ou non), il faut d'abord évaluer le **degré de gravité** de l'EDC. Ceci se fait à l'aide d'échelles d'hétéro ou d'auto-évaluation qui permettent également le suivi de l'ED au cours du temps. Il existe plusieurs échelles mais la PHQ-9, validé comme outil de dépistage et de gradation de sévérité, offre beaucoup d'avantages par sa facilité d'exécution (5 à 10 minutes) et ses propriétés psychométriques validées. La sévérité et la prise en charge sont détaillées dans les **tableaux 5 et 6**.

Échelles (nombre d'items)		PHQ-9 (9)	Prise en charge
Rémission (points)		≤ 4	Aucune
Sévérité	Légère	5-9	Accompagnement expectatif actif (« <i>watchful waiting</i> ») Suivi avec utilisation du PHQ-9 à 1 mois
	Modérée	10-14	Considérer une psychothérapie et/ou une pharmacothérapie
	Modérément sévère	15-19	Débuter une pharmacothérapie et/ou une psychothérapie
	Sévère	20-27	Débuter immédiatement une pharmacothérapie. En cas de mauvaise réponse au traitement ou de répercussions sévères, référer à un spécialiste/hospitalisation

**Tableau 5** : Échelles de gradation du degré de gravité de la dépression utilisé dans le suivi PHQ-9 : Patient Health Questionnaire in 9 items (<https://www.pccp.org/sites/default/files/resources/instructions.pdf>)

Réponse au traitement (Δ points PHQ-9)		Plan de traitement	
		Après 4-6 semaines d'antidépresseur (AD) à dose adéquate	Après 3 séances de traitement psychothérapeutique sur 4-6 semaines
≥ 5	Adéquate	Suivi à 4 semaines	
2-4	Possiblement inadéquate	Augmentation de la dose d'AD, suivi à 4 semaines	Maintenir le traitement psychothérapeutique
≤ 1	Inadéquate	Augmentation de la dose, changer d'AD, combiner à un traitement psychothérapeutique, consultation spécialisée auprès d'un médecin psychiatre-psychothérapeute, suivi à 1 – 2 semaines	Changer de méthode psychothérapeutique (cf tableau 7), ajouter un AD

**Tableau 6**: Adaptation du plan de traitement selon le suivi du score Patient Health Questionnaire in 9 items (PHQ-9) ([www.depression-primarycare.org](http://www.depression-primarycare.org))  
Δpoints : différence de points

### Service de médecine de premier recours

Un **dosage sanguin** de l'antidépresseur peut être effectué dans les situations suivantes :

- en cas de doute concernant l'adhésion du patient au traitement
- si le patient ne répond pas à la dose usuelle d'AD (jusqu'à un tiers des EDC ne répondent pas au traitement initial) ou
- si le dosage usuel de l'AD provoque des effets secondaires inattendus

La prise en charge d'un EDC *léger* est principalement un accompagnement expectatif actif (« *watchful waiting* »). L'accent est mis sur l'adhésion thérapeutique et la gestion des difficultés émotionnelles, sociales et professionnelles, sans forcément introduire un traitement pharmacologique d'emblée. Le médecin doit promouvoir et expliquer l'importance d'adopter des habitudes de vie saines, notamment une bonne hygiène du sommeil, la pratique régulière d'activité physique, une consommation d'alcool et de caféine modérée et, si possible, aucun usage de substances illicites. L'EDC *moyen* requiert la prise en charge en psychothérapie et/ou un traitement antidépresseur selon la clinique. La combinaison d'une psychothérapie et d'un antidépresseur est nécessaire en cas d'EDC *sévère*. En présence de symptômes psychotiques et/ou risque suicidaire, il s'agit d'une situation d'urgence nécessitant une prise en charge par le médecin spécialiste en ambulatoire quand cela est envisageable, ou sinon dans le cadre d'une hospitalisation.

L'hospitalisation doit être considérée pour tout patient présentant un danger immédiat auto- ou hétéro agressif. En cas de refus d'hospitalisation malgré la présence de ces critères, tout médecin détenteur d'un FMH peut signer le certificat d'admission pour une hospitalisation non-volontaire par le biais d'un placement à des fins d'assistance (PAFA med). Aux HUG, une consultation aux urgences psychiatriques est nécessaire si l'indication d'une hospitalisation est posée par un médecin psychiatre-psychothérapeute ou par un psychiatre-psychothérapeute privé.

## 5. PSYCHOEDUCATION ET SUIVI DE LA DEPRESSION

Les éléments listés ci-dessous devraient faire partie de la consultation de suivi d'un patient souffrant d'un EDC par le médecin de premier recours :

- **Écoute active** : empathie, dialogue, validation des émotions
- **Compréhension de la maladie** : explorer les représentations et la compréhension du patient par rapport à sa situation
- **Motivation au suivi/traitement** : explorer et mobiliser les ressources, établir des buts concrets et raisonnables, faire des activités agréables et gratifiantes, mobiliser des proches (si possible)
- **Promouvoir des habitudes de vie saine** : alimentation, activité physique, sommeil, réduction de consommation de substance psychoactives.
- **Évaluer le risque suicidaire** : explorer et établir un plan d'action concerté

Comme il s'agit d'une pathologie mal comprise et régulièrement stigmatisée, il est important de discuter avec le patient du pronostic de l'EDC et de l'informer sur les moyens thérapeutiques disponibles et leur efficacité. L'implication des proches, avec l'accord du patient, permet de fournir des explications sur la maladie, apporter du soutien psychologique et ainsi réduire les tensions familiales liées à l'incompréhension du vécu du patient. Cette approche de *psychoéducation* est primordiale dans la prise en charge des patients souffrant d'un EDC<sup>26</sup>.

L'orientation vers un médecin psychiatre-psychothérapeute peut être utile pour confirmer le diagnostic, rechercher un-des diagnostic(s) différentiel(s) ou des comorbidités psychiatriques, évaluer l'efficacité du traitement médicamenteux et gérer les situations de crises. Le **Tableau 7** résume les situations dans lesquelles une évaluation par un psychiatre-psychothérapeute est recommandée.

Symptômes sévères (par exemple psychose ou risque suicidaire) ou situation de crise
Comorbidités psychiatriques (p.ex TOC, TCA, TSPT)
Comorbidité psychiatrique : trouble de la personnalité, dépendances
EDC s'inscrivant dans un trouble bipolaire ou évolution vers un virage maniaque ou mixte
Troubles sexuels ou liés au genre
Contexte de périnatalité
EDC chez un enfant ou adolescent
Troubles cognitifs
Difficultés diagnostiques
EDC résistant : échec successif de deux antidépresseurs à dose efficace durant au moins six semaines
Souhait de psychothérapie spécifique

**Tableau 7** : Situations cliniques à référer chez un psychiatre.

TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif ; TCA : Troubles des Conduites Alimentaires ; TSPT : Trouble de stress post-traumatique (ou PTSD en anglais)

## 6. LE TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

En cas de traitement médicamenteux, il faut mentionner les effets *attendus*, ainsi que les effets *indésirables* (présents surtout en début de traitement), ainsi que le délai d'action du médicament. Les antécédents d'EDC (réponse au traitement, barrière à l'adhésion) et les préférences quant au type de traitement doivent également être discutés. Ceci est englobé dans le terme de *décision participative*. Une aide à la prise de décision participative est le site de la MayoClinic® qui permet de discuter des effets secondaires de chaque traitement et prioriser le médicament le mieux adapter pour chaque patient (<http://depressiondecisionaid.mayoclinic.org/app/depression>).

La plupart des antidépresseurs agissent sur la neurotransmission des monoamines (sérotonine, noradrénaline ou dopamine). Les **antidépresseurs stimulants** sont préconisés pour les patients présentant une dépression avec symptômes d'inhibition (sommolence, apathie, aboulie, ralentissement psychomoteur) et doivent être prescrits préférentiellement le matin. Les **antidépresseurs sédatifs** sont en revanche utilisés pour une dépression de type anxieux (anxiété, irritabilité, trouble du sommeil) préférentiellement le soir. Une introduction progressive est préconisée en introduisant un faible dosage de départ et augmentant progressivement selon la clinique. Le tableau 6 résume les différents antidépresseurs, leur mécanisme d'action ainsi que leurs effets indésirables.

Catégories d'antidépresseurs les plus utilisées <i>Autres Indications</i>		Médicaments les plus courants	Effets indésirables
AD stimulants	Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine ( <b>ISRS</b> )  <i>Troubles paniques Troubles obsessionnels compulsifs  Boulimie : fluoxétine</i>	Escitalopram  Sertraline  Citalopram Fluoxétine Paroxétine (plutôt sédative)	<b>Fréquents</b> : prise de poids (sauf Fluoxétine), troubles gastro-intestinaux, somnolence, vertiges, céphalées, nervosité, insomnie, agitation, anxiété, dysfonctionnement sexuel (impuissance, trouble de l'éjaculation, baisse de la libido) <sup>17</sup>  <b>Occasionnels</b> : trouble de la coagulation entraînant des saignements, hyponatrémie, SIADH  <b>Rares</b> : troubles moteurs extrapyramidaux, bradycardie sinusale, abaissement du seuil épileptogène  <b>Fréquence inconnue</b> : allongement de l'intervalle QT.  <b>Syndrome sérotoninergique</b> : diarrhées, tremblements, hyperréflexie, myoclonies, clonus oculaire, agitation, confusion, sudations, hyperthermie et rigidité musculaire, pouvant aller jusqu'au coma et au décès.
	Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine/noradrénaline ( <b>ISRN</b> )  <i>Douleurs chroniques ou neurogènes</i>	Venlafaxine  Duloxétine	Effets indésirables semblables aux <b>ISRS</b> .  <b>Patients âgés (rares)</b> : troubles du rythme cardiaque, principalement tachycardie et troubles de la conduction lors d'intoxications
AD sédatifs	L'antagoniste de l'auto-récepteur pré-synaptique alpha-2 et antagoniste des récepteurs 5-HT2 et 5-HT3 ( <b>ASSNa</b> )	Mirtazapine	Effets anticholinergiques (sécheresse buccale, sédation, vertiges, confusion) <sup>18</sup> , prise de poids, hypotension orthostatique
	Antagoniste des récepteurs à la sérotonine 5HT2 et H1 et faible inhibiteur de la recapture de la sérotonine	Trazodone	Effets anticholinergiques, risque rare de priapisme
	Les tricycliques ( <b>ATC</b> )  <i>Douleurs neurogènes</i>	Amitriptyline Trimipramine Clomipramine	Troubles du rythme cardiaque (hypotension orthostatique, tachycardie, troubles du rythme et de la conduction cardiaques allongement de l'intervalle QT <sub>c</sub> ), effets anticholinergiques <sup>18</sup> , impuissance. <sup>17</sup>  En cas de surdosage (abus médicamenteux) : dépression du SNC, coma, arythmies, choc cardiogénique <sup>19</sup>  Un syndrome sérotoninergique est possible avec les ATC qui inhibent la recapture de la sérotonine, comme avec les ISRS.
	Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la noradrénaline et de la dopamine ( <b>IRND</b> )  <i>Arrêt du tabac</i>	Bupropion	Effets anticholinergiques, insomnies, abaissement du seuil épileptogène

**Tableau 8** : Classes des antidépresseurs les plus courants<sup>20</sup>

Service de médecine de premier recours

Les recommandations actuelles proposent comme traitement de première intention les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (**ISRS**) et inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine/noradrénaline (**ISRN**) - **tableau 9**. La sertraline et l'escitalopram présentent le meilleur profil sur le plan de la tolérance et sont, par conséquent le premier choix pour le généraliste.<sup>21</sup> A noter que les tricycliques et les inhibiteurs de monoamine oxydase sont de moins en moins prescrits comme traitement initial au vu de leur profil d'effets secondaires et leur toxicité en cas de surdosage. Ils sont indiqués pour des EDC de degré de sévérité élevé ou résistantes, ou avec indication spéciale (par exemple lors de syndrome douloureux chronique pour les tricycliques).

Première intention (dosage départ - max)	Alternative (dosage départ - max)
Escitalopram (5 – 20 mg) Sertraline (25 – 200 mg) Mirtazapine (7,5 – 45 mg) → <i>effet sédatif</i>	Citalopram (10 – 40 mg) Clomipramine (max 250 mg) Trazodone (25 – 150 mg)
Venlafaxine (37,5 – 150 mg) → <i>diminue le seuil de la douleur</i>	Amitryptiline (25 – 150 mg)

**Tableau 9** : Propositions de pharmacothérapie de première ligne et alternative selon les symptômes de l'état dépressif

Depuis 2020, une nouvelle classe d'AD est sur le marché, les antagonistes des récepteurs acide N-méthyl-D-aspartique. A l'heure actuelle, ils ne peuvent être prescrits que par le spécialiste, en milieu hospitalier et leur remboursement doit faire l'objet d'une demande préalable auprès de l'assurance maladie.<sup>22</sup>

### 6.1 PHASES DU TRAITEMENT D'ANTIDÉPRESSEURS

Le traitement pharmacologique comporte trois phases.<sup>23,24</sup>

**Phase aiguë** : initiation du traitement. Le délai d'action des AD est de deux à quatre semaines avec une rémission maximale attendue après trois à six mois. Il est important de revoir le patient pendant cette phase par les raisons suivantes :

- Meilleure adhésion thérapeutique
- Apparition des effets secondaires en début du traitement avec une tendance à s'estomper après deux à quatre semaines
- Augmentation du risque suicidaire en raison de la déshinhibition inaugurale sous traitement avant l'effet antidépresseur
- Evaluation de la réponse au traitement : majoration de la dose en absence d'amélioration après deux à quatre semaines (si pas de problèmes d'adhésion)
- En cas d'intolérance ou de non-réponse (traitement pris à dose maximale pendant 6-12 semaines de manière régulière), un autre AD peut être considéré.

**Phase d'entretien** : consolidation de l'état de santé et éviter une rechute de l'EDC. Cette phase dure entre six et douze mois après l'obtention de la rémission complète. Pendant cette période la posologie de l'AD doit être identique à celle qui a permis d'assurer la rémission complète.

**Phase de maintien** : vise à prévenir la survenue d'un nouvel épisode chez des patients à risque, notamment en présence d'un trouble dépressif récurrent ou chronique (>2 ans), de critères de sévérité (psychose, risque de suicide, baisse de fonctionnalité significative), des comorbidités psychiatriques ou somatiques prédisposantes, des symptômes résiduels (dysthymie) ou des épisodes difficiles à traiter. Un avis spécialisé est souvent demandé dans ces situations.

## 6.2 MISE EN GARDE AVEC UN TRAITEMENT D'ANTIDÉPRESSEUR

Le tableau 10 résume des éléments à explorer à l'introduction d'un antidépresseur.

Rechercher un trouble bipolaire de type 1 avant introduction : risque de virage hypomane/maniaque ou d'état mixte
Vérifier l'adhésion médicamenteuse à chaque occasion
Effets indésirables : surtout en début du traitement (phase aiguë)
Latence entre l'introduction et effet du traitement (phase aiguë) : 2 à 4 semaines
Si indication à une benzodiazépine concomitante : durée la plus courte possible
Sujet âgé (> 75 ans) : introduction progressive et suivi rapproché
Risque de syndrome sérotoninergique (par exemple avec le tramadol)

**Tableau 10** : Points à suivre dès l'introduction d'un traitement antidépresseur

Il est capital, avant de commencer un traitement d'AD, de rechercher un **trouble bipolaire de type 1** (CIM 11). Les caractéristiques cliniques évocatrices d'une dépression bipolaire sont la sévérité de l'EDC, la présence de symptômes psychotiques, d'idées suicidaires ou des tentatives de suicide, un âge de début précoce des EDC, la présence d'antécédents familiaux de trouble bipolaire. En effet, l'usage des AD peut induire un risque de virage hypomane/maniaque ou d'état mixte. L'exception serait si une prescription antérieure a été efficace et n'a pas engendré de tels symptômes, ou si l'humeur est devenue à nouveau dépressive lors de l'arrêt de l'AD. Dans le trouble bipolaire, si un AD est employé, il n'est jamais prescrit en monothérapie mais en adjonction à un stabilisateur de l'humeur.<sup>19</sup> Pendant la **phase de latence** (entre début de traitement et effet clinique ressenti) il est possible de prévenir les réactions de levée d'inhibition en prescrivant une benzodiazépine. L'association des AD et des anxiolytiques peut avoir un intérêt en cas d'anxiété, d'excitation et d'insomnies. La durée du traitement par **benzodiazépines** doit être la plus courte possible et l'indication à cette co-médication doit être également constamment revue.<sup>25</sup> Il faut également tenir compte du **risque de syndrome sérotoninergique** (agitation, sudation, diarrhées, fièvre, hyperréflexie, myoclonies) qui peut survenir en cas d'association avec des médicaments agissant sur le système sérotoninergique.

Pour le **sujet âgé** (>75 ans), l'initiation de l'AD sera plus progressive (débuter avec la demi-dose initiale adulte et adaptée à la fonction hépatique et rénale) avec un suivi médical plus rapproché. Dans les traitements impliquant un mineur, il est recommandé de demander l'avis d'un pédopsychiatre et des parents.

**L'adhésion médicamenteuse** devrait être discutée régulièrement avec le patient et surtout en cas d'absence d'amélioration clinique, ce d'autant plus important que la moitié des patients auront arrêté leur traitement après six mois.<sup>27</sup>

### 6.3 DURÉE ET ARRÊT DU TRAITEMENT ANTIDÉPRESSEUR

Le tableau 11 résume la durée du traitement AD après résolution des symptômes en fonction du nombre d'EDC et les facteurs pouvant motiver un traitement prolongé (pendant  $\geq 2$  ans) indépendant du nombre d'épisodes.

Nombre d'ED	Temps de traitement après résolution des symptômes
1	6 à 9 mois
2	Au moins 2 ans
$\geq 3$	Au moins 5 ans
<b>Facteurs pouvant motiver un traitement d'AD prolongé (<math>\geq 2</math> ans) :</b> ED récurrents fréquents, ED sévères, ED chroniques, présence de comorbidités somatiques ou psychiatriques, symptômes résiduels, ED nécessitant plusieurs AD	

**Tableau 11** : Durée d'un traitement antidépresseur selon le nombre et caractéristique de l'EDC.

Il faut se rappeler que plus de la moitié des patients arrêtent leur traitement antidépresseur à six mois de son introduction de leur propre initiative. Tout arrêt d'AD doit se faire de manière progressive, sur plusieurs semaines, afin d'éviter une recrudescence des symptômes dépressifs (effet rebond)<sup>28</sup>, ainsi qu'un **syndrome d'arrêt des antidépresseurs** (parfois appelé sevrage), un phénomène qui concerne plus de la moitié des patients à des degrés variables. Ce syndrome survient 36 à 96 heures après la diminution ou l'arrêt de l'AD et peut durer jusqu'à six semaines. Il survient principalement avec les ISRS et ISNR après plusieurs semaines de traitement et il comprend les symptômes suivants : anxiété, syndrome d'allure grippale, diarrhées, vertiges, nausées, troubles du sommeil, impatience motrice, sudation, pilo-érection. Plus la demi-vie de l'AD est courte et la durée de la prise longue, plus l'arrêt doit être progressif (comme pour la paroxétine et la venlafaxine). En cas de survenue de symptômes, il convient de rassurer le patient sur le caractère temporaire et, si nécessaire, revenir à la posologie précédente avant de reprendre un arrêt plus progressif.<sup>28</sup>

## 7. LE TRAITEMENT PSYCHOTHERAPEUTIQUE

Le traitement psychothérapeutique est toujours une option thérapeutique mais sa pertinence dépendra notamment de l'acceptation du patient. Il conviendra de distinguer les patients qui y sont spontanément ouverts, ceux qui demandent un travail d'acceptation préalable, et ceux dont les faibles possibilités d'élaboration vont limiter l'accès. Les psychothérapies dites structurées (**tableau 12**) sont indiquées en monothérapie pour les EDC légers à modérés, et en association au traitement médicamenteux pour les EDC sévères.

**Thérapie cognitivo-comportementale (TCC) en face-à-face** : a comme principal objectif la modification des pensées et des croyances négatives associées à l'état dépressif. Elle repose sur une composante d'activation comportementale consistant en la participation à des activités gratifiantes et en la reprise progressive des activités de la vie quotidienne.

**Thérapie cognitivo-comportementale offerte par Internet (TCCI)** : est une forme structurée de psychothérapie dans laquelle les patients reçoivent un traitement psychothérapeutique par courriel ou au moyen de modules en ligne. Elle peut être autoguidée ou se faire avec l'accompagnement d'un thérapeute.<sup>31</sup> Les études montrent une efficacité plus importante avec l'aide d'un professionnel de santé (cf prévention des rechutes et rémission).<sup>29</sup>

**Psychothérapie interpersonnelle** : thérapie à court terme (12-20 séances) qui s'intéresse aux relations et rapports personnels qui peuvent être problématiques et vise à modifier les éléments de stress indépendamment du fait qu'ils soient la cause ou la conséquence de la dépression.

**Thérapie de famille ou d'orientation systémique** qui s'intéresse au système dans lequel s'insère l'individu, et intègre également la famille et les proches dans le processus de traitement.

**Thérapie d'orientation psychodynamique** qui s'intéresse aux causes du mal-être, en analysant les conflits intrapsychiques inconscients.

**Tableau 12** : Les principales approches psychothérapeutiques.



## 8. LES TRAITEMENTS ALTERNATIFS

L'efficacité des traitements alternatifs sur un EDC dépend de sa sévérité ainsi que des limitations en lien avec les autres comorbidités de l'EDC. Pour la dépression *légère à modérée*, les interventions ci-dessous sont recommandées<sup>30</sup> :

### Activité physique

Le mécanisme d'action antidépresseur de l'activité physique n'est pas clairement élucidé mais il semblerait que l'augmentation de la neuroplasticité due à l'exercice physique joue un rôle. Exemples :

- Exercice physique aérobie (vélo, course à pied, etc) régulier d'intensité modérée, environ 30-60 minutes trois à cinq fois par semaine.
- Exercices de résistance (squats, gainage, etc) trois fois huit répétitions pendant 10 semaines.<sup>31</sup>

### Yoga

Le yoga s'est montré efficace dans la réduction des symptômes en association à une prise en charge standard (AD/psychothérapie), mais pas davantage qu'une activité physique.<sup>32</sup>

### Luminothérapie

La luminothérapie est le traitement de choix pour la dépression saisonnière (induite par les modifications de la luminosité) avec hypersomnie et hyperphagie généralement. Elle a un effet cliniquement significatif chez environ 60% des patients.<sup>33</sup>

- Posologie : 10'000 lux (lumière du jour) pendant 30 minutes/j durant la période de persistance habituelle de la dépression saisonnière.
- Remboursement : l'ordonnance médicale doit préciser l'indication d'une dépression saisonnière et mentionner l'achat ou la location pour un appareil à 10'000 lux.
- NB : consultation préalable chez l'ophtalmologue chez les patients avec atteinte oculaire.

### Acupuncture

L'acupuncture semble montrer des bénéfices pouvant être supérieurs à un traitement médicamenteux mais pas davantage qu'un traitement psychothérapeutique. Elle est recommandée en adjonction avec d'autres traitements validés et seulement en 3<sup>ème</sup> ligne.<sup>34</sup>

### Musicothérapie

La musicothérapie (en individuel ou en groupe) comprend des méthodes *actives* où les patients font de la musique, et des méthodes *réceptives* où les patients écoutent de la musique. Une efficacité démontrée surtout à court terme et/ou en adjonction aux traitements classiques (AD/psychothérapie) mais son efficacité doit encore être évaluée dans le cadre d'études robustes.<sup>35</sup>

- Posologie : 12 à 48 séances administrées sur une période de 6 à 12 semaines
- information : association suisse de musicothérapie <https://musictherapy.ch/fr/>. Elle peut figurer dans la liste des traitements remboursés de certaines assurances complémentaires si le thérapeute en question est inscrit au [RME \(Registre de médecine empirique\)](#) ou à [l'ASCA \(Fondation suisse pour les médecines complémentaires\)](#).

### Traitements naturels

- **Les extraits du millepertuis** en monothérapie, qui agissent par inhibition de la recapture de la sérotonine noradrénaline et dopamine, sont recommandés dans les formes légères à modérées en monothérapie et en adjonction, et ont un bon profil de tolérance.
  - En Suisse, par exemple, Deprivita® (remboursé) : 900mg 1x/j le matin, effet après deux semaines, efficacité maximale après quatre semaines, à re-évaluer après six semaines.
  - NB : interactions potentielles avec d'autres inducteurs du CYP 3A4 et contre-indiqués pendant la grossesse.

Pour la *dépression sévère* il existe deux traitements alternatifs : l'électro-convulsivo-thérapie (ECT) et la stimulation magnétique transcrânienne (rTMS). Dans l'ECT une crise convulsive contrôlée indolore est provoquée sous anesthésie générale. Elle se fait sur plusieurs séances et peut être le traitement de 1<sup>ère</sup> ligne dans certains EDC (avec symptômes psychotiques ou retard psychomoteurs) ou chez la femme enceinte. Elle est intégralement prise en charge par l'assurance de base. La rTMS quant à elle utilise un champ magnétique pour produire un faible courant électrique. Elle est indiquée pour le traitement des formes résistantes d'EDC à la pharmacothérapie ou d'effets secondaires aux médicaments. La rTMS a cependant une efficacité inconstante selon les études et n'est actuellement pas remboursée.

## 9. PREVENTION DES RECIDIVES ET RECHUTES

La **récidive** est l'apparition d'un nouvel EDC alors que la **rechute** est la recrudescence des symptômes d'un même EDC. Le risque de récurrence s'élève à 50-70% et le risque de rechute à 50% à deux ans et 85% sur toute la vie. Il est important d'informer le patient de ces risques et de l'encourager à consulter dès l'apparition des premiers symptômes. Dans ces cas, le généraliste peut aider le patient à être attentif à ses symptômes, insister sur la nécessité d'une bonne hygiène de vie (éviter l'alcool, sommeil en suffisance, alimentation équilibrée, exercice physique) et l'encourager à entreprendre une psychothérapie spécifique s'il le souhaite. En cas de récurrence, l'avis d'un psychiatre est recommandé.

La thérapie cognitive basée sur la méditation en pleine conscience ou *mindfulness* a été conçue pour éviter les rechutes dépressives, en développant les compétences nécessaires pour reconnaître et répondre de manière constructive aux pensées et sentiments associés à la rechute.<sup>36</sup> Les HUG offrent un programme par groupes plusieurs fois par année (<http://www.hug-ge.ch/specialites-psychoatriques/approches-basees-sur-pleine-conscience>).

Avec leurs contenus didactiques (vidéos, questionnaires), les applications smartphone/sites internet proposant des thérapies cognitivo-comportementales sur Internet sont également des outils de prévention intéressants. Voici quelques liens :

- « Stopblues » : <https://www.stopblues.fr/> (application et site internet)
- « Master Your Mood » (site internet en anglais) : qui vise à traiter la dépression chez les jeunes de 16 à 25 ans et la possibilité d'être en lien avec d'autres personnes.

Enfin, l'association Minds® (<https://minds-ge.ch>) à Genève propose un ensemble de mesures visant à améliorer la détection et la prise en soins précoce de la dépression. SantéPsy.ch (<https://www.santepsy.ch/fr/>) synthétise l'ensemble des informations disponibles pour toute la Suisse romande.

La prévention passe aussi par l'attention des proches à l'état psychique du patient. Pour ce faire, il existe en Suisse des cours de premiers secours en santé mentale depuis 2019 offerts par Ensa® ([www.ensa.ch](http://www.ensa.ch)), tiré du programme australien *Mental Health First Aid*, qui sont destinés autant aux professionnels qu'au grand public.

## REFERENCES

1. Schuler, D., Tuch, A. et Peter, C. (2019). Santé psychique. Chiffres clés 2017 (Obsan Bulletin 8/2019). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
2. Gin S Malhi, J John Mann, Depression, The Lancet Vol 392 November 24, 2018
3. Ronald C. Kessler, Maria Petukhova, Nancy A. Sampson, Alan M Zaslavsky, Hans-Ullrich Wittchen. Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. Int J Methods Psychiatr Res. 2012 Sep; 21(3): 169–184.
4. TesfaMekonen et al. Estimating the global treatment rates for depression: A systematic review and meta-analysis Journal of Affective Disorders Volume 295, 1 December 2021, Pages 1234-1242
5. John L. Oliffe et al. Men's Depression and Suicide, Current Psychiatry Reports (2019) 21: 103
6. WHO, depression fact-sheet <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression> , consulté le 18 juin 2022
7. Kees van Boven et al, Do unexplained symptoms predict anxiety or depression? Ten-year data from practice-based research network, British journal of general Practice, June 2011
8. Jackson JL, O'Malley PG, Kroenke K, Clinical predictors of mental disorders among medical outpatients. Validation of the "S4" model., Psychosomatics. 1998 Sep;39(5):431-6.
9. Rebecca E Anthony Amy L Paine, Katherine H Shelton Depression and Anxiety Symptoms of British Adoptive Parents: A Prospective Four-Wave Longitudinal Study Int J Environ Res Public Health. 2019 Dec 17;16(24):5153
10. Kari McDonald Social Support and Mental Health in LGBTQ Adolescents: A review of the literature Issues Ment Health Nurs 2018 Jan;39(1):16-29.
11. Lawrence T. Park, M.D., and Carlos A. Zarate, Jr., M.D. , Depression in the Primary Care Setting, N ENGL J MED 380;6, February 7, 2019
12. L. Perogamvros et al. , Quand référer aux urgences un patient présentant une crise suicidaire? Rev Med Suisse 2010
13. Depression in primary care-ICSI Institute for clinical systems improvement. 2016. <http://www.icsi.org>
14. Maes M, Berk M, Goehler L, Song C, Anderson G, Galecki P, Leonard B. Depression and sickness behavior are Janus-faced responses to shared inflammatory pathways. BMC Med. 2012
15. Patra BN, Sarkar S. Adjustment disorder: current diagnostic status. Indian J Psychol Med. 2013;35(1):4-9.
16. O.Cottencin, Dépressions sévères et addictions, L'Encéphale Volume 35, Supplement 7, December 2009.
17. Alexander Zimmer, Troubles psychiques au cabinet du médecin de famille, recommandations pour une utilisation rationnelle des médicaments psychotropes, Primary and hospital care – Médecine interne générale 2017;17(9):178–181
18. <https://compendium.ch/product/1404219-saroten-filmtabl-10-mg>, consulté le 18 juin 2022
19. Jean-Michel Aubry. Caractéristiques et traitements de la dépression bipolaire Revue Medicale Suisse, 2017.
20. A. Cipriani et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. Lancet. 2018 Apr 7;391(10128):1357-1366.
21. Gail Patrick, MD, MPP, Gene Combs, MD, and Thomas Gavagan, MD, MPH , Initiating antidepressant therapy? Try these 2 drugs first , The journal of Family Practice, July 2009
22. Spravato® (principe actif: eskétamine). Public Summary SwissPAR du 23.06.2020
23. Holsboer-Trachsler et al : Traitement somatique des troubles dépressifs unipolaires. Forum médical suisse 201 ;10(46) :802-809 818-822
24. Kosel and al. Dépression : analyse décisionnelle pour la prise en charge par le médecin de premier recours. Rev Med Suisse 2012 :2346-2363
25. The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry, 13th Edition, July 2018, Wiley-Blackwell, ISBN: 978-1-119-44260-8
26. Tursi MF and al. Effectiveness of psychoeducation for depression: a systematic review. Aust N Z J Psychiatry. 2013
27. Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2012). Antidepressant adherence: are patients taking their

Service de médecine de premier recours

- medications?. Innovations in clinical neuroscience, 9(5-6), 41–46.
28. James Davies, John Read, A systematic review into the incidence, severity and duration of antidepressant withdrawal effects: Are guidelines evidence-based?, Addictive Behaviors, Volume 97, 2019
  29. Candice Luo et al. A comparison of electronically-delivered and face to face cognitive behavioural therapies in depressive disorders: A systematic review and meta-analysis EClinicalMedicine 2020 Jun 27;24:100442
  30. Ravindran, A. V. et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 5. Complementary and Alternative Medicine Treatments. Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie, 61(9), 576–587.
  31. Rethorst CD et al. Evidence-based recommendations for the prescription of exercise for major depressive disorder. J Psychiatr Pract. 2013 May;19(3):204-12.
  32. Holger Cramer et al. A systematic review of yoga for major depressive disorder. J Affect Disord 2017 Apr 15;213:70-77.
  33. Jasmyn E A Cunningham et al. Sleep and major depressive disorder: a review of non pharmacological chronotherapeutic treatments for unipolar depression Sleep Med 2019 Sep;61:6-18
  34. Smith CA et al. Acupuncture for depression (Review) Cochrane Database of Systematic Reviews 2018
  35. Aalbers S et al. Music therapy for depression. Cochrane Database Syst Rev. 2017;11:CD004517. Epub 2017 Nov 16
  36. Stefan G Hofmann et al. Mindfulness-Based Interventions for Anxiety and Depression Psychiatr Clin North Am 2017 Dec;40(4):739-749.

Mise à jour 2017 par : L. Oberle, B. Broers, S. Saillant

ANNEXE 1

PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE IN 9 ITEMS (PHQ-9)

**QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ DU PATIENT  
- 9  
(PHQ-9)**

Au cours des 2 dernières semaines, selon quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ? (Veuillez cocher (✓) votre réponse)	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	0	1	2	3
2. Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	0	1	2	3
3. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop	0	1	2	3
4. Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie	0	1	2	3
5. Avoir peu d'appétit ou manger trop	0	1	2	3
6. Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul(le), ou d'avoir déçu sa famille ou s'être déçu(e) soi-même	0	1	2	3
7. Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8. Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, être si agité(e) que vous avez eu du mal à tenir en place par rapport à d'habitude	0	1	2	3
9. Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING   0   +        +        +         
=Total Score:       

Si vous avez coché au moins un des problèmes évoqués, à quel point ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à vous entendre avec les autres difficile(s) ?

Pas du tout difficile(s)	Assez difficile(s)	Très difficile(s)	Extrêmement difficile(s)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Développé par Dr Robert L. Spitzer, Dr Janet B.W. Williams, Dr Kurt Kroenke et leurs collègues, avec une bourse de formation de Pfizer Inc.

## ANNEXE 2

### MALE DEPRESSION RISK SCALE (MDRS-22)\*

Veillez repenser au mois dernier et répondre à chaque élément en tenant compte de la fréquence à laquelle il s'est appliqué à vous. Répondez par 0 = pas du tout; 7 = presque toujours :

Item	<i>pas du tout</i>							<i>presque toujours</i>	
	0	1	2	3	4	5	6	7	
1. J'ai refoulé mes sentiments négatifs	0	1	2	3	4	5	6	7	
2. J'ai caché mes difficultés	0	1	2	3	4	5	6	7	
3. J'ai bu plus d'alcool que d'habitude	0	1	2	3	4	5	6	7	
4. J'ai conduit dangereusement ou agressivement	0	1	2	3	4	5	6	7	
5. J'ai eu plus de brûlures d'estomac que d'habitude	0	1	2	3	4	5	6	7	
6. J'ai eu des maux de tête régulièrement	0	1	2	3	4	5	6	7	
7. J'ai eu mal au ventre	0	1	2	3	4	5	6	7	
8. J'ai dû régler des choses par moi-même	0	1	2	3	4	5	6	7	
9. J'avais des maux et des douleurs inexplicables	0	1	2	3	4	5	6	7	
10. J'avais besoin d'alcool pour m'aider à me détendre	0	1	2	3	4	5	6	7	
11. J'avais besoin d'avoir un accès facile à l'alcool	0	1	2	3	4	5	6	7	
12. J'ai surréagi à des situations avec un comportement agressif	0	1	2	3	4	5	6	7	
13. J'ai essayé de consommer de la drogue	0	1	2	3	4	5	6	7	
14. J'ai arrêté de me soucier des conséquences de mes actes	0	1	2	3	4	5	6	7	
15. J'ai arrêté de me sentir si mal en buvant	0	1	2	3	4	5	6	7	
16. J'ai pris des risques inutiles	0	1	2	3	4	5	6	7	
17. J'ai essayé d'ignorer le sentiment de déprime	0	1	2	3	4	5	6	7	
18. J'ai utilisé de la drogue pour faire face	0	1	2	3	4	5	6	7	
19. J'ai verbalement agressé les autres sans être provoqué	0	1	2	3	4	5	6	7	
20. J'étais verbalement agressif envers les autres	0	1	2	3	4	5	6	7	
21. C'était difficile de gérer ma colère	0	1	2	3	4	5	6	7	
22. La consommation de drogues a procuré un soulagement temporaire	0	1	2	3	4	5	6	7	

Cotation : Le MDRS-22 fournit un score total et six sous-échelles qui évaluent les six domaines de symptômes suivants : suppression des émotions (items 1, 2, 8, 17), consommation de drogues (items 13, 18, 22), consommation d'alcool (3, 10, 11, 15), colère et agressivité (items 12, 19, 20, 21), symptômes somatiques (items 5, 6, 7, 9) et prise de risque (items 4, 14, 16)

Rice SM, Fallon BJ, Aucote HM, Möller-Leimkühler AM. Development and preliminary validation of the male depression risk scale: furthering the assessment of depression in men. *J Affect Disord.* 2013 Dec;151(3):950-8. doi: 10.1016/j.jad.2013.08.013. Epub 2013 Aug 28. PMID: 24051100.

\*Traduction à titre indicative (faite par les auteurs de la stratégie) car l'échelle n'a pas été validé en français.

**ANNEXE 3**

**ÉCHELLE DE DÉPRESSION POSTNATALE D'ÉDIMBOURG**

**Edinburgh Postnatal Depression Scale  
Translation – French**

**Échelle de dépression postnatale d'Édimbourg**

Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Si vous êtes enceinte : Nombre de semaines de grossesse \_\_\_\_\_

Si vous avez donné naissance : Nombre de semaines après l'accouchement \_\_\_\_\_

Vous allez avoir un bébé (ou vous venez d'avoir un bébé) et nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Veuillez cocher la réponse qui vous semble décrire le mieux comment vous vous êtes sentie au cours des 7 derniers jours et pas seulement au jour d'aujourd'hui. Dans l'exemple ci-dessous, « X » signifie « je me suis sentie heureuse la plupart du temps pendant la semaine qui vient de s'écouler ».

EXEMPLE : Je me suis sentie heureuse  
 Oui, tout le temps  
 X Oui, la plupart du temps  
 Non, pas souvent  
 Non, pas du tout

Veuillez compléter les questions qui suivent de la même façon.

**Au cours des derniers 7 jours :**

1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté  
 Aussi souvent que d'habitude  
 Pas tout-à-fait autant  
 Beaucoup moins souvent ces jours-ci  
 Absolument pas
  
2. Je me suis sentie confiante et joyeuse, en pensant à l'avenir  
 Autant que d'habitude  
 Plutôt moins que d'habitude  
 Beaucoup moins que d'habitude  
 Pratiquement pas
  
3. Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal  
 Oui, la plupart du temps  
 Oui, parfois  
 Pas très souvent  
 Non, jamais
  
4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs  
 Non, pas du tout  
 Presque jamais  
 Oui, parfois  
 Oui, très souvent
  
5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans raisons  
 Oui, vraiment souvent  
 Oui, parfois  
 Non, pas très souvent  
 Non, pas du tout

Service de médecine de premier recours

6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements  
 Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations  
 Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude  
 Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations  
 Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude
7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil  
 Oui, la plupart du temps  
 Oui, parfois  
 Pas très souvent  
 Non, pas du tout
8. Je me suis sentie triste ou malheureuse  
 Oui, la plupart du temps  
 Oui, très souvent  
 Pas très souvent  
 Non, pas du tout
9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré  
 Oui, la plupart du temps  
 Oui, très souvent  
 Seulement de temps en temps  
 Non, jamais
10. Il m'est arrivée de penser à me faire du mal  
 Oui, très souvent  
 Parfois  
 Presque jamais  
 Jamais

© The Royal College of Psychiatrists 1987. Translated from Cox, JL, Holden JM & Sagovsky R. (1987).

Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of Psychiatry. 150, 782-786



**ANNEXE 4**

**MINI GERIATRIC DEPRESSION SCALE (MDS)**

**Mini GDS**

<b>Poser les questions au patient en lui précisant que, pour répondre, il doit se resituer dans le temps qui précède, au mieux une semaine, et non pas dans la vie passée ou dans l'instant présent</b>		
<b>1. Vous sentez vous découragé(e) et triste ?</b>	Oui	Non
<b>2. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?</b>	Oui	Non
<b>3. Etes-vous heureux(se) la plupart du temps ?</b>	Oui	Non
<b>4. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ?</b>	Oui	Non
<b>Cotation :</b> Question 1 : oui : 1, non : 0 Question 2 : oui : 1, non : 0 Question 3 : oui : 0, non : 1 Question 4 : oui : 1, non : 0		
<b>Si le score est supérieur ou égal à 1 : forte probabilité de dépression. Si le score est égal à 0 : forte probabilité d'absence de dépression.</b>		

Yesavage JA: Geriatric depression scale. Psychopharm Bulletin 1988;24:709 -710.

Clément JP, Nassif RF, Léger JM, Marchan F: Mise au point et contribution à la validation d'une version française brève de la Geriatric Depression Scale de Yesavage. L'Encéphale 1997;XXIII:91-99.