

# LA DEPRESSION

---

## SOMMAIRE

1. INTRODUCTION
2. STRATÉGIE DIAGNOSTIQUE
3. STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE
4. STRATÉGIE PRÉVENTIVE
5. LES TROIS POINTS LES PLUS IMPORTANTS À RETENIR
6. RÉFÉRENCES

# LA DEPRESSION

---

## 1 INTRODUCTION

Même si peu de patients consultent un médecin de premier recours (MPR) d'emblée pour des motifs psychologiques, la prévalence des troubles dépressifs est élevée dans notre patientèle. En effet, 20 à 30% des patients en médecine de premier recours ont des troubles de l'humeur cliniquement significatifs<sup>1,2</sup>. La dépression n'est pas diagnostiquée dans 30 à 50% des cas en médecine de premier recours et par conséquent pas traitée<sup>3,4</sup>.

Dans l'ensemble, les médecins rencontrent des difficultés à reconnaître et traiter dans les meilleures conditions les états dépressifs en médecine de premier recours<sup>3,5</sup>. Pourtant, au vu de la fréquence de l'affection et des réserves que beaucoup de patients émettent à s'adresser aux services psychiatriques, les médecins de premier recours ont un rôle essentiel à jouer dans le dépistage, l'orientation et le traitement des patients présentant un état dépressif<sup>3</sup>.

## 2 STRATEGIE DIAGNOSTIQUE

### 2.1 Définition

Deux classifications ([tableau 1](#)) sont utilisées le plus souvent, DSM-IV TR<sup>3,1</sup> et CIM -10.<sup>6,7</sup>

Nous présentons le code diagnostique DSM-IV TR, aide au diagnostic des troubles mentaux à l'aide de critères cliniques. (Le code DSM-IV TR permet une correspondance avec les codes CIM-10.)

296.2 Trouble dépressif majeur, épisode isolé

296.3 Trouble dépressif majeur, récurrent

300.4 Trouble dysthymique

311 Trouble dépressif non spécifié

Tableau 1: codes diagnostiques

#### 2.1.1 Définition de l'épisode dépressif majeur :

A. Présence d'au moins 5 symptômes (sur un total de 9) (cf. 2.1.2) pendant une période d'au moins 2 semaines et représentant un changement par rapport au fonctionnement habituel.

Plus au moins l'un des symptômes est soit:

1. une humeur dépressive
2. perte d'intérêt ou de plaisir

### 2.1.2 Liste des symptômes

1. Humeur dépressive présente toute la journée, presque tous les jours.
  2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours.
  3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
  4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
  5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours.
  6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
  7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours.
  8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer presque tous les jours.
  9. Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.
- B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'Episode Mixte (cf. trouble affectif bipolaire).
- C. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- D. Les symptômes ne sont pas dus aux effets d'une substance ou d'une affection médicale générale.
- E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil (deuil « pathologique »).

### 2.1.3 Définitions:

- Episode dépressif majeur, isolé : un Episode dépressif majeur
- Episode dépressif majeur, récurrent : au moins deux Episodes dépressifs majeurs (séparés par au moins deux mois où les critères d'Episode dépressif majeur ne sont pas remplis)
- Syndrome somatique : la dépression peut se présenter uniquement par des symptômes somatiques tels qu'asthénie, troubles du sommeil, perte de l'appétit ou diminution de poids de 5%, sexualité perturbée, manque de réactivité émotionnelle, plaintes somatiques.
- Symptômes psychotiques\_ : peuvent accompagner une dépression sévère, sous forme d'idées délirantes, hallucinations (auditives, plus rarement visuelles et/ou cénesthésiques), idées de persécution, stupeur etc. Leur présence nécessite toujours un avis spécialisé, **il s'agit d'une urgence psychiatrique.**

### **2.1.4 Trouble bipolaire:**

Un certain nombre de patients présentant un épisode dépressif majeur peuvent avoir un trouble bipolaire. Il est alors important de rechercher dans l'anamnèse des symptômes passés évoquant un épisode maniaque tels que des idées de grandeur, une réduction du besoin de sommeil, une fuite des idées, une distractibilité, une agitation psychomotrice (agressivité) et/ou un engagement excessif dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables.

### **2.1.5 Trouble dysthymie:**

Présence d'une humeur dépressive depuis au moins deux années consécutives avec au moins deux symptômes de la dépression. Durant la période des deux années consécutives, les symptômes sus-mentionnés ne doivent pas avoir été absents pendant plus de deux mois à la fois. L'épisode dépressif ne peut être d'une sévérité suffisante pour répondre aux critères d'un trouble dépressif récurrent léger.

## **2.2 Plaintes**

La plupart des sujets déprimés consultent le généraliste pour une ou des plaintes somatiques telles que troubles du sommeil (insomnie ou hypersomnie), fatigue, maux de tête, vertiges, douleurs vertébrales, constipation, nausées-vomissements, anorexie et/ou perte de poids. Chez l'adolescent ou le jeune adulte une irritabilité accrue ou des troubles de la concentration peuvent également être un motif de consultation.

## **2.3 Dépistage**

Il existe un certain nombre de questionnaires validés de dépistage:

-Prime MD : [http://www.psy-world.com/prime-md\\_print1.htm](http://www.psy-world.com/prime-md_print1.htm)

-GDS: <http://www.stanford.edu/~yesavage/GDS.html>

Ces questionnaires permettent d'augmenter la précision du dépistage du MPR.

Cependant, les deux questions suivantes permettent de détecter la plupart des dépressions majeures (sensibilité 97%, spécificité 67%):<sup>8</sup>

Au cours des 2 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 ?

Si le patient répond par l'affirmative à ces deux questions, puis répond oui à la question « Et aimeriez-vous de l'aide pour cela ? », la spécificité du dépistage est encore améliorée (spécificité 89%).<sup>9</sup>

La confirmation diagnostique d'un épisode dépressif se fait ensuite selon les critères sus-mentionnés ([tableau 1](#)). Le degré de gravité de la dépression et son évolution au cours du temps peuvent être précisés par l'échelle de Hamilton

(<http://healthnet.umassmed.edu/mhealth/HAMD.pdf>)

ou l'échelle de Beck (<http://www.echelles-psychiatrie.com/echelle-beck.php>).

## 2.4 Facteurs de risque

La présence simultanée d'un trouble dépressif et d'autres affections psychiatriques (en particulier anxiété et abus de substances) est fréquente et doit toujours être envisagée.

Une maladie somatique, éventuellement associée à la dépression, doit évidemment être systématiquement recherchée.

La suite de l'anamnèse sera ciblée à la recherche des facteurs de risque et des antécédents de dépression (tableau 2) :

Somatiques : maladies graves ou chroniques (affections cardio-vasculaires, séropositivité HIV, dialyse, cancers, maladies neurologiques telles que le parkinson ou les AVC avec séquelles invalidantes) ;

Psychiatriques : antécédents dépressifs, tentatives de suicide, troubles anxieux, troubles cognitifs (démence,...), autres troubles psychiatriques ;

Abus de substances et d'alcool, car ces derniers ont un effet dépressiogène (dans 43% des cas, la dépression, chez les patients alcoolo-dépendants, est secondaire à leur addiction).

Prise de médicaments : la dépression peut être un effet secondaire des médicaments (psychotropes,  $\beta$ -bloquants, corticoïdes, contraceptifs, interféron).

Familiaux et relationnels : perte d'un proche, divorce, rupture amoureuse. Notons que le deuil est une réaction normale si elle ne persiste pas au-delà de 6 mois.

Socioprofessionnels : isolement, précarité, perte d'emploi, chômage, migration, victimes de violence.

Grossesse : le risque de dépression est particulièrement élevé dans les 4 semaines qui suivent l'accouchement (entre 3 et 20 % des grossesses !)

Tableau 2: facteurs de risque de la dépression

## 2.5 Examen physique

A l'examen physique, une voix faible, monotone, un ralentissement psychomoteur, une diminution du contact visuel ou des mimiques, des pleurs, des larmes, une apparence négligée peuvent mettre le médecin sur la piste d'une dépression. Le patient peut aussi présenter des troubles cognitifs (de la mémoire, de la concentration, de l'attention etc.), une irritabilité ou des signes de nervosité.

## 2.6 Le risque suicidaire

En Suisse, l'incidence du suicide est élevée avec un taux de 19,1/an pour 100 000 habitants, soit plus de 1400 décès par an<sup>10</sup>. Des tentatives précédentes constituent le principal facteur de risque de suicide fatal.

Il est donc capital de rechercher et d'estimer le risque suicidaire d'un patient dépressif (tableau 4). Le médecin doit interroger de manière claire et directe le patient sur les idées suicidaires, d'éventuels projets ou tentatives de suicide. Il doit également évaluer s'il existe chez un patient suicidaire un risque de blesser autrui. A noter qu'il est démontré que le fait de rechercher le risque suicidaire n'augmente pas le risque de passage à l'acte.

L'évaluation de la suicidalité (tableau 3) comprend l'évaluation de trois dimensions : le risque, l'urgence et la dangerosité<sup>11</sup> (<http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-45/ad452030.pdf>)

- Pensez-vous parfois que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue ?
- Avez-vous parfois pensé que la mort serait une solution à vos souffrances ?
- Avez-vous déjà pensé au suicide ?
- Quand ? Dans quelles circonstances ? A quelle fréquence ?
- Combien de temps cela a-t-il duré ?
- Avez-vous un plan précis ?
- Qu'est-ce qui vous empêche de le faire ?

Tableau 3: évaluation de la suicidalité : exemples de questions à poser

### 3 STRATEGIE THERAPEUTIQUE

Outre les maladies somatiques associées à la dépression, il existe un certain nombre de maladies somatiques qui se manifestent par des symptômes de dépression (diabète, hypothyroïdie même infraclinique, anémie).

#### 3.1 Examens complémentaires

Le bilan sanguin inclut la TSH, le calcium, une formule sanguine simple et la glycémie à la recherche de maladies somatiques sous-jacentes. La créatinine, les électrolytes et la fonction hépatique ont une utilité pour l'introduction d'un traitement antidépresseur. Un ECG est nécessaire en cas de prescription prévue de tricyclique.

Les médicaments susceptibles d'induire la dépression (corticostéroïdes, betabloquants, etc...) seront arrêtés si possible.

#### 3.2 Traitement ambulatoire

**Toute symptomatologie dépressive sévère, suicidaire ou associée à une comorbidité psychiatrique doit être référée au psychiatre en urgence.**

Le MPR va soigner en priorité les dépressions de degré léger ou moyen, d'où l'importance de savoir les évaluer, les diagnostiquer et les traiter.

Dans le choix du traitement il faut toujours tenir compte à la fois des préférences du patient (expériences précédentes) et de celles du médecin. La psychothérapie et le traitement

médicamenteux anti-dépresseurs ont montré une efficacité comparable dans les troubles dépressifs<sup>12</sup>.

Les options suivantes sont recommandées en fonction de la gravité de l'épisode dépressif, selon l'échelle de Hamilton (<http://healthnet.umassmed.edu/mhealth/HAMD.pdf>) :

Dans l'épisode dépressif léger (Hamilton entre 18-20), le patient a le choix entre le traitement antidépresseur, la psychothérapie (efficacité comparable), mais aussi une prise en charge par le médecin de premier recours. Ce dernier devra assurer un suivi à fréquence rapprochée, axer le traitement sur l'adhérence thérapeutique, la gestion des difficultés émotionnelles, sociales et professionnelles. De plus, la psychoéducation devra occuper une place importante. L'exercice physique régulier, (env. 3 heures par semaines dans un cadre structuré), lorsqu'il est envisageable, est également bénéfique. Si l'évolution n'est pas favorable dans les 3 semaines ou si la dépression s'aggrave, un traitement psychothérapeutique spécifique et/ou médicamenteux est indiqué (voir tableau 4).

Pour un patient présentant un épisode dépressif moyen (Hamilton entre 20-22), le traitement recommandé inclut un traitement psychothérapeutique (à orientation analytique, cognitivo-comportementale, thérapie interpersonnelle, par exemple) et un traitement antidépresseur.

La combinaison de psychothérapie et de traitement médicamenteux anti-dépresseur est le traitement nécessaire en cas d'épisode sévère (Hamilton au-dessus de 22).

### **3.2.1 Options thérapeutiques en médecine de premier recours**

#### **3.2.1.1 Psychoéducation**

Dans un premier temps, il est essentiel de discuter avec le patient de son diagnostic, du pronostic, de l'importance et des effets attendus du traitement, ainsi que des effets indésirables qui peuvent se présenter, surtout en début de traitement. Il est également indispensable de mentionner au patient le délai d'action du médicament, et le fait qu'il s'agit de prendre ce traitement à moyen terme (au moins 6 mois).

#### **3.2.1.2 Le suivi**

Le suivi consiste à créer une relation de confiance, se montrer empathique, disponible pour le dialogue et l'écoute et valider les émotions du patient. Le rôle du médecin est également d'amener le patient à accepter sa maladie, le motiver à poursuivre son traitement et l'aider à mobiliser ses ressources pour faire face à ses activités quotidiennes. Cela se fait souvent en incluant l'entourage dans la prise en charge dans les limites de la confidentialité et donc avec l'accord du patient. Il est également important d'évaluer régulièrement le risque suicidaire et établir un plan d'action avec le patient et son entourage en cas d'apparition ou d'aggravation d'idées suicidaires. La supervision du traitement par un psychiatre de liaison ou installé peut être utile pour l'évaluation de l'efficacité du traitement médicamenteux et la gestion de situations de crises.

### **3.3 Le traitement médicamenteux**

Une récente méta-analyse évaluant l'efficacité des anti-dépresseurs de nouvelle génération (ISRS, IRNA, etc.) sur un épisode dépressif majeur a montré que les molécules suivantes

étaient particulièrement efficaces : mirtazapine, escitalopram, venlafaxine, sertaline, la sertraline et l'escitalopram présentant le meilleur profil sur le plan de la tolérance<sup>13</sup>. Une liste de traitements anti-dépresseurs de nouvelle génération les plus courants, avec leurs caractéristiques pharmacologiques, est présentée dans le [Tableau 4](#).

Le délai d'action des anti-dépresseurs est de 3 semaines avec parfois des effets secondaires recherchés apparaissant plus rapidement, comme la sédation, mais une diminution significative de la symptomatologie n'est souvent perceptible qu'après 4 à 8 semaines de traitement.

La tendance actuelle est d'utiliser en première intention pour les dépressions de sévérité moyenne les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS ou SSRI), car ils sont plus faciles à manier et provoquent moins d'effets secondaires que les antidépresseurs tricycliques (TC). Les ISRS ont également une plus grande sécurité en cas d'abus médicamenteux. Concernant les enfants et adolescents traités par ISRS, il existe un débat concernant un doute sur leur efficacité ainsi que leur sécurité (probable augmentation de l'impulsivité et des comportements suicidaires). Dans les traitements impliquant un mineur, il est donc recommandé de demander l'avis d'un pédopsychiatre.

En raison de leur efficacité, et de leur moindre coût, les TC restent indiqués dans certains contextes (dépressions de degré sévère ou indications spéciales, par exemple lors de syndrome douloureux chronique). En raison de leur cardiotoxicité, un ECG doit être fait avant le début du traitement par les TC. Leur potentielle létalité en cas de surdosage les contreindique en présence d'idéation suicidaire.

On sera attentif au risque de crise d'épilepsie. Il faut également se méfier des associations médicamenteuses : notamment il est formellement proscrit d'associer un SSRI au moclobémide (IMAO) ! Il est également déconseillé d'administrer conjointement un SSRI à une prescription régulière de Tramadol en raison du risque de survenue d'un syndrome sérotoninergique.

En cas de non-réponse après un traitement de 6 semaines, et après avoir exploré avec le patient les difficultés d'adhérence au traitement, la posologie peut être augmentée. Un contrôle du dosage de l'antidépresseur (monitoring) est effectué en cas de doute concernant l'adhérence du patient au traitement, si le patient ne répond pas à la dose usuelle d'antidépresseur ou si le dosage usuel de l'antidépresseur provoque des effets secondaires inattendus. En cas de persistance de non-réponse (traitement pris à dose maximale pendant 6 semaines de manière régulière), un avis spécialisé est conseillé.

Remarque : bien qu'une certaine efficacité dans le traitement de la dépression ait été démontrée dans plusieurs études, les préparations à base de millepertuis ne sont en général pas recommandées en raison de leur potentiel d'interaction avec d'autres médicaments (contraceptifs oraux, anti-coagulants etc), et du manque de standardisation des dosages dans les préparations disponibles sur le marché.



### 3.4 Suivi thérapeutique et durée du traitement

**Il est indispensable de revoir le patient dans la semaine qui suit le début du traitement pour plusieurs raisons :**

- l'observance thérapeutique du patient est améliorée si le suivi est rapproché.
- l'introduction d'un antidépresseur peut augmenter le risque suicidaire, surtout en début de traitement.
- l'introduction d'un anti-dépresseur peut déclencher un virage maniaque ou un état mixte démasquant ainsi un trouble bipolaire.

Par la suite, un suivi bi-mensuel durant les premiers 3 mois est conseillé. On peut ensuite espacer les rendez-vous si la réponse au traitement paraît favorable. L'échelle de dépression d'Hamilton, qui est un indicateur de l'intensité globale de la dépression, peut être utilisée pendant le suivi sous traitement anti-dépresseur pour évaluer son efficacité.

Il semble également qu'une prise en charge de type « case management » incluant l'intervention d'assistants médicaux formés, de psychologues ou d'infirmières gardant un contact téléphonique étroit avec les patients durant les premiers mois du traitement pour documenter l'évolution de la maladie, motiver le patient à prendre son traitement médicamenteux et entreprendre des activités sociales ou de loisir, donner un feedback au médecin, faciliter le contact entre le patient et le médecin et organiser des interventions de prise en charge psychothérapeutique, s'avère efficace<sup>14,16</sup>. Par ailleurs, l'utilisation de programmes informatiques d'auto-gestion de la dépression peut s'avérer également utile<sup>17</sup>. Cependant, nous n'avons pas connaissance de tels programmes informatiques en langue française.

En cas de bonne réponse, le traitement de maintien se fait au même dosage qu'en phase aiguë. Pour un premier épisode dépressif, la durée du traitement est de 4 à 6 mois après rémission complète de la symptomatologie. S'il s'agit d'une deuxième récurrence de dépression, le traitement devrait être poursuivi durant 2 ans. Certaines dépressions récurrentes (deux épisodes séparés par au moins 2 mois de rémission) peuvent nécessiter un traitement à très long terme, voire à vie dans certains cas.

L'arrêt d'un antidépresseur doit être progressif pour éviter le syndrome d'arrêt (discontinuation syndrome). Le syndrome de sevrage comprend les symptômes suivants : anxiété, syndrome d'allure grippale, diarrhées, vertiges, nausées, troubles du sommeil, impatience motrice, sudation, pilo-érection.

Médicaments	Dose initiale (mg/24h)	Dose standard (mg/24h)	Indications spécifiques ou caractéristiques	Interactions	Effets indésirables
Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)					
citalopram (Seropram®)	20	20-40	Peu stimulant et peu sédatif Préféré en cas d'abus d'alcool	Peu d'interaction avec autres médicaments	Fréquents : Tr. gastro-intestinaux, céphalées, dysfonctionnements sexuels
escitalopram (Ciprallex®)	10	10-20			
fluoxétine (Fluctine®)	20	20-40	Conduites boulimiques Peut faire perdre du poids à dose de 40 à 60mg/jour	Inhibiteur CYP450	Occasionnels : éruptions cutanées, tendance accrue aux saignements, hyponatrémie , SIADH
Fluvoxamine (Floxyfral®)	50	100-250	Utilisé surtout pour les dépressions avec symptômes psychotiques	Inhibiteur CYP450 Beaucoup d'interactions	
paroxétine (Deroxat®)	20	20-40	Réduit à court terme insomnie et anxiété Peut aggraver ralentissement psychomoteur et augmenter fatigue	Inhibiteur CYP450 Beaucoup d'interactions	
sertraline (Zoloft®)	50	50-100	Diminue fatigue, apathie et ralentissement psychomoteur Moins bien toléré chez les anxieux		
Inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine/noradrénaline (ISRSN)					
venlafaxine (Efexor® ER)	37.5-75	75-225	Dépression avec dominance de manque d'entrain Dépression et douleur Action plus rapide sur dépressions sévères. Dépression résistante.	Syndrome sérotoninergique si associé aux ISRS, triptanes, etc.	Semblables aux ISRS Hypo ou hypertension artérielle.
Duloxetine (Cymbalta®)	30-60	60	Dépression et douleur		Semblables aux ISRS Aggravation EI avec fluoxétine ou paroxétine

<b>Antagoniste de l'auto-récepteur pré-synaptique alpha-2 ainsi que antoagonsite des récepteurs 5-HT2 et 5-HT3 (ASSNa)</b>					
mirtazapine (Remeron®)	15-30	15-45	Dépression anxieuse avec troubles du sommeil Action rapide sur le sommeil à 15mg	Ne pas combiner avec ISRS, triptanes... Réduction efficacité par inducteurs enzymatiques Augmentation efficacité par inhibiteurs enzymatiques	Risque de prise de poids, OMI, sédation +++ les 5 premiers jours de traitement.
<b>Inhibiteur sélectif de la recapture de la noradrénaline (ISRN)</b>					
réboxétine (Edronax®)	4-8	8-12	Plutôt stimulant, respecte la vigilance et les fonctions cognitives	Les inhibiteurs enzymatiques peuvent renforcer son effet	EI anti-cholinergiques : insomnie, fatigue, sécheresse buccale, nausée, transpiration, trouble miction
<b>Substance de type tétracyclique, antagoniste des récepteurs 5-HT2 sérotoninergiques</b>					
Miansérine (Tolvon®)	30	60-120	Dépression anxieuse avec troubles du sommeil	Influence sur métabolisme des coumarines Concentration plasmatique augmente si inhibition CP3A et baisse si inducteurs CYP3A4	Somnolence, apathie, prise de poids ; risque élevé d'agranulocytose
<b>Antagoniste du récepteur -2-sérotoninergique et inhibiteur de la recapture de la sérotonine</b>					
Trazodone (Trittico®)	50-100	100-300	Dépression anxieuse avec troubles du sommeil	Aggravation de l'effet hypotenseur par les phénothiazines	Fatigue, vertiges, tr. gastro-intestinaux, sécheresse buccale, agitation, chute TA, tr. du rythme cardiaque, priapisme

Tableau 4: quelques anti-dépresseurs utilisés couramment en médecine de premier recours (modifié d'après le tableau dans Kampmann, B. CME 2010 ; 11-17

### 3.5 Arrêt de travail

Les performances des sujets déprimés sont altérées (baisse de la productivité, troubles de la concentration, erreurs de jugement, déficit de la capacité d'anticipation, conflits, manque de confiance en soi, démotivation etc.). L'arrêt de travail est justifié pour la période la plus courte possible. La reprise du travail dans de bonnes conditions est thérapeutique et signe d'une évolution favorable de la dépression. Le pourcentage et la durée sont évalués pour chaque cas ; une reprise de travail progressive est souhaitable. Une activité occupationnelle est conseillée.

### 3.6 Hospitalisation

Avant toute hospitalisation en milieu psychiatrique, un avis spécialisé est souhaité. L'hospitalisation doit être envisagée pour tout sujet présentant un danger immédiat auto ou hétéro agressif ainsi qu'en présence de symptômes psychotiques. Un patient présentant des critères éventuels d'hospitalisation doit être référé, si possible, au service d'urgences psychiatriques. A Genève, un avis préalable devrait être pris auprès du cadre de psychiatrie présent aux urgences (trieur de psychiatrie) en particulier si le sujet refuse cette orientation. Si le sujet présente un danger auto ou hétéroagressif, et qu'il refuse l'hospitalisation, le cadre de psychiatrie peut décider d'une hospitalisation non-volontaire, qui devra être avalisée nécessairement par un psychiatre détenteur d'un FMH. Si l'accès à un service d'urgence psychiatrique n'est pas possible, un médecin détenteur d'un titre FMH peut signer le certificat d'admission pour une hospitalisation non-volontaire. Dans la mesure du possible, il est recommandé de se concerter avec le chef de clinique trieur de psychiatrie aux urgences de l'hôpital cantonal (à Genève : 022/372.38.94 ou 6.859.922). La décision d'hospitalisation non-volontaire est sous le contrôle de la Commission de Surveillance des Activités Médicales.

### 3.7 Evaluation par un psychiatre

Une évaluation par un psychiatre est recommandée dans les situations suivantes ([Tableau 5](#))

<ul style="list-style-type: none"><li>- Episode dépressif sévère</li><li>- Présence de symptômes psychotiques</li><li>- Virage maniaque ou mixte (sous AD)</li><li>- Difficultés diagnostiques</li><li>- Co-morbidité psychiatrique : trouble de la personnalité, trouble bipolaire, addictions</li><li>- Risque suicidaire</li><li>- Trouble dépressif résistant (pas d'amélioration malgré trois mois de traitement)</li><li>- Désir de psychothérapie spécifique</li><li>- Traitement en « tandem » avec une supervision par un psychiatre de liaison.</li><li>- Etat dépressif chez un enfant ou adolescent</li></ul>
---

Tableau 5: recommandation d'évaluation par un psychiatre

## 4 STRATEGIE PREVENTIVE

### 4.1 Identification précoce

Le dépistage systématique d'un état dépressif (par des questions ciblées, par exemple les 2 questions proposées dans ce texte) est utile, en particulier chez les patients qui ne sont pas suivis régulièrement et chez ceux qui présentent des facteurs de risque pour la dépression (voir ci-dessus).

Le patient doit être informé du résultat de ce dépistage et une proposition thérapeutique doit être discutée avec lui.

### 4.2 Prévention des récurrences

50 - 70% d'épisodes dépressifs seront suivis de récurrence ! Il est important d'informer le patient du risque élevé de rechute et l'encourager à consulter dès les premiers symptômes. Le médecin de premier recours peut aider le patient à être à l'écoute de ses besoins, insister sur la nécessité d'une bonne hygiène de vie (éviter l'alcool, dormir en suffisance, avoir une alimentation équilibrée, faire de l'exercice physique) et encourager le patient à entreprendre une psychothérapie spécifique s'il le souhaite. En cas de récurrence, l'avis d'un psychiatre est recommandé. Les approches de type « mindfulness » (thérapie cognitive basée sur la pleine conscience) ont montré leur efficacité pour la prévention des récurrences d'épisodes dépressifs<sup>18,19</sup>.

En raison de la forte prévalence des troubles dépressifs dans la population générale, l'Etat de Genève a mis en place depuis avril 2010 un système de détection, d'orientation et de prise en charge de la maladie dépressive en collaboration avec les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) et différentes associations de professionnels de la santé et réseaux concernés par la dépression. Cette démarche, intitulée « Alliance contre la dépression », a pour but de :

- développer les réseaux de partenariat et de proposer une cohérence pour un maximum d'activités, mesures et actions développées sur le canton, par les secteurs public, associatif et privé
- faciliter l'accès à l'information, à l'orientation et aux soins aux personnes en risque de dépression
- favoriser la détection précoce de la symptomatologie dépressive par les professionnels ou associations-relais en relation directe avec la population ;
- déstigmatiser la dépression auprès de la population générale, conformément aux trois messages-clés : "la dépression a de nombreux visages", "elle peut frapper chacun" et "elle se soigne".

Une ligne téléphonique (+41, 22 305 45 45) d'information, de conseil et d'orientation sur la dépression répond à vos questions du lundi au vendredi de 14h à 18h. La ligne téléphonique s'adresse aux personnes présentant des signes de dépression, ainsi qu'à leurs proches, mais aussi à celles qui souhaitent simplement s'informer sur la maladie. Elle répond également aux questions des médecins et professionnels en contact avec des personnes fragiles face à la dépression. *L'Alliance genevoise contre la dépression.*

## 5 LES POINTS LES PLUS IMPORTANTS

- Evoquer un état dépressif devant un (des) symptôme(s) somatique(s) non expliqué(s)
- Rechercher activement le risque suicidaire
- Le traitement de la dépression nécessite un suivi régulier et en réseau.

## 6 REFERENCES

1. Anseau M, Dierick M, Buntinkx F, Cnockaert P, De Smedt J, Van Den HM, et al. High prevalence of mental disorders in primary care. *J Affect Disord* 2004;78(1):49-55.
2. The MaGPIe Research Group. The nature and prevalence of psychological problems in New Zealand primary healthcare: a report on the Mental Health and General Practice Investigation (MaGPIe). *N Z Med J* 2003;116(1171):U379.
3. Tylee A, Walters P, Maj M, Lopez-Ibor JJ, Sartorius N, Sato M, et al. Early recognition and management of depression in primary care. In: *Early detection and management of mental disorders*. Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons; 2005. p. 249-275.
4. Coyne JC, Schwenk TL, Fechner-Bates S. Nondetection of depression by primary care physicians reconsidered. *Gen Hosp Psychiatry* 1995;17(1):3-12.
5. Cepoiu M, McCusker J, Cole MG, Sewitch M, Belzile E, Ciampi A. Recognition of depression by non-psychiatric physicians--a systematic literature review and meta-analysis. *J Gen Intern Med* 2008;23(1):25-36.
6. American Psychiatric A. *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
7. *Classification Internationale des Maladies: CIM-10/ICD-10*. Paris: Masson; 1992.
8. Arroll B, Khin N, Kerse N. Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study. *BMJ* 2003;327(7424):1144-1146.
9. Arroll B, Goodyear-Smith F, Kerse N, Fishman T, Gunn J. Effect of the addition of a "help" question to two screening questions on specificity for diagnosis of depression in general practice: diagnostic validity study. *BMJ* 2005;331(7521):884-887.
10. Office fédéral de la santé publique. *Le suicide et la prévention du suicide en Suisse: Rapport répondant au postulat Widmer (02.3251)*; 2005.
11. Terra JL. Prévenir le suicide: repérer et agir. *adsp* 2003;45:20-30.
12. Wolf NJ, Hopko DR. Psychosocial and pharmacological interventions for depressed adults in primary care: a critical review. *Clin Psychol Rev* 2008;28(1):131-61.
13. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Geddes JR, Higgins JP, Churchill R, et al. Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet* 2009;373(9665):746-58.
14. Gensichen J, von Korff M, Peitz M, Muth C, Beyer M, Guthlin C, et al. Case management for depression by health care assistants in small primary care practices: a cluster randomized trial. *Ann Intern Med* 2009;151(6):369-78.
15. Gilbody S, Bower P, Fletcher J, Richards D, Sutton AJ. Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Arch Intern Med* 2006;166(21):2314-21.

16. Christensen H, Griffiths KM, Gulliver A, Clack D, Kljakovic M, Wells L. Models in the delivery of depression care: a systematic review of randomised and controlled intervention trials. BMC Fam Pract 2008;9:25.
17. McNaughton JL. Brief interventions for depression in primary care: a systematic review. Can Fam Physician 2009;55(8):789-96.
18. Bondolfi G, Jermann F, der Linden MV, Gex-Fabry M, Bizzini L, Rouget BW, et al. Depression relapse prophylaxis with Mindfulness-Based Cognitive Therapy: replication and extension in the Swiss health care system. J Affect Disord;122(3):224-31.
19. Kuyken W, Byford S, Taylor RS, Watkins E, Holden E, White K, et al. Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. J Consult Clin Psychol 2008;76(6):966-78.

Date de la première édition : Mars 1999 par D. Vuille, M. Archinard, H. Stalder

Date de mises à jour : Janvier 2001 par E. Sekera, M. Archinard, H. Stalder

Décembre 2002 par E. Sekera, M. Archinard, H. Stalder

Février 2010 par N. Junod, D. Haller, D. Rentsch

N. Junod Perron, D. Haller, D Rentsch

Pour tout renseignement, commentaire ou question : [marie-christine.cansell@hcuge.ch](mailto:marie-christine.cansell@hcuge.ch)