

Journées Médicales de Strasbourg

20 novembre 2022

# Comment je repère et prends en charge une dépression

Gilles Bertschy

Professeur des universités – Praticien hospitalier, chef de pôle et de service

Pôle de psychiatrie, santé mentale et addictologie

Service de Psychiatrie 2

INSERM u 1114



Repérer la dépression

Evaluer la situation

Organiser la prise en charge

# **Repérer la dépression**

Evaluer la situation

Organiser la prise en charge

# Un outil de repérage simple

- PHQ: Patient Health Questionnaire
- S'appuie sur les 9 symptômes des critères de la dépression majeure du DSM5
- Mini-guide d'entretien mais qui peut aussi s'utiliser en auto-questionnaire préalable à la consultation

# Première étape: le PHQ-2

- Deux premières questions du PHQ
- Durant le mois écoulé :



« Avez-vous perdu de l'intérêt ou du plaisir dans des choses que vous appréciez de faire habituellement ? »

« Vous êtes-vous senti triste, faible, déprimé ou sans espoir ? »

- 1 ou 2 réponses positives = il faut pousser l'évaluation → le PHQ-9

# PHQ-9

<b>Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ?</b>	<i>Jamais</i>	<i>Plusieurs jours</i>	<i>Plus de la moitié des jours</i>	<i>Presque tous les jours</i>
1. Une diminution marquée d'intérêt ou de plaisir dans vos activités ?	0	1	2	3
2. Un sentiment d'abattement, de dépression ou de perte d'espoir ?	0	1	2	3
3. Difficultés à vous endormir, à rester endormi(e), ou au contraire une tendance à trop dormir ?	0	1	2	3
4. Une sensation de fatigue ou de manque d'énergie ?	0	1	2	3
5. Un manque ou un excès d'appétit ?	0	1	2	3

<b>Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ?</b>	<i>Jamais</i>	<i>Plusieurs jours</i>	<i>Plus de la moitié des jours</i>	<i>Presque tous les jours</i>
6. Une mauvaise opinion de vous-même : l'impression que vous êtes un(e) raté (e) ou que vous vous êtes laissé(e) aller ou que vous avez négligé votre famille ?	0	1	2	3
7. De la peine à vous concentrer, par exemple pour lire le journal ou regarder la télévision.	0	1	2	3
8. L'impression de parler ou de vous déplacer si lentement que cela se remarquait – ou au contraire une fébrilité ou agitation telle que vous ne teniez pas en place ?	0	1	2	3
9. Penser vous que vous préféreriez être mort(e) ou penser à vous faire du mal ?	0	1	2	3

# Les scores du PHQ-9

Dépression si PHQ-9  $\geq 5$

– légère: score de 5 à 9

– modérée: score de 10 à 14

– modérément sévère: score de 15 à 19

– sévère: score  $\geq 20$



*Kroenke et al, J Gen Intern Med 2001*

Le seuil de référence le plus souvent utilisé est  **$\geq 10$**

# Du PHQ-9 au diagnostic d'épisode dépressif caractérisé: la version algorithmique

- Le diagnostic de dépression majeure ou caractérisée est établi si les réponses sont « plus de la moitié des jours »
  - à un au moins des deux items « 1 » ou « 2 »
  - à au moins 5 des items de « 1 » à « 9 »,  
*sachant que l'item « 9 » doit être comptabilisé pour toute réponse différente de « jamais ».*

Repérer la dépression

**Evaluer la situation**

Organiser la prise en charge

# Aborder le risque suicidaire

- Fait toute la gravité de la dépression
- Posez la question (c'est la meilleure prévention)
  - idées fréquence, durée
  - scénarios
  - préparatifs
- Evaluer les facteurs de risques: antécédents personnels et familiaux de suicide, isolement, perte récente, absence de raisons de vivre, accès à des moyens, dépression sévère (anxieuse, agitée, mélancolie délirante), addiction



**Aborder  
le sujet!**

# Les facteurs de risque de suicide

- expressions d'idées suicidaires
- homme isolement
- antécédents personnels et familiaux de suicide
- antécédents de tentatives de suicide
- sévérité de la dépression, du désespoir
- délire / hallucinations
- insomnie (matin)
- angoisses, trouble panique
- variations cycliques en cours d'épisode



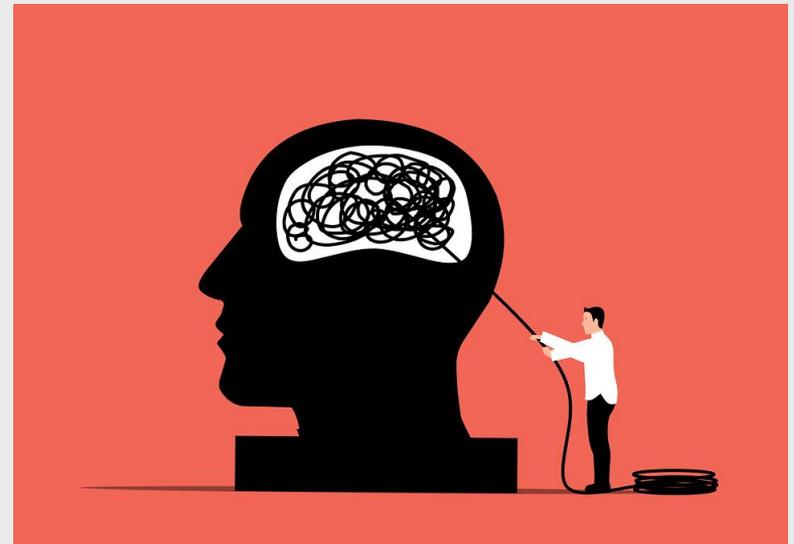
**Évaluer sévérité: si urgence ⇒ hospitalisation**

# Diagnostic différentiel somatique

- Débrouillage systématique: NFS, TSH, Ca
- Pas besoin d'aller plus loin si aucun point d'appel
- Mais nécessité de bien être attentif à ce qui nous fait douter (ex: des céphalées).

# Comorbidités psychiatriques versus diagnostic différentiel psychiatrique

- Addictions
- Trouble bipolaire (questionner sur l'hyperactivité plutôt que l'euphorie)
- Trouble borderline
- Troubles anxieux
- TCA
- TDAH



Repérer la dépression

Evaluer la situation

**Organiser la prise en  
charge**

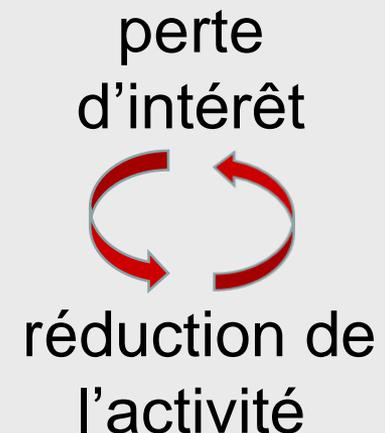
# Selon la gravité

- Hospitaliser → urgences psychiatriques
- Obtenir un rendez-vous d'urgence chez un psychiatre (Hum!)
- Initier un traitement AD
- Différer le traitement AD et revoir le patient



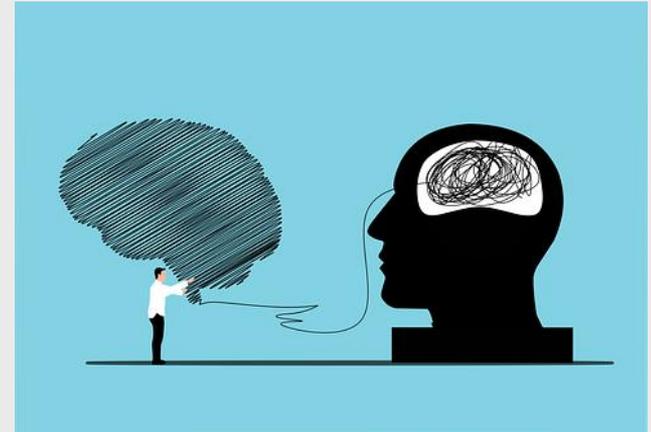
# Différer le traitement AD et revoir le patient

- tout en soutenant et encourageant
- en abordant des facteurs de crise
- en donnant des conseils
  - hygiène de vie
  - maintien et/ ou reprise d'activités ( activité physique, loisirs, socialisation...)
- activation comportementale
  - issue de la TCC
  - expliquer au patient le cercle vicieux



# Quand peut-on se passer des antidépresseurs?

- Les conditions favorables:
  - dépression modérée
  - dépression récente
  - dépression non permanente
  - pas de ralentissement, anorexie
  - facteur de stress récent et réversible
  - intervention psychothérapeutique possible
  - souhait du patient



# Quand on hésite sur la prescription se méfier de

- Ce qui pousse à la prescription:
  - l'optimisme de l'industrie pharmaceutique
  - la médecine rapide dans un monde rapide
  - la difficulté d'accès à la psychothérapie
- Ce qui fait obstacle à la prescription:
  - la dépression, sale maladie qui secrète ses propres barrières (pessimisme, culpabilité...)
  - une idéologie actuelle pas tendre pour les faiblesses humaines
  - la crainte du jugement de l'entourage

# Initier le traitement AD



- En plus et pas à la place de tous les autres outils

(soutien, conseils, activation comportementale,...)

- Choisir un AD parmi les ISRS (ou ISRSNa)
- Pas d'arguments majeurs pour guider le choix mais

sertraline

citalopram / escitalopram: allongement QT

fluoxétine /fluvoxamine/ paroxétine: interactions pharmacocinétiques

# Mise en place de l'AD (1)

- Informer sur les risques d'effets secondaires
- Prévention du risque suicidaire
  - vous recontacter si problème
  - urgences psychiatriques si urgence
- Si forte anxiété, insomnie
  - BZD transitoirement
- Revoir rapidement (1 à 2 sem max)
- Evaluer la réponse

mécanismes  
neurobiologiques non  
modifiés par l'AD

mauvaise  
observance

aggravation ou  
persistance des  
facteurs de stress

**STAGNATION**

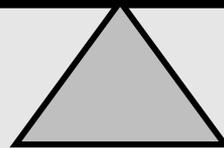
mécanismes  
neurobiologiques  
modifiés par l'AD

effet placebo

évolution spontanée

réduction des facteurs  
de stress

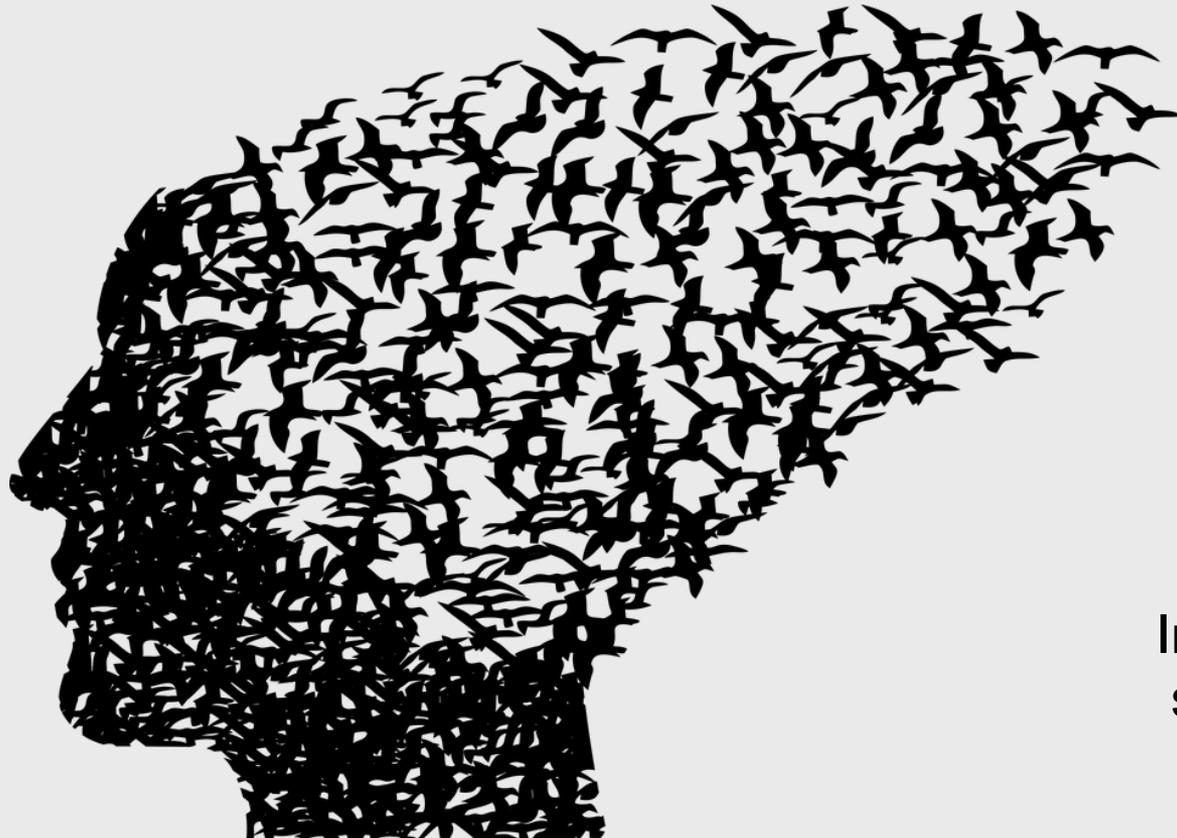
**AMÉLIORATION**



# Mise en place de l'AD (2)

- Si pas d'effet après 2 semaines augmenter la posologie
- Si pas d'effet après 4 semaines changer
  - autre ISRS
  - ISRSNa: venlafaxine, duloxétine, milnacipran
- Après un 2° AD qui ne marche pas
  - avis psychiatrique

# Merci pour votre attention



Images gratuites  
sur Pixabay