



AVIS DU CONSEIL SUPERIEUR DE LA SANTE N° 8155

Le trouble dépressif : prise en charge du patient et usage optimal du système de soins et des orientations thérapeutiques

***In this science-policy advisory report, the Superior Health Council provides tools to help
general practitioners to improve diagnosis and treatment of depressive disorder***

Décembre 2013

RESUME

Les troubles dépressifs sont une affection courante, souvent récidivante, et le plus souvent traitée en première ligne de soins. Pour cela, les médecins généralistes ont besoin d'aide et de soutien. Cet avis vise à leur apporter un outil d'aide au diagnostic et à la prise en charge des troubles dépressifs.

Les troubles de l'humeur doivent en effet faire l'objet d'une écoute et d'une compréhension empathique des professionnels de la santé, en particulier de ceux de la première ligne de soins.

La prise en charge doit se faire selon un modèle bio-psycho-social. Pour cela, une évaluation complète de la situation du patient doit être faite. L'identification des plaintes au niveau de la santé physique, psychologique et dans les relations à autrui ainsi que l'importance et la pertinence de la souffrance ainsi que des retentissements fonctionnels des divers handicaps subis, orientera en effet le type d'aide et de prise en charge.

On cadrera aussi la pathologie actuelle dans l'histoire de la personne afin de préciser les interventions thérapeutiques adéquates eu égard aux processus en cause (dépression uni- ou bipolaire, liée aux caractéristiques de la personnalité ou à des facteurs existentiels, comorbidités, etc.).

Une attention particulière sera accordée aux troubles survenant chez des enfants, des jeunes ou encore chez des personnes âgées. Dans tous ces cas, des particularités, d'immaturation ou de moindre contrôle de soi, pourront créer des conditions pathologiques aggravées, menant par exemple au risque de passage à l'acte suicidaire. Ceci, conditionnera, en particulier, l'orientation vers des soins spécialisés, voire l'hospitalisation du patient.

Un projet de soins, sera présenté à la personne, discuté avec elle et on évaluera, ainsi, l'importance respective à accorder à la prescription de médicaments antidépresseurs, à des interventions au niveau du *consulting*¹, ou encore à la mise en route de l'une ou l'autre forme de psychothérapie.

Chaque fois que de telles interventions paraissent utiles et acceptables par la personne et s'avèrent possibles, on n'hésitera pas à solliciter des spécialistes de la 2^e ligne de soins (psychiatres, psychologues, psychothérapeutes...) pour proposer une aide multidisciplinaire

¹ le consulting est l'offre de soutien et d'informations qui participent à la recherche de solutions spécifiques pour un client ou un patient

souvent en équipe de soin, afin de rencontrer les besoins du patient tant au niveau biomédical, psychologique et social. On gardera aussi à l'esprit le caractère parfois récidivant des épisodes dépressifs pour mettre en place, si possible, des mesures de prévention des rechutes.

PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DEPRESSIFS EN PREMIERE LIGNE :

- ❖ Importance de faire une **évaluation globale** (symptômes, intensité des troubles, durée, répercussions occasionnées et comorbidités) pour :
 - ↳ aider la personne à comprendre son état
 - ↳ mieux cibler l'option thérapeutique
 - ↳ éviter les complications

- ❖ Le Diagnostic de trouble dépressif majeur :

- ↳ Troubles de l'humeur :

- ↳ Trouble dépressif :

- ↳ Trouble dépressif majeur / caractérisé (*Major depression*) :

- Un ou plusieurs **épisodes dépressifs majeurs** : critères DSM IV
 - (humeur dépressive ou perte d'intérêt + 4 symptômes DSM, pendant 2 semaines ; souffrance ou altération du fonctionnement)
- Avec spécification :
 - Sévérité : Léger, moyen ou sévère (avec / sans caractéristique psychotique)
 - Récurrent ? (2 épisodes séparés par 2 mois)
 - Chronique ? (2 ans non stop)
 - Caractéristiques spécifiques : Catatonique / Mélancolique / saisonnier / avec début en post partum

Les autres souffrances et symptômes dépressifs méritent également attention et accompagnement !

- ↳ Comorbidité (trouble anxieux, troubles liés aux substances) et risque suicidaire ?

- ↳ Diagnostic différentiel (pathologie organique, trouble de la personnalité, trouble anxieux, trouble bipolaire, réaction de deuil)

- ↳ Facteurs (génétiques, biologiques, psychologiques et sociaux) de risque et de protection ?

- ↳ Groupes cibles spécifiques :

- Personnes âgées : symptômes différents, diagnostic différentiel avec la démence, importance de la perte d'intérêt
- Enfants et adolescents : attention de ne pas sous-estimer ; faire appel au pédo-psychiatre

- ❖ Une fois le diagnostic posé, mettre en place un **projet thérapeutique** (sur le long terme) selon le **modèle bio-psycho-social** qui vise :

- ↳ la réduction des symptômes
- ↳ la restauration du fonctionnement psychosocial
- ↳ la prévention du risque de rechutes

Pour cela, envisager les différentes modalités thérapeutiques :

- ↳ Discuter, informer et impliquer le patient dans le choix afin d'augmenter la compliance

- ↳ Traitement non médicamenteux :
 - psychoéducation : informer le patient et sa famille, pour une gestion autonome de la maladie (+ soutien psychologique)
 - activation et résolution de problèmes : aider à résoudre des problèmes concrets ; activer le patient avec une aide plus directe
 - accompagnement cognitivo-comportemental : travail sur les pensées (si compétence)
 - psychothérapie : orientation
 - autres (luminothérapie, thérapie psycho-corporelle, thérapies brèves, électroconvulsivothérapie, stimulation magnétique transcranienne ...)

- ↳ traitement médicamenteux :

- ↳ Quand ? :

- 1^{ère} intention si dépression caractérisée (majeure) sévère (en combinaison avec intervention psychothérapeutique)
- dépression caractérisée modérée en cas d'échec (ou de refus) des autres stratégies

- ↳ Choix du médicament en fonction de :

- efficacité : SSRI ou antidépresseur tricyclique (ATC)
- type d'effets secondaires / toxicité (> pour ATC)
- interactions
- comorbidités
- autres traitements antérieurs
- autres propriétés

- ↳ Groupes cibles spécifiques :

- Femmes enceintes : de préférence pas de médication (voir le psychiatre)
- Personnes âgées : plus de comorbidités, importance de l'accompagnement psycho-social, plutôt SSRI ou nortriptyline (ATC)
- enfants et adolescents : consulter le pédo-psychiatre

- ↳ Revoir régulièrement le patient et être attentif au risque suicidaire

- ↳ Clôturer le traitement

- ↳ Prévention des rechutes

- ❖ appel au secteur SSM, au psychiatre et, éventuellement, hospitalisation :

- ↳ Selon l'évolution et les caractéristiques de l'épisode dépressif (risque suicidaire, dépression résistante ou récurrente, anxiété majeure et agitation, caractéristiques mélancoliques, problématique relationnelle ou intrapsychique complexe)

- ↳ en présence de comorbidités psychiatriques (trouble bipolaire, trouble anxieux, dépendance à l'alcool ou autres substances, schizophrénie)

- ↳ Hospitalisation si soutien ambulatoire n'est plus suffisant dans des problématiques complexes (idées suicidaires, comorbidités psychiatriques, anxiété ...)

Mots clés

Keywords	MeSH terms *	Sleutelwoorden	Mots clés	Stichworte
----------	------------------------------	----------------	-----------	------------

Depression	Depressive disorder	Depressie	Dépression	Depression
Psychotherapy	Psychotherapy	Psychotherapie	Psychothérapie	Psychotherapie
benzodiazepine	benzodiazepines	benzodiazepines	Benzodiazépines	Benzodiazepine
Treatment	Therapy	Behandeling	Traitement	Behandlung
Bio psycho social approach		Bio psychosociale aanpak	Approche bio-psycho-sociale	biopsychosozialer Ansatz
Psychotropic	Psychotropic, drugs	Psychotrope	psychotropes	Psychotropika

* MeSH (Medical Subject Headings) is the NLM controlled vocabulary thesaurus used for indexing articles for PubMed.

TABLE DES MATIERES

RÉSUMÉ	1
1. INTRODUCTION ET QUESTION	6
2. ELABORATION ET ARGUMENTATION	7
2.1 Méthodologie	7
2.2 Elaboration	7
2.2.1 Diagnostic	7
2.2.1.1 Importance du diagnostic	7
2.2.1.2 Diagnostic	8
2.2.1.2.1 Diagnostic de trouble dépressif	8
2.2.1.2.2 Spécifications	11
2.2.1.3 Les comorbidités et risque suicidaire	12
2.2.1.4 Diagnostic différentiel	13
2.2.1.5 Spécificités liées à l'âge	13
2.2.1.5.1 Les troubles de l'humeur chez les personnes âgées	14
2.2.1.5.2 Les troubles de l'humeur chez les enfants et les adolescents	14
2.2.2 Prise en charge de la dépression	15
2.2.2.1 Modèle bio-psycho-social	15
2.2.2.2 L'annonce du diagnostic	16
2.2.2.3 Le projet thérapeutique	17
2.2.2.4 La prise en charge psychosociale ou psychothérapeutique	18
2.2.2.4.1 La psychoéducation	19
2.2.2.4.2 La résolution de problèmes et l'activation	19
2.2.2.4.3 L'accompagnement cognitivo-comportemental	19
2.2.2.4.4 La psychothérapie	20
2.2.2.4.5 Autres thérapie	21
2.2.2.5 La prise en charge médicamenteuse	22
2.2.2.5.1 Introduction	22
2.2.2.5.2 Choix du médicament antidépresseur	23
2.2.2.5.3 Groupes cibles spécifiques	25
2.2.2.6 Suivi des patients dépressifs	25
2.2.2.7 Prévention des récurrences du trouble dépressif majeur unipolaire	26
2.2.3 Travail en réseau et appel aux soins spécialisés	28
2.2.3.1 Secteurs des soins de santé mentale	28
2.2.3.2 Appel aux soins spécialisés	29
2.2.3.3 Hospitalisation	31

3.	RECOMMANDATIONS.....	31
4.	ANNEXES.....	32
5.	REFERENCES.....	32
6.	COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL	34
	AU SUJET DU CONSEIL SUPÉRIEUR DE LA SANTÉ (CSS)	36

ABREVIATIONS ET SYMBOLES

ATC	Antidépresseur Tricyclique
CSS	Conseil Supérieur de la Santé
DSM IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition</i>
ECT	Electroconvulsivothérapie
ESEMed	<i>European Study on the Epidemiology of Mental Disorders</i>
INAMI	Institut national d'assurance maladie invalidité
ISP	Institut Scientifique de Santé Publique
MRS	Maison de repos et de soins
SNRI	<i>Sérotonine-norepinephrine reuptake inhibitor</i>
SSRI	<i>Selective serotonin re-uptake inhibitors</i>
TMS	<i>Transcranial magnetic stimulation</i>

1. INTRODUCTION ET QUESTION

Face à l'augmentation continue ces dernières années de prescription de psychotropes en Belgique (voir notamment les enquêtes de santé de l'Institut Scientifique de Santé publique (ISP) (2004 et 2008), les chiffres et les conférences de Consensus sur les antidépresseurs (2006 et 2007) de l'Institut national d'assurance maladie invalidité (INAMI), ou encore les études des Mutualités Socialistes (2006) et Chrétiennes (2008)), le CSS a jugé utile d'élaborer des recommandations, principalement adressées aux médecins généralistes, afin de mieux les aider dans la prise en charge globale de la dépression et des troubles anxieux.

La société actuelle présente en effet des conditions socio-économiques parfois difficiles, des conditions de travail souvent exigeantes et stressantes, et des situations de précarité importantes. Les situations familiales peuvent aussi être difficiles, et de plus en plus de personnes (souvent plus âgées) se retrouvent isolées. Ces conditions de vie difficiles entraînent une augmentation de la prévalence de ce type de troubles.

Les enquêtes ou études épidémiologiques font ainsi état d'une prévalence de l'ordre de 15% de dépression dans la population générale.

Les données de l'Étude ESEMeD (European Study on the Epidemiology of Mental Disorders) montrent aussi qu'environ 2.1 millions de Belges ont développé un trouble mental au cours de leur vie. D'un point de vue plus détaillé, entre 1.1 et 1.2 millions de Belges ont souffert d'un épisode dépressif au cours de leur vie, dont presque 400 000 au cours des douze derniers mois (Bruffaerts et al., 2004).

Par ailleurs, ces troubles ont un impact important sur la vie des patients qui en sont atteints, et sont également des facteurs de risque pour plusieurs autres pathologies somatiques. Les troubles anxieux et dépressifs peuvent en effet entraîner des perturbations significatives du fonctionnement et sont souvent accompagnés de problèmes cognitifs, d'une souffrance psychique et parfois physique. Ce sont aussi des causes importantes d'incapacité de travail et le coût économique peut en être important.

Ces troubles doivent donc être pris en charge, rapidement et globalement, selon un modèle bio-psycho-social. Bien souvent plusieurs facteurs interviennent, et le traitement doit en tenir compte. L'encadrement de la personne en souffrance doit aussi impliquer tous les acteurs concernés. La prise en charge doit donc être multidisciplinaire tant au niveau de la reconnaissance de la dépression que de l'application des différentes stratégies thérapeutiques.

43 % des personnes souffrant d'un épisode dépressif ont sollicité une aide professionnelle. Parmi les patients ayant consulté, la plupart ont reçu un traitement médicamenteux (en combinaison ou non avec un traitement psychologique – 79 %) mais un sur dix n'a reçu aucun traitement (Bruffaerts et al., 2004).

De nombreuses études en Europe et en Belgique confirment par ailleurs le rôle central du médecin généraliste dans la prise en charge des troubles dépressifs (80% des dépressions diagnostiquées et traitées le seraient par un généraliste).

Quand un patient fait face à ce genre de souffrances (situation de mal-être débutant avec des plaintes d'ordre physique ou psychologique), c'est en effet bien souvent d'abord vers son médecin généraliste qu'il se tourne (Pelc, 2009). Ceux-ci sont donc des acteurs essentiels de la prise en charge de ces pathologies. Malheureusement, ils sont souvent bien démunis face à ces pathologies : ils ne sont pas toujours suffisamment formés à la prise en charge de ces problématiques, et la seconde ligne de soins (psychiatres, psychothérapeutes, voire même les services d'urgence des hôpitaux) n'est pas suffisamment disponible et accessible pour les aider en cas de besoin. Par ailleurs, une consultation normale de médecine générale est loin d'être suffisante pour prendre le temps nécessaire pour ce type de pathologie.

C'est pourquoi, après avoir publié, en juillet 2011, un avis sur « **L'impact des psychotropes sur la santé, avec une attention particulière pour les personnes âgées** » (CSS 8571), le CSS a décidé d'élaborer un outil d'aide aux généralistes concernant la prise en charge du patient et l'usage optimal du système de soins et des orientations thérapeutiques possibles pour les troubles de l'humeur et les troubles anxieux.

Le CSS a donc mis en place un groupe de travail ad hoc, au sein duquel des experts en psychiatrie et pédopsychiatrie étaient représentés, et qui a travaillé en parallèle sur deux thèmes différents ; la prise en charge de l'anxiété et celle de la dépression. Les avis ont ensuite été relus et retravaillés par le groupe permanent « santé mentale » du CSS et par des médecins généralistes de terrain.

Le présent document comprend des propositions concrètes et des recommandations afin d'améliorer le diagnostic et le traitement des **troubles dépressifs**. L'avis CSS 8898 porte quant à lui sur les troubles anxieux.

Il essaie de donner des directives claires sur l'accompagnement et le soutien des patients en fonction de la sévérité de la dépression, ainsi que sur la bonne utilisation des antidépresseurs.

Le rôle et l'attitude du patient et de son entourage seront aussi discutés, en particulier l'intérêt de donner au patient la possibilité d'être un partenaire actif dans le processus thérapeutique grâce à une meilleure communication et un partage de l'information.

Il est donc élaboré à partir de trois axes principaux :

- le premier donne des principes de base pour bien reconnaître et diagnostiquer la dépression ;
- le deuxième propose des pistes de réflexions au médecin généraliste sur un usage optimal des options thérapeutiques (médicamenteuses ou non) pour le traitement des troubles de l'humeur ;
- le troisième axe remet la prise en charge des troubles dépressifs par le médecin dans le contexte plus large des soins de santé mentale.

2. ELABORATION ET ARGUMENTATION

2.1 Méthodologie

L'avis est basé sur une revue de la littérature scientifique et de la littérature grise ainsi que sur l'opinion des experts.

2.2 Elaboration

2.2.1 Diagnostic

2.2.1.1 Importance du diagnostic

Le terme de dépression recouvre un large spectre de symptômes, de la tristesse normale aux perturbations sévères des troubles dépressifs. Il n'y a pas de seuil précis au sein de ce continuum mais il existe des repères utiles pour différencier le « normal » du « pathologique ».

La reconnaissance des troubles dépressifs se base sur la présence d'un certain nombre de symptômes. Au-delà de la présence de ces symptômes, et avant d'évoquer un diagnostic de dépression, le clinicien doit évaluer le degré de souffrance et de perturbations qu'ils entraînent. La simple présence de ces symptômes ne suffit pas, il faut qu'ils soient présents la plupart du

temps sur une longue période et qu'ils entraînent un degré significatif de souffrance et de perturbations dans le fonctionnement de la personne.

Il est important d'identifier un trouble dépressif (ou plus simplement d'imputer cette souffrance ou ces perturbations à la présence de symptômes dépressifs), car de cette façon on peut déjà aider le patient à comprendre son état. Le fait d'associer les différents sentiments ainsi que les différentes affections et manifestations à un seul épisode dépressif exerce souvent un effet positif sur le patient. Cela lui permet d'avoir une certaine prise de conscience sur des événements qui semblent lui échapper et donne un nom à la problématique, et donc un traitement ainsi que de l'espoir. Cela a aussi son importance.

Le diagnostic, y compris l'évaluation d'éventuelles comorbidités, de facteurs de risque et de protection, permet également de mieux cibler l'aide dont la personne aura besoin. Le choix de l'option thérapeutique proposée (prise en charge, traitement psychothérapeutique ou/et médicamenteux) doit en effet être guidé par une approche diagnostique détaillée et globale basée sur l'observation du tableau clinique et la description des symptômes, ainsi que des facteurs de risque et de protection, présents lors de l'évaluation, ainsi que dans la période qui la précède. Cette approche permettra aussi de reconnaître dans les plaintes des patients ce qui n'est pas un état dépressif et qui ne va pas nécessairement faire l'objet d'un traitement.

Enfin, une anamnèse complète et une évaluation globale de l'état dépressif et de sa sévérité permet souvent d'éviter les complications telles que les comportements suicidaires, la non-réponse au traitement, les troubles du comportement ou la chronicisation.

Parfois, si l'accompagnement ou la psychothérapie n'ont pas les effets désirés, ou si le traitement antidépresseur classique ne répond pas aux attentes du patient et du médecin, une réévaluation diagnostique doit aussi être envisagée.

Par ailleurs, dans certains cas, il s'écoule plusieurs mois, voire plusieurs années avant de reconnaître l'une ou l'autre forme de dépression ou une comorbidité qui aurait dû faire l'objet d'un autre traitement.

❖ **Importance d'un diagnostic (symptômes, sévérité, durée, perturbations occasionnées et comorbidités) pour :**

- **aider la personne à comprendre son état**
- **mieux cibler l'option thérapeutique**
- **éviter les complications**

2.2.1.2 Diagnostic

2.2.1.2.1 Diagnostic de trouble dépressif

Les troubles dépressifs font partie des troubles de l'humeur, dont la caractéristique principale est une perturbation de l'humeur.

Dans les troubles de l'humeur, on distingue :

- les troubles dépressifs et
- les troubles bipolaires qui comportent la présence (ou des antécédents) d'épisodes maniaques ou d'épisodes hypomaniaques accompagnés habituellement de la présence ou d'antécédents d'épisodes dépressifs.

Selon le DSM IV, il existe trois types de troubles dépressifs :

- le trouble dysthymique
- le trouble dépressif majeur (ou « caractérisé »)

- le trouble dépressif non spécifié

1. Le Trouble dysthymique

Ce trouble est caractérisé par une humeur dépressive présente la majeure partie du temps pendant au moins deux ans, associée à des symptômes dépressifs ne répondant pas aux critères d'un épisode dépressif majeur.

2. Trouble dépressif majeur / caractérisé²

Le Trouble dépressif majeur/caractérisé se caractérise essentiellement par **un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs**. Il s'agit de la traduction du terme « major depressive disorder », et cela ne préjuge pas de la sévérité du trouble.

Un épisode dépressif majeur se définit par une **humeur dépressive ou une perte d'intérêt pendant au moins deux semaines**, associée à **au moins quatre autres symptômes** de dépression (voir également tableau DSM IV en annexe), ces symptômes induisant une souffrance ou une altération du fonctionnement :

- **l'humeur est généralement triste**, peu réactive, elle ne s'améliore pas selon les circonstances qui d'habitude procurent du plaisir. Il ne s'agit pas d'une tristesse ordinaire, les patients évoquent souvent comme un chagrin qui envahit toute activité mentale.
- Très souvent, l'humeur triste s'accompagne de **pensées pessimistes** ou de perceptions négatives sur le passé, le présent et le futur. Ces pensées sont à l'origine d'un sentiment de dévalorisation, de perte d'estime de soi, de culpabilité, de perte d'espoir ou de pensées d'incurabilité.
- De telles préoccupations négatives signent une douleur mentale/psychique et progressent dans de trop nombreux cas vers l'apparition d'idées de mort ou de **pensées suicidaires**.
- La **perte d'intérêt et de plaisir** est aussi fréquente bien que rarement rapportée spontanément par le patient. Ce symptôme, aussi connu sous le nom d'anhédonie, représente la perte de sensibilité au plaisir ou anesthésie affective. Il s'agit surtout de la perte de la composante subjective du plaisir, sans déficits physiologiques.
- Le **manque d'énergie** est caractéristique des épisodes dépressifs, tout devient un effort, les tâches les plus courantes sont impossibles à réaliser. Les patients ont tendance à attribuer ce symptôme à une affection somatique.
- Dans les troubles dépressifs, **la perte d'appétit** entraîne parfois une perte de poids significative. Dans d'autres cas c'est une prise de poids qui prévaut avec des attitudes de type boulimique.
- Les **troubles du sommeil** aussi présents consistent en des difficultés d'endormissement ou des réveils nocturnes fréquents. Le réveil matinal précoce est le trait le plus caractéristique des dépressions sévères. Ce dernier entraîne un réveil prématuré, systématiquement deux à trois heures avant l'heure habituelle. Ce signe est considéré par certains cliniciens comme un symptôme biologique typique dans les dépressions dites mélancoliques.
- Parmi d'autres symptômes, citons la **perte d'appétit sexuel, l'irritabilité et l'anxiété** avec parfois des états d'agitation. Des **difficultés de mémoire et de concentration** peuvent apparaître, surtout chez la personne âgée parfois au point d'évoquer un tableau de démence.
- **Des plaintes physiques ou somatiques** s'ajoutent fréquemment, dont la douleur ou la constipation.

² Le terme anglais « Major Depression » traduit en français peut être source de malentendu : il n'est en effet pas question de dépression majeure Vs mineure, dans le sens grave ou légère, mais de dépressions qui répondent ou non aux critères du DSM : on préférera pour cela la traduction « dépression caractérisée » au terme de « dépression majeure »

Certains signes se traduisent aussi à travers l'apparence extérieure notamment une négligence physique, une expression faciale de tristesse ou d'angoisse, une hypomimie (diminution des expressions faciales) ou une réduction des mouvements apparentée au ralentissement psychomoteur. Ce dernier a aussi pour conséquence une pensée et un discours ralentis avec de nombreuses interruptions.

Cette liste, loin d'être exhaustive, présente les symptômes les plus caractéristiques et les plus fréquents des épisodes dépressifs. Ce sont ces éléments que le clinicien devra déceler afin de poser les bases d'un diagnostic d'épisode dépressif majeur.

L'observation de ces symptômes se réalise lors de « l'examen mental ». Ces informations sont obtenues par une écoute attentive des plaintes subjectives du patient, des éléments objectifs qu'il rapporte. Afin d'être complet il faut lors de l'examen mental laisser une place à un entretien structuré qui aura pour objectif de récolter suffisamment d'information sur la symptomatologie dépressive (voir encadré à titre d'exemple). Certaines échelles peuvent aussi être utiles dans l'élaboration de ce diagnostic, comme celles d'Hamilton, de Montgomery, ou l'HAD (voir échelles en annexe).

Au cours de votre vie avez-vous eu une période de deux semaines ou plus, où vous vous sentiez particulièrement triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps au cours de la journée, et ce, presque tous les jours ?

Au cours de votre vie, avez-vous eu une période de deux semaines ou plus où vous aviez presque tout le temps le sentiment de n'avoir plus goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui vous plaisaient habituellement ?

Aviez-vous des problèmes de sommeil presque toutes les nuits (endormissement, réveils nocturnes ou précoces, dormir trop) ?

Parliez-vous ou vous déplaçiez-vous plus lentement que d'habitude, ou au contraire vous sentiez-vous agité(e), et aviez-vous du mal à rester en place, presque tous les jours ?

Vous sentiez-vous presque tout le temps fatigué(e), sans énergie, et ce presque tous les jours ?

Aviez-vous du mal à vous concentrer ou à prendre des décisions, et ce, presque tous les jours ?

La dépression caractérisée (majeure) se distingue donc par la présence de nombreux symptômes, sur une longue durée (au moins 2 semaines) avec une souffrance importante et un certain degré de handicap dans les domaines de la vie relationnelle, familiale, sociale ou professionnelle.

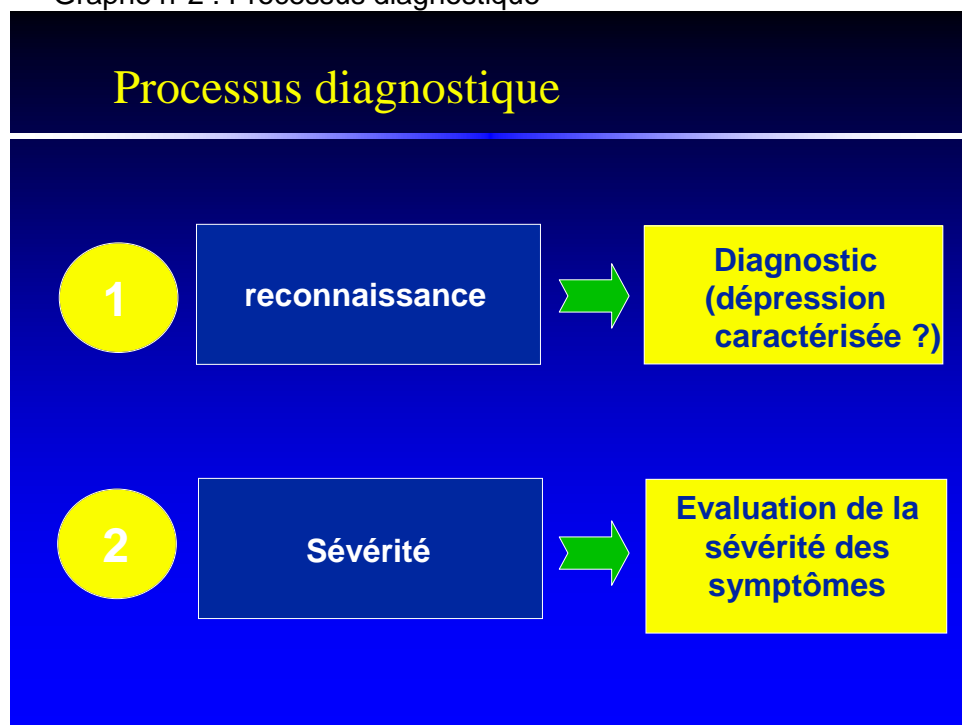
Dans certains cas, le tableau clinique est plus difficile à mettre en évidence. On parle alors de **dépression masquée** quand peu ou aucun élément de la lignée dépressive ne peut être identifié ou observable bien que ce que l'on appelle des équivalents dépressifs soient présents. Citons par exemple des perturbations des conduites, des troubles du caractère, des symptômes douloureux ou alimentaires. La comorbidité entre douleur somatique et dépression est aussi très fréquente. Migraines, céphalées, lombalgies, cervicalgies ou encore douleurs précordiales sont

autant de signes somatiques qui, dans certaines situations cliniques, doivent évoquer un syndrome dépressif ou une dépression sous-jacente qui nécessite une attention particulière.

2.2.1.2.2 Spécifications

Le processus d'évaluation des épisodes dépressifs ne se limite pas à la reconnaissance (diagnostic) du trouble, il doit également en évaluer la sévérité (voir graphe n°3).

Graphe n°2 : Processus diagnostique



La dépression caractérisée peut donc être légère, moyenne ou sévère. Cette sévérité de la dépression sera évaluée en fonction :

- du nombre de symptômes (< 6, 6-8, > 8) ;
- de l'intensité de ces symptômes ;
- de la souffrance et les perturbations fonctionnelles qu'entraînent ces symptômes.

Le trouble dépressif sévère doit par ailleurs être spécifié comme présentant ou non des caractéristiques psychotiques (idées délirantes ou hallucinations).

Il se peut aussi que les symptômes soient présents en nombre mais sur une très courte période, dans ce cas on ne parle pas de diagnostic d'une dépression caractérisée sur le plan clinique. Cela a bien entendu son importance quant à la décision d'intervenir sur le plan thérapeutique. Ces troubles dépressifs méritent eux-aussi attention et accompagnement.

Par ailleurs, lorsqu'on a fait le diagnostic d'un épisode dépressif, il faut recadrer cet épisode dans un contexte plus large, au cours de la vie du patient, car l'évolution détermine les options thérapeutiques à long terme.

La survenue de plusieurs épisodes dépressifs majeurs (à partir de 2, séparés par au moins 2 mois consécutifs durant lesquels les critères d'un épisode dépressif majeur ne sont pas remplis) signe ainsi la présence d'un **trouble dépressif récurrent**. Dans de nombreux cas, on n'observe d'ailleurs pas de rémission totale entre les épisodes qui sont alors entrecoupés d'états dysthymiques caractérisés par la persistance d'humeur dépressive modérée sur de longues périodes.

Si les critères d'un épisode majeur ont été présents continuellement pendant au moins 2 ans, on parle de **dépression chronique**.

Enfin, on peut également spécifier le diagnostic de d'un trouble de l'humeur avec les caractéristiques suivantes :

- avec caractéristiques catatoniques³
- avec caractéristiques mélancoliques⁴
- avec début lors d'un post-partum
- avec caractère saisonnier

2.2.1.3 Les comorbidités et risque suicidaire

L'association d'un épisode dépressif et d'un autre trouble mental présente un défi particulier pour le clinicien, tant au niveau du diagnostic que de la prise en charge aiguë et à long terme. La comorbidité entre troubles mentaux est considérable. Parmi la population belge adulte ayant développé une dépression au cours de leur vie, 73% évoquent aussi un autre trouble mental, dont 59% un trouble anxieux, 29% un trouble de somatisation et 22% un trouble lié à l'alcool (Barrufol & Thilmann, 1993). Sur base annuelle, 35% de la population belge adulte ayant développé une dépression, ont aussi souffert d'un trouble anxieux (Neuville, 2006).

Bien que la comorbidité des troubles de l'humeur et des troubles anxieux soit fréquente, la comorbidité entre un trouble de l'humeur, un trouble anxieux et un trouble lié à l'alcool a été observée chez un petit nombre de personnes. Parmi la population belge adulte, une telle comorbidité apparaît chez seulement 14% de ceux ayant un trouble mental sur la durée de la vie (Bruffaerts et al., 2004).

Cette comorbidité sera importante à évaluer afin d'adapter le programme de soins.

Pour cela, il faudra également évaluer les capacités à faire face du patient (au niveau somatique, psychologique et social) ainsi que les facteurs de risque et de protection présents.

Enfin, il faudra également évaluer le **risque de suicide** du patient en posant des questions claires à ce sujet.

L'idéation suicidaire est en effet fréquente dans la dépression caractérisée. Il est parfois difficile d'évaluer le risque de comportement suicidaire chez une personne dépressive. Evoquer les idées suicidaires avec le patient fait partie de l'examen mental mais ne peut se faire qu'après avoir instauré, dans l'entretien, un climat de confiance propice à la discussion sur le sujet. Les soignants sont parfois hésitants à poser des questions relatives au suicide, de crainte d'induire ou de précipiter des actes suicidaires. Il n'existe aucune évidence qui étaye cette prévision (Isometsa & coll, 1997, Welton, 2007). Le contact initial avec le patient suicidaire est très important, habituellement, les personnes suicidaires ayant besoin de plus de temps pour se confier. Parler honnêtement et ouvertement à travers une écoute attentive permet souvent de combler le fossé creusé par la méfiance, le désespoir et l'angoisse.

³le tableau clinique est caractérisé par un trouble psychomoteur marqué qui peut comprendre une immobilité motrice, une activité motrice excessive, un négativisme extrême, un mutisme, des mouvements volontaires bizarres, une écholalie ou une échopraxie

⁴ caractérisé surtout par la perte d'intérêt ou de plaisir pour toutes ou presque toutes les activités ou une absence de réactivité aux stimuli habituellement considérés comme agréables.

Exemples de questions à soulever avec le patient :

Avez-vous eu à plusieurs reprises des idées noires comme, par exemple, penser qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou avez-vous pensé à vous faire du mal ?

Au cours du mois écoulé, avez-vous,
Pensé qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou souhaité être mort(e) ?

Voulu vous faire du mal ?

Pensé à vous suicider ?

Etabli la façon dont vous pourriez vous suicider ?

Fait une tentative de suicide ?

Au cours de votre vie,
avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?

2.2.1.4 Diagnostic différentiel

Un certain nombre de situations cliniques rendent le diagnostic de dépression difficile mais, dans d'autres cas, ce diagnostic est trop vite posé sans tenir compte d'éventuelles comorbidités (psychiatriques ou somatiques). Ce problème entraîne des conséquences sur le pronostic et la réponse au traitement proposé.

Les situations suivantes ne doivent pas être considérées comme des états dépressifs majeurs:

- Présence de symptômes dépressifs qui n'engendrent pas de souffrance significative et qui ne perturbent pas le fonctionnement habituel du patient. Rentrent alors en ligne de compte des éléments parfois subjectifs comme le vécu de la personne, son seuil de tolérance à la souffrance psychique, sa capacité de mettre en place des ressources personnelles, la mobilisation de l'entourage... La connaissance globale du patient, de son vécu, de son entourage et le jugement clinique mais aussi l'empathie face au vécu du patient restent alors les seuls outils décisionnels.
- Les états dépressifs qui accompagnent le deuil. Toutefois, contrairement au deuil normal, le deuil pathologique constitue une situation particulière qui comporte une évolution plus lente (plus de six mois à un an) dans laquelle une dépression caractérisée peut survenir.
- Les épisodes dépressifs consécutifs à une pathologie organique.
- Les épisodes dépressifs associés à un trouble de la personnalité
- Les dépressions secondaires à un trouble anxieux, le plus souvent un trouble anxieux généralisé

2.2.1.5 Spécificités liées à l'âge

Il y a lieu d'accorder une attention particulière à la reconnaissance de la dépression dans deux groupes d'âge particuliers : chez les personnes âgées et chez les plus jeunes : les enfants et les adolescents.

2.2.1.5.1 Les troubles de l'humeur chez les personnes âgées

Chez les personnes âgées, la ressemblance des symptômes de dépression avec les caractéristiques du processus de vieillissement (ralentissement du rythme psychique, des fonctions cognitives plus fragiles, des changements dans l'expérience des sentiments, une routine de sommeil modifiée, etc.) peut rendre difficile le diagnostic. Les situations de perte dont s'accompagne l'avancée dans l'âge engendrent souvent une tristesse et des réactions de deuil qu'il est difficile de distinguer d'un épisode dépressif (Brouckaert, 2003).

Les symptômes clés tels que décrits dans le point 2.2.1.2.1 ne sont pas suffisamment valables pour la reconnaissance de la dépression chez les personnes âgées. A un âge avancé, les manifestations d'une humeur dépressive sont souvent remplacées par des plaintes physiques comme les douleurs thoraciques, abdominales, des sensations d'oppression respiratoire, des vertiges, des problèmes de sommeil et des douleurs générales et migrantes. Ces plaintes attirent davantage l'attention et peuvent mener à un examen médical approfondi. Il arrive également très souvent qu'en même temps le patient souffre de maladies physiques.

Chez les personnes âgées, à côté de l'apathie et des troubles de la concentration, associés à la dépression existent également des troubles de l'orientation, de la mémoire, bref du fonctionnement cognitif. Dans ces cas, la dépression peut à première vue ressembler très fort à un syndrome démentiel. Notons également que chez environ 50% des patients atteints de démence sénile, des symptômes dépressifs sont présents et chez environ 15-20% des patients qui souffrent d'Alzheimer, des symptômes de dépression caractérisée sont présents.

Par rapport à d'autres groupes d'âge, les dépressions chez les personnes âgées sont plus souvent accompagnées de caractéristiques psychotiques: idées délirantes, troubles hypocondriaques, sentiments de culpabilité ou idées paranoïaques.

C'est la perte d'intérêt qui se trouve au premier plan chez les personnes âgées, plus que l'expérience subjective de l'humeur dépressive. Par conséquent, pour arriver à un diagnostic de dépression, ce sont surtout les signes observables de façon externe qui sont importants, comme le comportement de retrait, la négligence de soi-même et le ralentissement de la parole et des mouvements.

Le pronostic de la dépression à un âge avancé est plus mauvais qu'à un âge plus jeune. Et ceci d'autant plus s'il existent des antécédents familiaux ou personnels de dépression antérieure et une détérioration fonctionnelle (formulaire MRS 2013).

2.2.1.5.2 Les troubles de l'humeur chez les enfants et les adolescents

Les médecins généralistes et les pédiatres occupent une place privilégiée dans le dépistage des premiers symptômes dépressifs chez les enfants et les adolescents en raison de leur bonne connaissance de l'histoire de l'enfant et de l'environnement familial. Cependant, le souci d'éliminer une cause organique devant toute plainte de l'enfant ou de l'adolescent conduit parfois le praticien à sous-estimer la dépression de l'enfant ou de l'adolescent.

Il y a lieu de repérer la dépression en filigrane du discours parental et dans l'observation de l'enfant ou de l'adolescent. L'épisode dépressif chez l'enfant et l'adolescent se manifeste fréquemment par des manifestations somatiques (douleurs abdominales plus ou moins chroniques et isolées, céphalées) et comportementales (dévalorisation de soi, instabilité, irritabilité, colère, repli...). Une chute des résultats scolaires doit toujours attirer l'attention.

Les adolescents consultent peu leur médecin généraliste. Or, ils considèrent celui-ci comme le premier référent en cas de problème. Il est donc impérieux de profiter de toute occasion de rencontre (dans le cadre de vaccinations, demande de certificat sportifs, de contraception, etc..) pour investiguer leur santé mentale. Divers outils existent, mais simplement poser des questions

interrogeant le sommeil, les résultats scolaires, la fatigue éventuelle, les relations avec les parents et les copains, les consommations de cannabis, alcool ou autres ouvre des portes et permet d'avoir une idée de la situation.

Lorsqu'un trouble dépressif chez un enfant ou un adolescent est suspecté, il est vivement recommandé de faire appel à un pédopsychiatre ou à un psychologue pour enfant ou adolescent, surtout en raison des spécificités du traitement des troubles dépressifs dans ce groupe d'âge.

Chez les jeunes, il faut aussi songer à identifier une consommation régulière de drogues qui, entre autres, peut déclencher un état dépressif chronique mais qui peut aussi masquer un état dépressif méconnu.

Diagnostic :

❖ Troubles de l'humeur

↳ Trouble dépressif :

↳ Trouble dépressif majeur :

- **Un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs : critères DSM IV TR (humeur dépressive ou perte d'intérêt + 4 symptômes DSM, pendant 2 semaines ; souffrance ou altération du fonctionnement)**

- **Avec spécification :**

- **Intensité :**

Léger, moyen ou sévère (avec / sans caractéristique psychotique)

- **Récurrent ? (2 épisodes séparés par 2 mois)**

- **Chronique ? (2 ans non stop)**

- **Caractéristiques spécifiques :**

Catatonique / Mélancolique / saisonnier / avec début en post partum

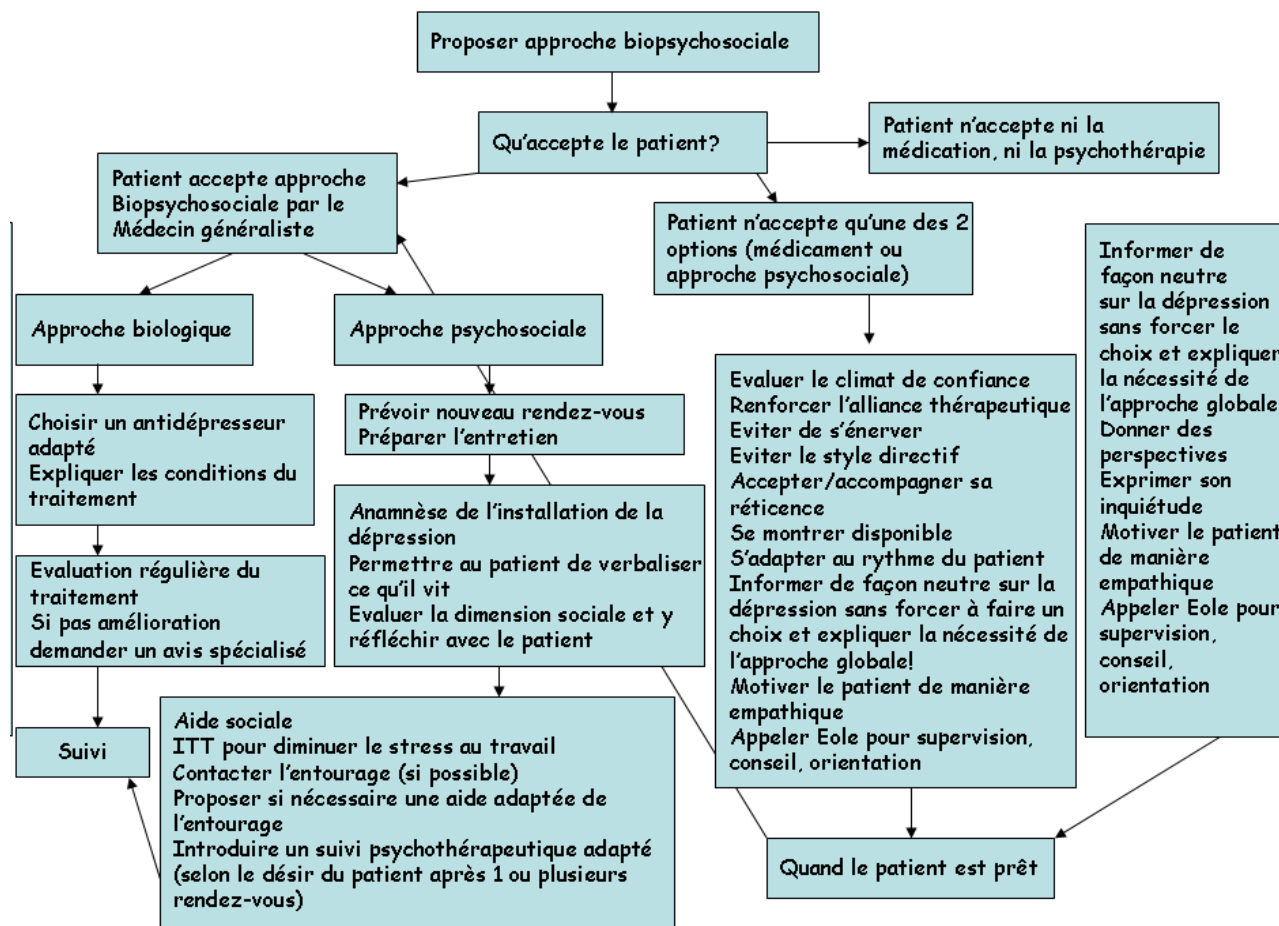
- **Comorbidité (trouble anxieux, troubles liés aux substances) et risque suicidaire ?**
- **Diagnostic différentiel (pathologie organique, trouble de la personnalité, trouble anxieux, trouble bipolaire, deuil)**
- **Facteurs de risque, facteurs de protection**
- **Groupes cibles spécifiques :**
 - **Personnes âgées : symptômes différents, diagnostic différentiel avec la démence, importance de la perte d'intérêt**
 - **Enfants et adolescents : attention de ne pas sous-estimer ; faire appel au pédo-psychiatre**

2.2.2 Prise en charge de la dépression

2.2.2.1 Modèle bio-psycho-social

La dépression doit être prise en charge selon un modèle bio-psycho-social (voir graphe 3). C'est pourquoi une bonne évaluation est nécessaire pour mettre en place le plan de soins.

Graphe 3 : Approche bio-psycho-sociale



(Eole, <http://www.eolepsy.be/arbredépression.htm>)

2.2.2.2 L'annonce du diagnostic

Partager ses conclusions diagnostiques avec le patient est un premier pas vers une alliance thérapeutique réussie. L'annonce du diagnostic ne peut se faire que s'il est suffisamment étayé par les observations cliniques. Il est utile de revenir avec le patient sur les symptômes de sa dépression.

« Sur base de notre entretien, de ce que vous m'avez dit et de ce que je peux observer, je pense que vous présentez une dépression. En effet, vous me dites que depuis plus de 3 mois, vous êtes triste la plupart du temps, vous n'avez plus goût à rien. Vous avez même dans les moments les plus pénibles des idées noires, voir l'envie de mettre fin à vos jours. Par ailleurs, vous ne dormez plus la nuit, vous avez perdu plus de 10 kilos et votre mari trouve que vous n'arrivez plus à vous concentrer.

Cela ressemble très fort à une dépression.

Il me semble par ailleurs que cette dépression est sévère. Elle dure depuis plusieurs mois, vous dites vous-même qu'elle engendre une souffrance importante et vous n'arrivez plus à vous occuper de vos enfants. Vous vous êtes aussi absentée plusieurs jours du travail ces derniers temps.

J'aimerais discuter avec vous les différentes possibilités de vous aider ».

Au-delà de ce résumé, il est important de discuter avec le patient du contexte environnemental (facteurs de stress, événements particuliers, perte d'un proche,...) dans lequel survient la

dépression, mais aussi d'une éventuelle vulnérabilité à développer une dépression (vécu traumatique dans l'enfance, histoire de vie pénible,...).

2.2.2.3 Le projet thérapeutique

Une fois le diagnostic d'un trouble dépressif établi, les objectifs du traitement sont multiples.

En priorité, le traitement aura pour but la réduction des symptômes présents en vue d'obtenir une rémission du trouble dépressif.

La restauration du fonctionnement psychosocial et la prévention du risque de rechutes et de récurrences constituent les autres axes du traitement auxquels le clinicien se doit d'apporter une attention particulière. La dépression est en effet une affection souvent récidivante, il y a donc lieu, dès les premiers jours d'un traitement, d'élaborer un plan thérapeutique sur une longue durée et de tenir compte du risque élevé de récurrence.

Il faudra être attentif au risque suicidaire et parfois envisager une hospitalisation.

Le clinicien devra aussi établir et maintenir une alliance thérapeutique, fournir toutes les informations utiles et assurer la continuité des soins tout au long des différentes phases du traitement, y compris sur le long terme.

Discuter avec le patient d'un projet thérapeutique revêt une importance particulière. Il s'agit ici de construire une alliance thérapeutique avec le patient qui doit se sentir acteur de sa santé.

Sur base du diagnostic discuté avec le patient, il est utile de lui faire part des différentes options thérapeutiques envisageables. Plusieurs modalités thérapeutiques sont possibles, comme les médicaments antidépresseurs et une psychothérapie ou la combinaison des deux.

Ce choix est déterminé par des considérations cliniques aussi bien que par le choix, la préférence du patient, les disponibilités locales (Centres de planning familial, centres de santé mentale, psychothérapeutes indépendants...) et les possibilités financières du patient (remboursement partiel par certaines mutuelles).

Il est nécessaire de discuter ces différentes options dans un ordre d'importance. Si un traitement antidépresseur est envisagé, il y a lieu d'en expliquer les différentes phases au patient : objectifs, durée, fréquence des consultations...

Cette étape permet d'améliorer la compliance, de diminuer les risques liés au traitement (ex. : arrêt brutal du traitement antidépresseur) et d'accroître les chances de réponse au traitement.

Il y a donc lieu de discuter de façon approfondie du "plan thérapeutique" avec le patient, afin d'impliquer celui-ci dans chaque étape de la prise de décision.

Le médecin généraliste doit toujours proposer d'assumer le rôle d'accompagnateur principal. En effet, un patient dépressif doit être suivi de façon régulière afin d'obtenir un soutien régulier lui permettant d'exprimer ses sentiments, ses interprétations et ses réactions. Etant donné que le médecin généraliste travaille souvent avec des consultations de courte durée, celles-ci devront être fréquentes.

Le travail en réseau et la collaboration avec d'autres intervenants est également ici primordiale, également pour le médecin, en tant que soutien thérapeutique face à une problématique très difficile et très prenante (centres de planning familial, centres de santé mentale, CPAS, mutualités, médecins du travail, services de soins à domicile, etc.).

L'orientation psychothérapeutique peut être proposée en début de traitement, mais également à tout moment au cours de celui-ci. Comme pour toute thérapie, il y a lieu de susciter des attentes réalistes à ce sujet. Il importe également de convenir de façon claire quelle sera la relation entre le médecin généraliste et le thérapeute pour la suite de l'accompagnement.

Enfin, certains paramètres spécifiques de la prise en charge doivent être revus devant chaque situation clinique, comme l'évaluation diagnostique, l'évaluation des risques (risque suicidaire, troubles du comportement), l'appréciation des perturbations du fonctionnement, la décision quant à une éventuelle hospitalisation.

Par exemple :

« Vu la sévérité et la durée de votre dépression, nous nous trouvons face à un défi sérieux. Vous avez besoin d'aide afin de surmonter cet épisode important de votre vie. Je peux et désire continuer d'assurer moi-même votre accompagnement au cours de cette période. A côté de cela, nous pouvons également rechercher de l'aide ailleurs, auprès de psychothérapeutes. Je pense que la prise de médicaments, notamment un traitement antidépresseur, peut également s'avérer utile dans votre cas. Les médicaments vous aident à surmonter ces sentiments négatifs, l'accompagnement vous aide à ressortir de cet épisode plus fort et plus résistant ».

Il est nécessaire de discuter les possibilités qu'offre le projet thérapeutique avant d'initier un traitement. Le patient doit être conscient de la durée du traitement, de l'engagement considérable qu'il nécessite, des bénéfices à attendre du traitement mais aussi des effets secondaires potentiels.

« Nous allons débiter un traitement antidépresseur. Je pense au xxx: il s'agit d'un antidépresseur que vous devrez prendre tous les jours pendant les prochains mois. Ce que nous attendons avant tout de ce traitement est qu'il atténue les symptômes que vous m'avez décrits. S'il s'avère efficace, il devrait diminuer votre angoisse, votre tristesse, vous donner plus de motivation.

Sachez que ces effets positifs ne se manifestent pas avant une quinzaine de jours, voire 3 semaines. Au début, vous risquez d'avoir quelques effets secondaires, notamment des nausées ou des maux de tête. Nous nous reverrons d'ici deux semaines pour en discuter.

Vous devez savoir que si le traitement est efficace, vous devrez le continuer pendant 6 mois, même si vous allez mieux après quelques semaines.

A côté de cela, nous devons convenir ensemble d'un programme d'accompagnement actif. Je devrai vous revoir régulièrement au cours de cette période. Réfléchissez également à la possibilité d'impliquer un psychothérapeute dans l'accompagnement. Nous y reviendrons dans les prochains jours.

2.2.2.4 La prise en charge psychosociale ou psychothérapeutique

Tous les épisodes dépressifs, même ceux d'intensité légère ou modérée, doivent être accompagnés par le médecin traitant.

Les médecins traitants ont à cet effet plusieurs options spécifiques à leur disposition, telles que la psychoéducation, la technique de résolution de problèmes, l'activation du patient ainsi que des éléments issus de l'accompagnement cognitivo-comportemental.

2.2.2.4.1 La psychoéducation

La psychoéducation consiste à fournir des informations à un patient concernant un tableau clinique spécifique. Il s'agit d'un processus qui vise à soutenir émotionnellement le patient et sa famille, et à leur donner les moyens et les compétences de gérer, de la façon la plus autonome possible, la maladie ainsi que ses conséquences personnelles, familiales et sociales. Les études sont peu nombreuses mais montrent clairement qu'un programme de psychoéducation a pour effet d'améliorer le pronostic de la maladie chez des patients. On observe en effet une diminution des rechutes et du nombre d'hospitalisations.

Encore trop souvent stigmatisés, les troubles psychiatriques sont particulièrement difficiles à comprendre et à accepter ; ils sont aussi très chargés en implications émotionnelles, sociales et relationnelles. Dans la psychoéducation, le soutien psychologique doit donc accompagner et équilibrer l'information donnée et l'apprentissage proposé.

En cas de dépression, la psychoéducation peut porter sur les symptômes, les options thérapeutiques, l'importance de la compliance, les risques de rechute ou de répétition de l'épisode dépressif (Tylee & Walters, 2005).

La psychoéducation permet d'obtenir une meilleure compréhension de la maladie (par exemple grâce à la capacité de reconnaître les symptômes) et offre au patient un cadre dans lequel situer celle-ci.

Bien qu'elle puisse être combinée avec d'autres options thérapeutiques, la psychoéducation en soi revêt également de l'importance, puisqu'elle procède à un apprentissage qui va permettre aux patients de gérer la maladie de la façon la plus adéquate et la plus autonome possible.

2.2.2.4.2 La résolution de problèmes et l'activation

Le médecin peut aider le patient à rechercher des solutions concrètes pour certains problèmes (concrets) ou fournir des informations quant à la façon dont certains problèmes peuvent être résolus. Il joue alors le rôle de *counselor*, qui est généralement un thérapeute offrant soutien et informations et participant à la recherche de solutions spécifiques pour un client ou un patient. Les problèmes pour lesquels un *counselor* peut intervenir sont généralement de nature très concrète, comme certains problèmes de choix (choix de l'école, de l'emploi).

Le médecin peut également activer le patient, via le sport ou d'autres activités qui lui plaisaient avant l'épisode dépressif. Il joue alors le rôle de *coach*, qui est dans le prolongement de celui de *counselor*, en étant de nature plus directive et plus ciblée.

La question de l'arrêt maladie et de la reprise du travail doit notamment être évaluée sérieusement, car la reprise ou non de l'activité professionnelle peut avoir un impact important sur l'évolution de la dépression.

Enfin, il convient de faire la distinction entre le *counseling/coaching* d'une part, et la psychothérapie d'autre part.

En effet, la psychothérapie met l'accent sur l'application de méthodes psychologiques par des professionnels spécifiquement formés.

Le *counseling* et le *coaching* s'inscrivent quant à eux davantage dans l'esprit de l'aide que peuvent apporter les médecins généralistes.

2.2.2.4.3 L'accompagnement cognitivo-comportemental

Les médecins qui ont une formation et une expertise suffisantes peuvent également faire un travail d'accompagnement cognitivo-comportemental avec le patient, qui consiste notamment à travailler sur les pensées négatives du patient et à modifier ses visions des choses.

2.2.2.4.4 La psychothérapie

Pour certaines personnes, chez qui l'on suspecte l'existence de troubles du comportement et/ou de troubles psychologiques ancrés plus profondément, le meilleur choix consiste à les orienter vers un psychothérapeute.

Une description détaillée et une évaluation des différents types de psychothérapies peuvent être retrouvées dans l'avis N°7855 du Conseil Supérieur d'Hygiène* « Psychothérapies : définitions, pratiques, conditions d'agrément » (2005).

En résumé, on peut dire que la psychothérapie est

(a) une forme de traitement dont l'objectif est

(b) d'aider les personnes présentant des expériences, des interactions ou des comportements perturbés à

(c) remédier à cette situation

(d) grâce à l'application systématique de moyens psychologiques par

(e) des personnes qualifiées et

de leur permettre de la sorte de résoudre plus facilement les problèmes pour lesquels ils se sont rendus en consultation.

Les entretiens thérapeutiques sont importants, car ils permettent de comprendre la façon dont le patient ressent les troubles, leur durée ainsi que leur origine.

La manière dont se déroule un traitement psychothérapeutique dépend quant à lui du cadre théorique.

Avant la psychothérapie:

Avant de débiter la psychothérapie, il y a lieu de situer le problème. C'est pourquoi le patient qui a cherché de l'aide reçoit souvent une invitation pour un premier entretien, généralement appelé entretien préliminaire, de mise au point ou d'évaluation. Le psychothérapeute tente de dresser un bilan des problèmes de la façon la plus précise possible, et d'y estimer la résistance du patient et son niveau de combativité. Il est possible que le psychothérapeute recommande le choix d'une autre forme d'aide (telle qu'un traitement médicamenteux ou un traitement résidentiel). Il y aura lieu d'expliquer au cours d'un entretien d'évaluation en quoi consiste une thérapie et de discuter des possibilités en matière de psychothérapie.

Les différentes orientations psychothérapeutiques:

Il existe de nombreuses orientations psychothérapeutiques, chacune d'entre elles étant dotée de son propre cadre référentiel, de sa méthode et de ses objectifs. Elles ont toutes leurs avantages et leurs inconvénients et il convient parfois de choisir leur application au cas par cas. Bien que les psychothérapies soient souvent décrites en termes d'« écoles » ou d'orientations particulières, une bonne connaissance des différentes approches thérapeutiques constitue un atout pour la pratique adéquate de la psychothérapie. Quoiqu'il existe différentes orientations psychothérapeutiques, elles sont globalement toutes aussi efficaces les unes que les autres pour le traitement de problèmes d'ordre psychique.

La thérapie cognitivo-comportementale

La thérapie cognitivo-comportementale est une forme de psychothérapie dans laquelle figurent au premier plan le comportement (d'apprentissage) humain et son interaction avec les facteurs environnementaux. Au cours de l'existence sont acquis de nombreux comportements qui – en fonction de la situation et du contexte - ont une fonction spécifique. Le thérapeute comportemental participe à la recherche des facteurs qui ont causé et qui maintiennent le problème. En procédant de la sorte, il est possible d'apprendre à gérer autrement les situations ou les stimuli auxquels il est difficile de faire face.

*maintenant : Conseil supérieur de la Santé.

Le traitement initial d'une dépression par thérapie cognitivo-comportementale est aussi efficace que par antidépresseurs. L'ajout d'une thérapie cognitivo-comportementale au traitement par antidépresseurs améliore les symptômes dépressifs (INAMI, 2007).

Psychanalyse et psychothérapie psychanalytique

La psychanalyse considère que les motivations de notre comportement ne sont pas toujours conscientes. Ainsi, à maintes reprises, certaines personnes se sentent anxieuses, indécises ou déprimées, sans comprendre le ressort de ce qu'elles éprouvent ni le lien avec leur sensibilité intérieure. De tels sentiments, souvent répétitifs, peuvent avoir un effet délétère sur l'existence et mènent parfois à des troubles sérieux dans les relations personnelles, sociales ou professionnelles. La psychanalyse et la psychothérapie psychanalytique sont des dispositifs thérapeutiques destinés à la rencontre de ces personnes avec ce qu'elles ne maîtrisent pas d'elles-mêmes, dans la perspective d'un apprivoisement avec elles-mêmes, là où elles sont.

Psychothérapie à orientation expérientielle et centrée sur le client

Un point de départ important de cette forme de psychothérapie est que tout être humain aspire à être précisément la personne qu'il est réellement et à faire ce qu'il veut vraiment faire. Des problèmes d'ordre psychique peuvent survenir lorsqu'une personne se sent empêchée de réaliser cet objectif. Il peut alors être question d'un sentiment d'éloignement profond par rapport à la personne que l'on est réellement. L'accent est mis sur l'environnement intérieur tel qu'il se présente au moment même. Faire face à ses limites et faire davantage usage de ses capacités permet de gérer de façon plus efficace les situations difficiles.

Psychothérapie à orientation systémique et familiale

Cette orientation thérapeutique part de l'hypothèse qu'il existe un lien entre la façon dont les membres d'une famille se comportent entre eux et l'apparition/ la persistance de troubles psychiques. Une implication importante est qu'il n'existe aucune « réalité objective », la réalité étant essentiellement le fruit de la façon dont celle-ci est perçue par la famille. Dans la psychothérapie à orientation systémique, le thérapeute met le patient et/ou sa famille au défi de faire le lien entre les appels à l'aide et la relation qu'il entretient avec son partenaire, ses enfants, parents, grands-parents et autres membres importants de sa famille. Ces membres de la famille peuvent, mais ne doivent pas nécessairement, prendre part aux entretiens.

2.2.2.4.5 Autres thérapie

Il existe une grande diversité de « thérapies » non médicamenteuses en santé mentale, allant de la luminothérapie à la musicothérapie en passant par les thérapies psycho-corporelles... Toutes n'ont pas de fondements scientifiques et peu d'entre elles ont fait l'objet d'études de qualité. S'il est décidé de confier la prise en charge psychosociale ou psychothérapeutique du patient à un spécialiste, il est préférable si possible de se renseigner au préalable sur la formation académique et sur la réputation de celui-ci.

Enfin si le tableau est sévère (caractéristiques psychotiques, catatonie, risque suicidaire notamment), l'électroconvulsivothérapie (ECT) peut être une alternative particulièrement efficace aux traitements médicamenteux.

Malgré son efficacité reconnue, l'ECT demeure un traitement fort stigmatisé en psychiatrie et même dans le champ plus large de la médecine. La perception négative de l'ECT a son origine dans un certain nombre d'idées reçues, comme par exemple la croyance qu'elle est appliquée sans le consentement du patient, dans des conditions effrayantes, voire inhumaines.

Or, si les inconvénients liés à une cure d'ECT sont réels (par exemple, la lourdeur de la cure, des troubles de la mémoire ou de la confusion dans les semaines suivantes), ils sont de loin moins pénibles que le poids d'une dépression mélancolique ou psychotique et des complications telles que l'hospitalisation de longue durée et le suicide. L'évolution des techniques et la sécurité qui entourent la pratique de l'ECT de nos jours en font un traitement efficace, sûr, et respectant les principes de base de l'éthique médicale.

Les indications de l'ECT sont bien définies, la plus reconnue étant la dépression caractérisée sévère avec ou sans symptômes psychotiques. Les états dépressifs mélancoliques et les situations de repli sévère sur soi, caractérisés par un ralentissement et une stupeur invalidante constituent une autre situation clinique pour laquelle l'ECT s'avère un choix incontournable qui ne doit pas être considéré comme un dernier recours. Ce type de dépression, en particulier chez la personne âgée, représente une menace vitale.

La stimulation magnétique transcranienne (TMS) est une autre technique qui se développe actuellement dans le traitement de 2ème ligne des dépressions résistantes, après l'échec d'un antidépresseur (voir notamment Health Council of the Netherlands, 2008 ; CSS 8878).

2.2.2.5 La prise en charge médicamenteuse

2.2.2.5.1 Introduction

Le traitement médicamenteux peut aussi être envisagé comme modalité thérapeutique. Ce choix doit tenir compte de la gravité de la dépression, des risques d'effets secondaires, et des souhaits et du profil du patient.

En effet, un traitement antidépresseur n'est indiqué en première intention que dans le cas d'une dépression caractérisée sévère.

Il est par ailleurs recommandé de ne pas traiter par antidépresseur :

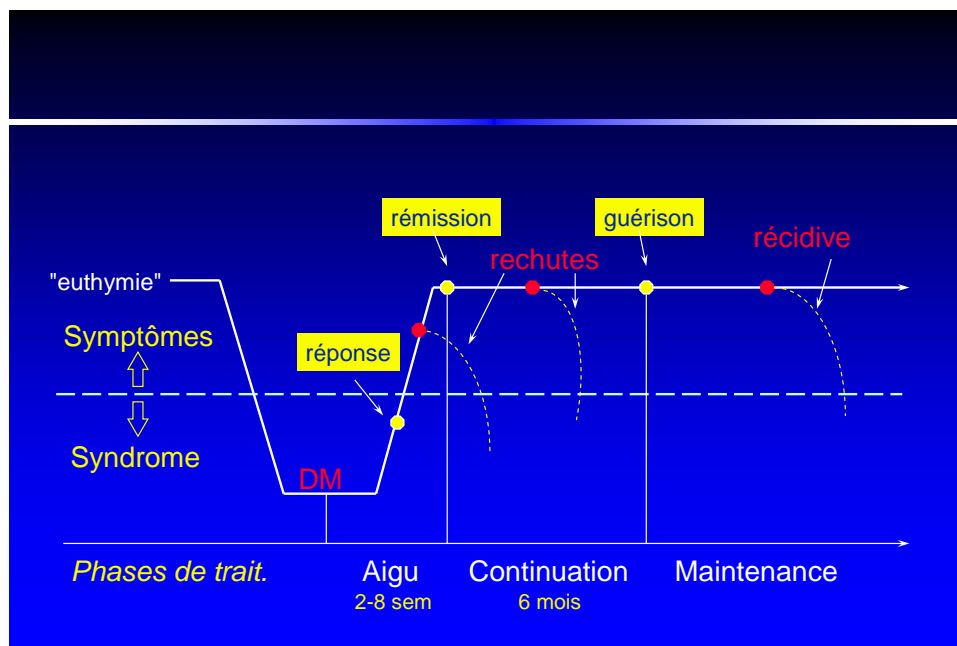
- les symptômes dépressifs ne correspondant pas aux épisodes dépressifs majeurs,
- les épisodes dépressifs majeurs / caractérisés mais d'intensité légère
- les épisodes dépressifs majeurs / caractérisés d'intensité modérée, sauf en cas d'échec ou de refus des autres stratégies.

Tout traitement médicamenteux doit par ailleurs être précédé par une évaluation clinique complète du patient. Cela augmente les chances de réussite du traitement. Afin d'améliorer les résultats du traitement pharmacologique et d'éviter les complications les plus fréquentes, un large choix d'interventions doit également avoir été considéré.

Un traitement antidépresseur suit plusieurs phases, qui correspondent au décours des troubles dépressifs, définis par la sévérité et la durée des symptômes (voir Graphe n°4).

Il est essentiel, dès les premiers jours du traitement, que ces différentes étapes soient discutées avec le patient afin d'obtenir une adhésion optimale dans un climat de confiance mutuelle, et ainsi favoriser un rôle actif du patient dans le processus thérapeutique.

Graphe n°4 : Phases d'un traitement antidépresseur



L'information donnée au patient doit également porter sur :

- les modalités de prise des médicaments,
- le délai avant l'apparition des effets bénéfiques du traitement (2 à 4 semaines),
- la nécessité de poursuivre le traitement même après l'amélioration clinique,
- les effets indésirables les plus fréquents du traitement, l'influence sur l'aptitude à conduire et les interactions avec d'autres substances (alcool notamment)
- les possibilités de contact avec le médecin en cas de question ou de problème, voire d'aggravation des troubles,
- la nécessité d'un avis médical pour l'arrêt du traitement ou l'introduction d'un autre médicament pendant le traitement.

Il faut insister sur le fait que l'effet thérapeutique n'est pas immédiat et qu'une amélioration ne doit pas entraîner l'arrêt du traitement sans avis médical.

2.2.2.5.2 Choix du médicament antidépresseur

Le médicament utilisé sera choisi en fonction de plusieurs critères :

a. L'efficacité

Pour le traitement pharmacologique, dans la grande majorité des situations cliniques en ambulatoire, il n'existe pas de différence d'efficacité clinique démontrée, de type « evidence based » entre les différents types d'antidépresseurs.

En cas d'épisode dépressif d'intensité modérée à sévère en ambulatoire, sauf cas particulier, il est recommandé en première intention de prescrire un **SSRI** ou un **antidépresseur tricyclique (ATC)** (Domus Medica, 2008).

b. Effets secondaires et toxicité

Les effets secondaires des différentes classes de médicaments sont de natures différentes. Il faudra donc choisir l'une ou l'autre en fonction du profil des patients (par exemple : effets anticholinergiques et risques cardiaques pour les ACT ; symptômes extra-pyramidaux, gastro-intestinaux ou sur le système nerveux central pour les SSRI – Domus medica, 2008).

La toxicité en cas de surdosage (volontaire ou involontaire), en particulier le profil défavorable des ACT (notamment, imipraminiques) doit également être prise en considération lors du choix du médicament.

L'impuissance ou la diminution de la libido participent à la problématique dépressive, mais peuvent aussi être causés par les psychotropes. Il est important d'en tenir compte ou du moins de poser la question de l'importance de cette problématique chez le patient car ces effets secondaires sont source d'arrêt de traitement. A noter que la mirtazapine notamment influence peu la libido et la fonction sexuelle en général de même que la trazodone (attention ici au risque de priapisme !)

c. Interactions

Il faut bien sûr tenir compte des autres médicaments éventuellement déjà utilisés par le patient et des risques d'interaction, notamment avec les médicaments sérotoninergiques, diurétiques ou antipsychotiques.

Le millepertuis (*Hypericum perforatum L.*, herba (St. John's Wort)) par exemple, bien qu'ayant montré son efficacité dans le traitement des dépressions modérées, n'est pas recommandé du fait notamment de l'incertitude concernant les doses appropriées, et des possibles interactions sérieuses avec d'autres médicaments (Nice, 2010).

d. Autres propriétés utiles

Outre leur effet antidépresseur à proprement parler, les médicaments antidépresseurs peuvent présenter des propriétés sédatives ou stimulantes. Elles se manifestent dès les premiers jours de traitement, avec une grande variabilité interindividuelle. L'effet sédatif est bénéfique chez les déprimés les plus anxieux et/ou insomniaques, l'effet stimulant chez les déprimés les plus ralentis.

e. Comorbidités psychiatriques et somatiques

Les maladies somatiques associées peuvent justifier certaines précautions d'emploi, dues notamment aux interactions médicamenteuses. L'existence d'un trouble associé (par exemple anxieux) incitera à choisir un antidépresseur efficace également dans cette indication.

Par ailleurs, dans les épisodes avec caractéristiques psychotiques (mélancolie délirante...), l'association antidépresseur-antipsychotique est le traitement médicamenteux le plus efficace.

Dans les épisodes dépressifs des troubles bipolaires, la prescription d'un antidépresseur en monothérapie est déconseillée du fait du risque de virage maniaque ou d'accélération des cycles de la maladie. La prescription d'un antidépresseur ne pourra s'envisager qu'en association avec un thymorégulateur; cette prescription sera déconseillée dans les épisodes d'intensité légère (optimiser la dose du thymorégulateur peut suffire); par contre, elle peut être envisagée dans les épisodes d'intensité modérée à sévère. Dans cette indication, les imipraminiques induisent plus de virages maniaques que les autres antidépresseurs.

f. Traitements des épisodes dépressifs antérieurs

Il est nécessaire de rechercher l'existence d'épisodes dépressifs antérieurs, ainsi que l'efficacité et la tolérance des traitements antidépresseurs antérieurement administrés, voire l'existence de syndrome de sevrage lors de l'arrêt de ces traitements.

Même si cette stratégie thérapeutique a été insuffisamment évaluée, il est recommandé de choisir préférentiellement un antidépresseur qui s'est avéré efficace et bien toléré lors d'un épisode antérieur.

Dans le choix de l'antidépresseur, on peut aussi parfois se baser sur la bonne réactivité à un médicament spécifique chez un membre proche de la famille qui a présenté des épisodes de dépression similaire.

g. Autres caractéristiques

On peut également tenir compte, dans le choix de l'anti-dépresseur, de la demi-vie du médicament et de son coût (ACT moins chers que les SSRI).

2.2.2.5.3 Groupes cibles spécifiques

a. Les personnes âgées

La particularité de la population âgée est liée à plusieurs facteurs qu'il convient de connaître.

D'une part, le vieillissement physiologique se répercute sur le plan pharmacologique du fait de modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques. Le Formulaire MRS (outil de référence pour la prescription de médicaments chez les personnes âgées) conseille soit la nortriptyline, relativement sûr, ou un SSRI tel la sertraline ou le citalopram. Ces derniers sont également recommandés par Domus Medica (2008).

D'autre part, le grand âge entraîne très fréquemment des comorbidités qui imposent pour chaque nouvelle prescription une analyse des interactions possibles avec d'autres médicaments, et du rapport bénéfice/risque.

Il faut également tenir compte de la compliance souvent médiocre, d'où la nécessité d'explications claires.

Enfin, il est important de souligner que le traitement médicamenteux ne saurait suffire à la prise en charge du sujet âgé dépressif et doit s'ajouter à un accompagnement psychothérapeutique, voire psychosocial (Massol et al, 2005).

b. Les femmes enceintes

Les femmes enceintes ne devraient pas utiliser d'antidépresseurs, ou à dose minimale, du fait des effets potentiels sur le fœtus de toute médication psychotrope. Le cas échéant, contacter le psychiatre afin d'évaluer la nécessité de continuer ou de commencer un traitement médicamenteux. Si le traitement est impératif, la littérature considère comme étant les moins à risque pendant la grossesse et l'allaitement: l'amitriptyline et les SSRI (sauf la paroxétine au premier trimestre qui est interdite). La venlafaxine est contre indiquée au troisième trimestre et pendant l'allaitement. Dans tous les cas, le site de référence est www.lecrat.org.

c. Les enfants et les adolescents

La prescription d'antidépresseurs chez l'enfant et l'adolescent doit faire l'objet d'une prise en charge multidisciplinaire et s'entourer de l'avis d'un pédopsychiatre. Peu d'études sont disponibles sur l'efficacité des médicaments antidépresseurs chez l'enfant et l'adolescent (un âge inférieur à 18 ans étant souvent un âge d'exclusion des études). Le peu de données d'efficacité disponibles suggèrent que la fluoxétine et, dans une moindre mesure, la venlafaxine sont efficaces. Les *guidelines* (NICE, 2005) sur l'utilisation des antidépresseurs dans cette tranche d'âge insistent sur les risques d'induire ou d'augmenter une tendance suicidaire (on n'a jamais montré une augmentation du nombre effectif de décès par suicide) et recommande un suivi intensif et des contacts réguliers avec les parents ou d'autres proches de l'enfant. Il est également conseillé d'assurer le suivi de la maturation et du développement sexuels.

2.2.2.6 Suivi des patients dépressifs

Le médecin traitant doit lui-même reconvoquer régulièrement les patients dépressifs.

En phase aigüe :

En début de traitement, les consultations seront fréquentes, par exemple : au moins une fois la première semaine, une fois la deuxième semaine, au moins une fois après 4 semaines, et une fois après 8 semaines.

Des contacts téléphoniques intermédiaires entre deux consultations peuvent également être utiles.

La survenue ou la persistance d'idées suicidaires justifie une surveillance accrue, avec des consultations plus fréquentes, voire un avis spécialisé ou une hospitalisation.

Avec un traitement médicamenteux, le début de l'amélioration survient dans un délai variable selon les symptômes dépressifs :

- ▶ en quelques jours de traitement pour l'anxiété et le sommeil,
- ▶ après 1 à 2 semaines pour le ralentissement psychomoteur et les idées suicidaires,
- ▶ après 2 à 4 semaines pour l'humeur proprement dite.

Ainsi, le délai d'action des antidépresseurs est compris entre 2 et 4 semaines. Il ne diffère pas de manière significative selon la classe d'antidépresseurs ou selon la voie d'administration.

Par conséquent, à l'exception des cas où la situation s'aggrave, il est recommandé de ne pas interrompre un traitement antidépresseur en l'absence d'amélioration avant 4 semaines de traitement à posologie efficace. En cas de non réponse au traitement, on peut revoir le diagnostic et orienter vers les soins spécialisés de santé mentale.

Une amélioration précoce, dans les 2 premières semaines de traitement, est prédictive d'une réponse favorable ultérieure.

Enfin, le délai nécessaire à l'obtention d'une réponse thérapeutique complète est de 6 à 8 semaines.

Il faut savoir que, de manière générale, après 8 semaines de traitement bien conduit :

- un tiers des patients déprimés traités par antidépresseurs ont une réponse complète au traitement avec rémission des symptômes,
- un tiers ont une réponse partielle ou insuffisante au traitement,
- et un tiers ne répondent pas au traitement.

En phase de consolidation :

Le rythme des consultations ultérieures sera déterminé avec le patient en fonction de son état clinique, de l'efficacité et de la tolérance du traitement médicamenteux, des traitements associés et de la qualité de l'alliance thérapeutique.

Le traitement médicamenteux doit continuer 6 mois et, ensuite, être arrêté progressivement.

Dans tous les épisodes dépressifs majeurs, le traitement de consolidation (ou continuation) à privilégier est le médicament qui a permis d'obtenir la rémission symptomatique tout en maintenant les mêmes posologies.

2.2.2.7 Prévention des récurrences du trouble dépressif majeur unipolaire

Le risque de récurrence est bien réel dans les troubles dépressifs (environ la moitié des patients vont vivre un deuxième épisode de dépression). Il faut donc être particulièrement vigilant aux signes de rechute.

Chez certains patients à risque, le traitement antidépresseur peut être prolongé à 9 voire 12 mois, plutôt que les 6 habituels (Domus Medica, 2008).

Le maintien du traitement sur des périodes plus longues (par exemple, plusieurs années) nécessite un avis spécialisé qui devra tenir compte de divers paramètres : fréquence, durée et intensité des épisodes, qualité du fonctionnement du patient et durée des périodes asymptomatiques. Un stabilisateur de l'humeur peut être utilisé.

⇒ **Une fois le diagnostic posé, mettre en place un projet thérapeutique (sur le long terme) qui vise :**

- la réduction des symptômes
- la restauration du fonctionnement psychosocial
- la prévention du risque de rechutes

Pour cela, envisager les différentes modalités thérapeutiques :

- **Discuter, informer et impliquer le patient dans le choix afin d'augmenter la compliance**
- **traitement non médicamenteux :**
 - **psychoéducation : informer le patient et sa famille, pour une gestion autonome de la maladie (+ soutien psychologique)**
 - **activation et résolution de problème : aider à résoudre des problèmes concrets ; activer le patient avec une aide plus directe**
 - **accompagnement cognitivo-comportemental : travail sur les pensées (si compétence)**
 - **psychothérapie : orientation**
 - **autres (luminothérapie, thérapie psycho-corporelle, thérapies brèves, ECT, TMS ...)**

⇒ **traitement médicamenteux :**

- **Quand ? :**
 - **1^{ère} intention si dépression caractérisée sévère (en combinaison avec intervention psychothérapeutique)**
 - **dépression caractérisée modérée en cas d'échec (ou de refus) des autres stratégies**
- **Choisir le médicament en fonction de :**
 - **efficacité : SSRI ou ATC**
 - **effets secondaires / toxicité (> pour ATC)**
 - **interactions**
 - **comorbidités**
 - **autres traitements antérieurs**
 - **autres propriétés**
- **Groupes cibles spécifiques :**
 - **Femmes enceintes : de préférence pas de médication (voir le psychiatre)**
 - **Personnes âgées : plus de comorbidités, importance de l'accompagnement psycho-social**
 - **Enfants et adolescents : consulter le pédo-psychiatre**

❖ **Revoir régulièrement le patient et être attentif au risque suicidaire**

2.2.3 Travail en réseau et appel aux soins spécialisés

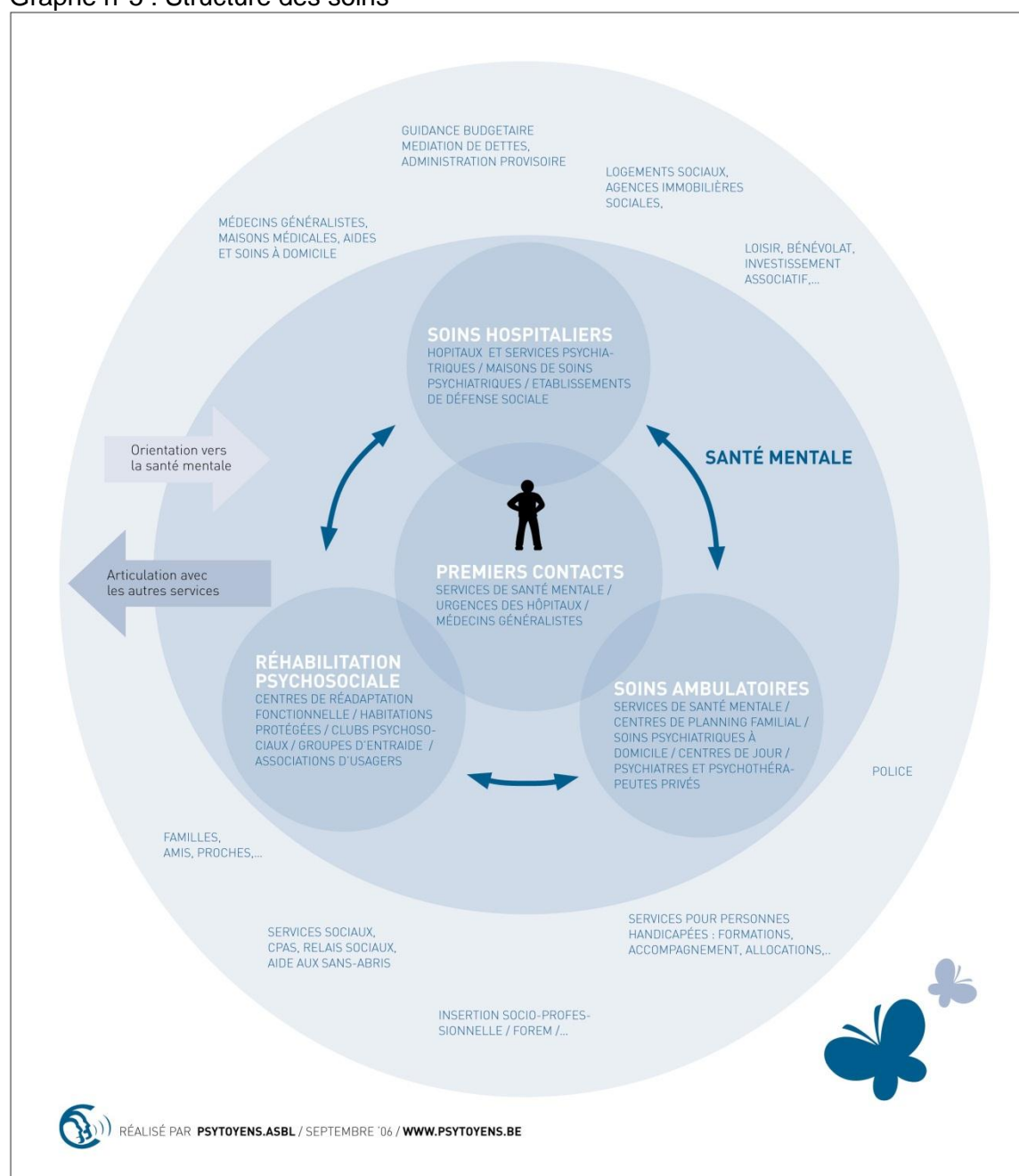
2.2.3.1 Secteurs des soins de santé mentale

Le médecin généraliste n'est heureusement pas seul pour prendre en charge les patients dépressifs. Il existe en Belgique différentes ressources qui peuvent l'aider.

D'abord, l'aide informelle peut être intéressante : notamment les groupes d'entraide et de soutien, et l'entourage du patient qu'il est important d'informer et d'activer dans le processus de soins. Le patient lui-même sera impliqué dans sa prise en charge comme partenaire de sa santé.

Ensuite, le système de soins de santé mentale possède diverses structures qui peuvent soutenir le médecin généraliste et le patient (voir graphe n°5).

Graphe n°5 : Structure des soins



Les centres de planning familial, les centres de santé mentale, les psychologues indépendants, mais aussi les CPAS, les mutualités, les médecins du travail, les services de soins à domicile, les équipes mobiles de crise peuvent donc être des ressources utiles pour le médecin généraliste, pour aider le patient à faire face à diverses difficultés. De même, le médecin peut faire appel à plusieurs initiatives de collaboration en première ligne qui se développent de manière régionale. L'actuelle réforme du système de soins de santé mentale en Belgique, dans le cadre du projet « 107 », qui vise à la création de réseaux et de circuits de soins pour une meilleure gestion des problèmes de santé mentale hors de l'hôpital, va également offrir de nouvelles formules d'aide aux médecins pour prendre en charge les patients avec un problème de santé mentale (plus d'informations sur www.psy107.be).

2.2.3.2 Appel aux soins spécialisés

Plusieurs circonstances cliniques peuvent par ailleurs conduire le médecin généraliste à demander l'avis du psychiatre dans l'évolution d'un trouble dépressif de son patient.

Pour cela, plusieurs voies d'accès sont possibles :

- S'il désire adresser son patient pour un suivi psychiatrique/psychothérapeutique ou avis psychiatrique spécialisé, il pourra adresser son patient directement à un psychiatre/psychothérapeute privé ou à un centre de santé mentale. Le site www.lepsychologue.be peut être utile pour trouver un psychologue dans sa région.
- Les unités de crise des grands hôpitaux universitaires sont également des lieux qui peuvent accueillir le patient en urgence afin d'examiner la situation, la demande et orienter ensuite le patient pour une prise en charge adéquate.
- Des projets de centres d'aide téléphoniques pour les professionnels de la santé confrontés à des urgences et crises psychiatriques et psychologiques se développent actuellement en provinces de Namur et de Luxembourg. Un tel centre existait également dans la Région de Bruxelles-Capitale (le projet Eole) et avait prouvé son efficacité, mais il a malheureusement dû être suspendu en 2010 du fait de l'arrêt des subsides.

Les circonstances dans lesquelles cette orientation sera nécessaire sont les suivantes :

a. Selon l'évolution et les caractéristiques de l'épisode dépressif

- aggravation ou présence d'idéations suicidaires : dans ces cas, le médecin généraliste pourrait avoir recours au psychiatre pour lui demander son avis ou éventuellement lui confier le patient pour la prise en charge aiguë.
- présence d'anxiété majeure et d'agitation : il s'agit d'un type de dépression avec risque de passage à l'acte suicidaire accru. La surveillance du patient devra être rapprochée ; elle nécessitera le plus souvent l'hospitalisation du patient. L'instauration d'un traitement anxiolytique en plus du traitement antidépresseur sera souvent nécessaire. Le danger suicidaire sera toujours bien présent pendant les premières semaines de traitement car le patient sera alors moins anxieux tout en étant toujours déprimé. Il sera alors éventuellement plus confiant pour passer à l'acte auto-agressif.
- caractéristiques mélancoliques : l'existence d'une dépression avec caractéristiques mélancoliques nécessite également souvent l'hospitalisation du patient et une approche spécialisée intégrée. Sur le plan psychopharmacologique, un traitement antipsychotique accompagnera le plus souvent le traitement antidépresseur. L'épisode dépressif mélancolique se caractérise par une douleur mentale / psychique intense, un désinvestissement global et massif, un ralentissement moteur qui se rapproche de l'inhibition, l'expression d'idées délirantes souvent avec réticence centrées toujours sur des thèmes de dévalorisation, d'échec, de culpabilité, de ruine ou d'incurabilité, un désir de mort constant. L'humeur est non réactive et le ralentissement psychomoteur est souvent invalidant. Le réveil matinal précoce est quasi systématique.

- dépression résistante : un épisode dépressif est résistant au traitement lorsqu'il a fait l'objet d'au moins deux traitements antidépresseurs à dose et durée adéquates mais sans réponse satisfaisante. Avant d'évoquer une résistance au traitement, il faut s'assurer d'une compliance suffisante au traitement et d'un choix adéquat du traitement antidépresseur (par exemple, stabilisateur de l'humeur si dépression bipolaire). Lorsque le médecin traitant a mené un traitement antidépresseur à dose et durée adéquates, qu'il a éventuellement majoré le traitement et que le patient n'y répond toujours pas, il pourra envisager de s'orienter vers une autre molécule. S'il n'obtient toujours pas d'amélioration sur le plan clinique, il demandera souvent l'avis du confrère psychiatre. Le choix d'un second traitement antidépresseur repose souvent sur le principe d'un changement de classe, par exemple un SSRI suivi d'un ACT. Cependant, cette attitude n'est pas suffisamment étayée par les études cliniques. Très souvent, deux SSRI seront administrés consécutivement.
- dépression caractérisée récurrente : Il faut distinguer la rechute, qui correspond à la ré-exacerbation des symptômes dépressifs d'un épisode non encore guéri (par exemple suite à l'arrêt trop rapide de la médication antidépressive) et la récurrence qui est la résurgence du syndrome dépressif après rémission complète pendant plusieurs mois ou années. Dans le cas de dépressions caractérisées récurrentes, la prise en charge spécialisée est souvent souhaitée de manière à envisager l'option psychopharmacologique la plus adéquate dans la période entre les divers épisodes aigus.
- problématique relationnelle complexe : lorsque le médecin généraliste a instauré un traitement antidépresseur mais qu'il se rend compte que la problématique dépressive s'inscrit dans un cadre relationnel délicat ou compliqué (comme un conflit de couple, des relations parents-enfants problématiques), il prendra souvent conscience que, seul, l'abord psychopharmacologique est insuffisant et qu'il sera nécessaire d'aborder la problématique relationnelle par un abord psychothérapeutique spécialisé comme une thérapie de couple ou familiale. Il prendra alors contact avec une équipe psychothérapeutique spécialisée (centre de santé mentale, ...).
- problématique intrapsychique complexe : lorsque le médecin généraliste prend conscience que la dépression du patient s'inscrit dans un conflit intrapsychique complexe et/ou une histoire de vie compliquée, un abord psychothérapeutique individuel spécialisé sera souvent nécessaire en plus du traitement psychopharmacologique. Le médecin prendra alors contact avec un psychothérapeute pour cette partie du traitement.

b. En présence de comorbidités psychiatriques

Lorsque l'épisode dépressif est accompagné d'autres affections psychiatriques ou qu'il en constitue une complication, le médecin généraliste se rendra vite compte que, seul, l'abord psychopharmacologique est insuffisant. Il faudra aussi prendre en charge les comorbidités psychiatriques associées par une approche spécialisée. Voici quelques exemples de situations fréquemment rencontrées :

- trouble bipolaire (maniaco-dépression): on estime qu'au moins 10 à 15% des dépressions graves s'inscrivent dans le cadre de la maladie bipolaire par la survenue d'un épisode maniaque franc. Il ne faut pas oublier par ailleurs que tout antidépresseur peut provoquer un virage hypomaniaque. Tant qu'il sera modéré, le patient sera heureux de sortir de son épisode dépressif. Par contre, quand le virage prend la tournure d'un véritable accès maniaque, le patient dort à nouveau très mal, il apparaît tachypsychique, agité, logorrhéique, fera volontiers des achats inconsidérés,... Devant ce tableau, le clinicien pensera à une inversion de l'humeur typique des troubles bipolaires maniaques, appelés autrefois psychose maniaco-dépressive. Le plus souvent, la prise en charge du patient par un spécialiste ou une équipe hospitalière s'impose et nécessite parfois une hospitalisation en urgence.
- trouble anxieux caractérisé (comme un trouble obsessionnel-compulsif, un syndrome de stress post-traumatique, une anxiété généralisée) : Il va de soi que traiter le seul

- épisode dépressif ne suffit pas. Il conviendra de traiter également le trouble anxieux associé par une approche pharmacologique ou psychothérapeutique spécialisée.
- dépendance à l'alcool ou autres substances. Il conviendra également d'établir une approche thérapeutique à long terme pour aborder la dépendance associée.
 - schizophrénie : Il est habituel, dans la schizophrénie, qu'après être passé par une phase aiguë délirante (symptômes positifs prédominants), le patient passe par une phase durant laquelle les symptômes négatifs prédominent et où la dépression est souvent de mise. Il s'agit d'une période particulièrement à risque sur le plan suicidaire. Dans ce cas, le traitement antidépresseur accompagnera un traitement antipsychotique de base.

2.2.3.3 Hospitalisation

Enfin, il faudra penser à hospitaliser le patient déprimé dans les circonstances suivantes :

- Patient avec idéation suicidaire et absence de soutien possible du milieu familial et/ou social ;
- Importante comorbidité psychiatrique (alcoolisme, toxicomanie, anorexie mentale) lorsque la prise en charge ambulatoire devient insuffisante ;
- Marginalisation sur le plan social (patient isolé, absence de voisinage soutenant...) ;
- Dépressions avec caractéristiques mélancoliques (idées délirantes) et idéations suicidaires ;
- Débordement familial qui ne sait plus comment agir face à la situation du patient déprimé (ce qui peut encore plus angoisser le patient et éventuellement induire le passage à l'acte suicidaire) ;
- Echec de plusieurs traitements psychopharmacologiques (dépressions résistantes) ;
- Dépression anxieuse agitée.

⇒ **Appel au psychiatre :**

- **Selon l'évolution et les caractéristiques de l'épisode dépressif (risque suicidaire, dépression résistante ou récurrente, anxiété majeure et agitation, caractéristiques mélancoliques, problématique relationnelle ou intrapsychique complexe)**
- **en présence de comorbidités psychiatriques (trouble bipolaire, trouble anxieux, dépendance à l'alcool ou autres substances, schizophrénie)**

⇒ **Hospitalisation si soutien ambulatoire n'est plus suffisant dans des problématiques complexes (idées suicidaires, comorbidités psychiatriques, anxiété ...)**

3. RECOMMANDATIONS

La dépression est un trouble fréquent, qui touche une grande partie de la population et présente un caractère récidivant important. Ce trouble doit être traité de manière globale, selon le modèle bio-psycho-social. Malheureusement, la prise en charge de la dépression se limite bien souvent, pour diverses raisons, au traitement médicamenteux. Ceci résulte d'une augmentation continue de la consommation d'anti-dépresseurs, souvent dénoncée dans les médias. Les médecins généralistes ne peuvent cependant pas être tenus pour responsables de cette augmentation, bien qu'ils traitent à eux-seuls la plupart des troubles dépressifs. La société tout entière peut en effet participer à la prévention de ce trouble, et de la consommation excessive de médicaments.

Cela passe d'abord par de meilleures conditions de vie, pour tous. Cela peut également passer par une éducation au bien être, dès le plus jeune âge. Enfin, cela doit passer également par une information vers le grand public concernant les possibilités de prises en charge alternatives à la médication pour la dépression, et sur le rôle que peut jouer à cet égard le médecin traitant dans la prise en charge de cette problématique.

Avec des moyens suffisants, le médecin généraliste pourrait en effet prendre en charge ce trouble sans faire appel à des soins spécialisés, qui doivent cependant être accessibles pour le soutenir dans un certain nombre d'autre cas.

Pour cela, le CSS recommande donc, pour une meilleure prise en charge en première ligne par les médecins généralistes des troubles dépressifs, de

- Donner aux médecins les ressources nécessaires pour gérer ces problèmes en première ligne :
 - o formation de base suffisante aux problèmes de santé mentale
 - o informations facilement disponibles sur les possibilités de prise en charge, notamment non médicamenteuses de ces troubles
 - o la possibilité de faire des consultations plus longues, valorisées financièrement, pour prendre le temps nécessaire avec le patient (nomenclature « consultation psycho-sociale »)
- Donner aux médecins la possibilité de contacter et d'orienter facilement leurs patients vers des soins spécialisés, quand nécessaire :
 - o faciliter et valoriser les modalités de contact téléphonique entre médecins et psychiatres,
 - o renforcer l'accessibilité (financière) et la disponibilité des professionnels de seconde ligne (psychiatres, psychothérapeutes), notamment en encadrant le titre de psychothérapeute et en remboursant les psychothérapies.
 - o développer le projet 107 (<http://www.psy107.be/site/site.asp>) et les centres d'aides téléphoniques pour généralistes (cf Namur et Eole à Bruxelles <http://www.eolepsy.be/>)

4. ANNEXES

Annexe 1 : critères d'un épisode dépressif majeur selon le DSM IV-TR

Annexe 2 : outils pour le diagnostic : HAD, Hamilton, Montgomery

5. REFERENCES

Allan CL, Ebmeier KP. The use of ECT and MST in treating depression. Int Rev Psychiatry 2011;23(5):400-12.

AFSSAPS - Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte. Recommandations; 2006. Internet :http://ansm.sante.fr/content/download/3923/38830/version/5/file/reco_antide_pre_sseur_adultes.pdf

ANAES – SFMG. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé – Société Française de Médecine Générale. Rapport d'élaboration de référentiel d'évaluation des pratiques professionnelles. Prise en charge par le médecin généraliste en ambulatoire d'un épisode dépressif isolé de l'adulte; 2004.

Anseau M, Fischler B, Dierick M, Mignon A, Leyman S. Prevalence and impact of generalized anxiety disorder and major depression in primary care in Belgium and Luxemburg: the GADIS study. *Eur Psychiatry* 2005;20(3):229-35.

APA - American Psychology Association. Guideline watch : practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder, 2nd ed.; 2000.

Baruffol E, Thilmany MC. Anxiety, depression, somatization and alcohol abuse. Prevalence rates in a general Belgian community sample. *Acta Psychiatr Belg* 1993;93(3):136-53.

Bouckaert F, *Depressie bij ouderen : diagnostische, preventieve en therapeutische aspecten.* *Neuron* 8 2003; 6: 205-210.

Bruffaerts R, Bonnewyn A, Van Oyen H, Demarest S, Demyttenaere K. Zorggebruik voor mentale stoornissen in België. Resultaten van de European Study on Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *Tijdschrift voor Geneeskunde* 2004;60:790-99.

Conseil Supérieur d'Hygiène. Avis du Conseil Supérieur d'Hygiène. Psychothérapies : définitions, pratiques et conditions d'agrément (CSH n°7855) ; 2005.

Conseil Supérieur de la Santé. Avis du Conseil Supérieur de la Santé. L'impact des psychotropes sur la santé, avec une attention particulière pour les personnes âgées (CSS n°8741) ; 2011.

CE - Commission européenne. Direction générale Santé & protection des consommateurs. Actions contre la dépression ; Améliorer la santé mentale et le bien-être en luttant contre les effets négatifs de la dépression sur la santé, la société et l'économie; 2004. Internet : http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/docs/depression_fr.pdf

EC – Europeese commissie. Hoofddirectie gezondheid en bescherming van de consumenten. Acties tegen de depressie en het verbeteren van de geestelijke gezondheid en het welzijn bij de bestrijding van de negatieve gevolgen van de depressie op de gezondheid, het bedrijf en de economie; 2004.

European commission. Actions against depression. Improving mental and well-being by combating the adverse health, social and economic consequences of depression, Commission, 2004
(http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental/depression_fr.htm)

Health Council of the Netherlands. Transcranial magnetic stimulation in psychiatry and neurology. The Hague: Health Council of the Netherlands, 2008; publication no. 2008/21 ISBN 978-90-5549-731-7

INAMI – Institut national d'assurance maladie-invalidité. Rapport interne: Utilisation des médicaments psychotropes. Bruxelles: INAMI;2008.

INAMI – Institut national d’assurance maladie-invalidité. L’utilisation efficace des antidépresseurs dans le traitement d’autres indications que les troubles de l’humeur. Conférence de consensus. Bruxelles: INAMI;2007.

INAMI – Institut nationale d’assurance maladie-invalidité. Rapport du jury de la réunion de consensus du 11 mai 2006. L’usage efficient des antidépresseurs dans le traitement de la dépression; 2007.

Isometsa ET, Heikkinen ME, Marttunen MJ, Henriksson MM, Aro HM, Lonnqvist JK. The last appointment before suicide: is suicide intent communicated? Am J Psychiatry 1995;152(6):919-22.

ISP – Institut de Santé Publique. Enquête de santé, 2004. Bruxelles: ISP;2006.

ISP - Institut de Santé Publique. Enquête de santé. , 2008. Bruxelles: ISP;2010.

MC – Mutualité chrétienne. Consommation d’antidépresseurs et d’antipsychotiques : une analyse du secteur ambulatoire sur base des données des membres de la mutualité chrétienne. Bruxelles; 2008.

Neuville O, Marinus W, Bruffaerts R, Bonnewyn A, Demyttenaere K. Prévalence de la dépression majeure associée à un trouble anxieux dans la population belge. Neuron 2006;11:368-372.2006

NICE (National Institute for Clinical Excellence). Depression ; Management of depression in primary and secondary care. Clinical Guideline 23 ; 2004.

NICE (National Institute for Clinical Excellence). Depression in children and young people. Identification and management in primary, community and secondary care. Care Guideline 28; 2005.

Nice (National Institute for Clinical Excellence). The treatment and management of depression in adults (updated version). National Clinical Practice Guideline 90; 2010

Pelc I. L’ami Psy. Écouter, comprendre et soigner la souffrance psychique. Collection sur la Colline, Éditions Psymédic, 2009, 115 pages

Petrides G, Tobias KG, Kellner CH, Rudorfer MV. Continuation and maintenance electroconvulsive therapy for mood disorders: review of the literature. Neuropsychobiology 2011;64(3):129-40

Welton RS. The management of suicidality: assessment and intervention. Psychiatry (Edgmont) 2007;4(5):24-34.

6. COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

Tous les experts ont participé **à titre personnel** au groupe de travail. Les noms des experts du CSS sont annotés d’un astérisque *.

Les experts suivants ont participé à l'élaboration de l'avis :

BRUFFAERTS Ronny	Psychiatrie	KUL
CLAES Stephan	Psychiatrie	KUL
CONSTANT Eric	Psychiatrie	UCL
CORTEN Philippe*	Psychiatrie	ULB
De NAYER André-Roch	Psychiatrie	Hôpital Sainte-Thérèse Montignies-sur-Sambre
FRANCOIS Anne	Pédopsychiatrie	ULB
PELC Isidore*	Psychiatrie	ULB
ROGIERS Anne	Psychiatrie	KUL
SOUERY Daniel	Psychiatrie	ULB

Les personnes suivantes ont relu et amendé l'avis :

CUVELIER Laurence	Médecine générale
DOR Bernard	Médecine générale
EEKELEERS Patricia	Médecine générale
LAMY Dominique	Médecine générale
MIGEOTTE André	Médecine générale
ORBAN Thomas	Médecine générale

Les personnes suivantes ont été entendues :

HEYRMAN Jan, Prof. Dr. à la KUL, Département
Maatschappelijke gezondheidszorg.

Le groupe de travail a été présidé par Isidore PELC et le secrétariat scientifique a été assuré par Sandrine MARTIN et Sylvie GERARD.

Au sujet du Conseil Supérieur de la Santé (CSS)

Le Conseil Supérieur de la Santé est un service fédéral relevant du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Il a été fondé en 1849 et rend des avis scientifiques relatifs à la santé publique aux ministres de la santé publique et de l'environnement, à leurs administrations et à quelques agences. Ces avis sont émis sur demande ou d'initiative. Le CSS ne prend pas de décisions en matière de politique à mener, il ne les exécute pas mais il tente d'indiquer aux décideurs politiques la voie à suivre en matière de santé publique sur base des connaissances scientifiques les plus récentes.

Outre son secrétariat interne composé d'environ 25 collaborateurs, le Conseil fait appel à un large réseau de plus de 500 experts (professeurs d'université, collaborateurs d'institutions scientifiques), parmi lesquels 200 sont nommés à titre d'expert du Conseil. Les experts se réunissent au sein de groupes de travail pluridisciplinaires afin d'élaborer les avis.

En tant qu'organe officiel, le Conseil Supérieur de la Santé estime fondamental de garantir la neutralité et l'impartialité des avis scientifiques qu'il délivre. A cette fin, il s'est doté d'une structure, de règles et de procédures permettant de répondre efficacement à ces besoins et ce, à chaque étape du cheminement des avis. Les étapes clé dans cette matière sont l'analyse préalable de la demande, la désignation des experts au sein des groupes de travail, l'application d'un système de gestion des conflits d'intérêts potentiels (reposant sur des déclarations d'intérêt, un examen des conflits possibles, et un comité référent) et la validation finale des avis par le Collège (ultime organe décisionnel). Cet ensemble cohérent doit permettre la délivrance d'avis basés sur l'expertise scientifique la plus pointue disponible et ce, dans la plus grande impartialité possible.

Les avis des groupes de travail sont présentés au Collège. Après validation, ils sont transmis au requérant et au ministre de la santé publique et sont rendus publics sur le site internet (www.css-hgr.be), sauf en ce qui concerne les avis confidentiels. Un certain nombre d'entre eux sont en outre communiqués à la presse et aux groupes cibles parmi les professionnels du secteur des soins de santé.

Le CSS est également un partenaire actif dans le cadre de la construction du réseau EuSANH (*European Science Advisory Network for Health*), dont le but est d'élaborer des avis au niveau européen.

Si vous souhaitez rester informé des activités et publications du CSS, vous pouvez envoyer un mail à l'adresse suivante : info.hgr-css@health.belgium.be .

Annexe 1 : critères d'un épisode dépressif majeur selon le DSM IV-TR

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

N.B. : Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection médicale générale, à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur.

(1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex., pleure). N.B. : Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.

(2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex., modification du poids corporel en un mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. N.B. : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

(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 (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

(8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), 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'épisode mixte.

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 imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex., hypothyroïdie).

E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil, c'est-à-dire après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

Annexe 2 : Echelles de dépression

1. Echelle de dépression HAD (HAD : Hospital Anxiety and Depression Scale) de Sigmond et Snaith**1) Anxiété**

Je me sens tendu ou énervé.

- 0 Jamais.
- 1 De temps en temps.
- 2 Souvent.
- 3 La plupart du temps.

J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver.

- 0 Pas du tout.
- 1 Un peu mais cela ne m'inquiète pas.
- 2 Oui, mais ce n'est pas trop grave.
- 3 Oui, très nettement

Je me fais du souci.

- 0 Très occasionnellement.
- 1 Occasionnellement.
- 2 Assez souvent.
- 3 Très souvent.

Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté.

- 0 Oui, quoi qu'il arrive.
- 1 Oui, en général.
- 2 Rarement.
- 3 Jamais.

J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué.

- 0 Jamais.
- 1 Parfois.
- 2 Assez souvent.
- 3 Très souvent.

J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place.

- 0 Pas du tout.
- 1 Pas tellement.
- 2 Un peu.
- 3 Oui, c'est tout à fait le cas.

J'éprouve des sensations soudaines de panique.

- 0 Jamais.
- 1 Pas très souvent.
- 2 Assez souvent.
- 3 Vraiment très souvent.

2) Dépression

Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois.

- 0 Oui, tout autant.
- 1 Pas autant.
- 2 Un peu seulement.
- 3 Presque plus.

Je ris facilement et vois le bon côté des choses.

- 0 Autant que par le passé.
- 1 Plus autant qu'avant.
- 2 Vraiment moins qu'avant.
- 3 Plus du tout.

Je suis de bonne humeur.

- 0 La plupart du temps.
- 1 Assez souvent.
- 2 Rarement.
- 3 Jamais.

J'ai l'impression de fonctionner au ralenti.

- 0 Jamais.
- 1 Parfois.
- 2 Très souvent.
- 3 Presque toujours.

Je me m'intéresse plus à mon apparence.

- 0 J'y prête autant d'attention que par le passé.
- 1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention.
- 2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais.
- 3 Plus du tout.

Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses.

- 0 Autant qu'avant.
- 1 Un peu moins qu'avant.
- 2 Bien moins qu'avant.
- 3 Presque jamais.

Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou télévision.

- 0 Souvent.
- 1 Parfois.
- 2 Rarement.
- 3 Très rarement.

Résultats :

Cette échelle explore les symptômes anxieux et dépressifs. Faire le total du versant anxiété et dépression : 21 points maximum pour chacun.

Entre 8 et 10 : état anxieux ou dépressif douteux.

Au-delà de 10 : état anxieux ou dépressif certain.

Références :

Dépression et syndromes anxio-dépressifs, J.D.Guelfi et Coll, Ardix Médical

2. Echelle HDRS (échelle de dépression de Hamilton)

1) Humeur dépressive (tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, auto-dépréciation)

0 Absent

1 Ces états affectifs ne sont signalés que si l'on interroge le sujet.

2 Ces états affectifs sont signalés verbalement spontanément.

3 Le sujet communique ces états affectifs non verbalement (expression faciale, attitude, voix, pleurs).

4 Le sujet ne communique pratiquement que ses états affectifs dans ses communications spontanées verbales et non verbales.

2) Sentiments de culpabilité

0 Absent.

1 S'adresse des reproches à lui-même, a l'impression qu'il a causé un préjudice à des gens.

2 Idées de culpabilité ou ruminations sur des erreurs passées ou des actions condamnables.

3 La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité.

4 Entend des voix qui l'accusent ou le dénoncent et/ou a des hallucinations visuelles menaçantes.

3) Suicide

0 Absent

1 A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue.

2 Souhaite être mort ou équivalent : toute pensée de mort possible dirigée contre lui-même.

3 Idées ou gestes de suicide.

4 Tentatives de suicide.

4) Insomnie du début de nuit

0 Absent.

1 Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir.

2 Se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir.

5) Insomnie du milieu de nuit

0 Pas de difficulté.

1 Le malade se plaint d'être agité ou troublé pendant la nuit.

2 Il se réveille pendant la nuit.

6) Insomnie du matin

0 Pas de difficulté.

1 Se réveille de très bonne heure le matin mais se rendort.

2 Incapable de se rendormir s'il se lève.

7) Travail et activités

0 Pas de difficulté.

1 Pensées et sentiments d'incapacité, fatigue ou faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente.

2 Perte d'intérêt pour les activités professionnelles ou de détente, ou décrite directement par le malade ou indirectement par son apathie, son indécision et ses hésitations.

3 Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité.

4 A arrêté son travail en raison de sa maladie actuelle.

8) Ralentissement (lenteur de la pensée et du langage, baisse de la faculté de concentration, baisse de l'activité motrice)

0 Langage et pensées normaux.

1 Léger ralentissement à l'entretien.

2 Ralentissement manifeste à l'entretien.

3 Entretien difficile.

4 Stupeur.

9) Agitation

0 Aucune

1 Crispations, secousses musculaires.

2 Joue avec ses mains, ses cheveux, etc.

3 Bouge, ne peut rester assis tranquille.

4 Se tord les mains, ronge ses ongles, arrache ses cheveux, se mord les lèvres.

10) Anxiété psychique

0 Aucun trouble.

1 Tension subjective et irritabilité.

2 Se fait du souci à propos de problèmes mineurs.

3 Attitude inquiète, apparente dans l'expression faciale et le langage.

4 Peurs exprimées sans que l'on pose de questions.

11) Anxiété somatique (bouche sèche, troubles digestifs, palpitations, céphalées, pollakiurie, hyperventilation, transpiration, soupirs)

0 Absente.

1 Discrète.

2 Moyenne.

3 Grave.

4 Frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle.

12) Symptômes somatiques gastro-intestinaux

0 Aucun.

1 Perte d'appétit mais mange sans y être poussé. Sentiment de lourdeur abdominale.

2 A des difficultés à manger en l'absence d'incitations. Demande ou besoins de laxatifs, de médicaments intestinaux.

13) Symptômes somatiques généraux

0 Aucun

1 Lourdeur dans les membres, dans le dos ou la tête. Douleurs dans le dos, céphalées, douleurs musculaires, perte d'énergie et fatigabilité.

2 Si n'importe quel symptôme est net.

14) Symptômes génitaux (perte de libido, troubles menstruels)

0 Absents.

1 Légers.

2 Graves.

15) Hypochondrie

0 Absente

1 Attention concentrée sur son propre corps.

2 Préoccupations sur sa santé.

3 Plaintes fréquentes, demandes d'aide.

4 Idées délirantes hypochondriaques.

16) Perte de poids A : selon les dires du malade 0 Pas de perte de poids. 1 Perte de poids probable liée à la maladie actuelle. 2 Perte de poids certaine.

B : appréciée par pesées 0 Moins de 500 g de perte de poids par semaine. 1 Plus de 500 g de perte de poids par semaine. 2 Plus de 1 kg de perte de poids par semaine.

17) Prise de conscience

0 Reconnaît qu'il est déprimé et malade.

1 Reconnaît qu'il est malade mais l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage, à un virus, à un besoin de repos, etc.

2 Nie qu'il est malade.

Résultats : Cette échelle doit surtout être utilisée non pas pour faire le diagnostic de dépression mais pour apprécier les composantes de celle-ci. Elle est significative pour un score > 15 et permet le suivi de l'évolution.

Références :

Dépression et syndromes anxio-dépressifs, J.D.Guelfi, S.Criquillon-Doulet, Laboratoires Ardix, 1993

3. Echelle MADRS (Montgomery and Asberg Depression Rating Scale)

1) Tristesse apparente

Correspond au découragement, à la dépression et au désespoir (plus qu'un simple cafard passager) reflétés par la parole, la mimique et la posture. Coter selon la profondeur et l'incapacité à se déridier.

0 Pas de tristesse.

1

2 Semble découragé mais peut se déridier sans difficulté.

3

4 Parait triste et malheureux la plupart du temps.

5

6 Semble malheureux tout le temps. Extrêmement découragé.

2) Tristesse exprimée

Correspond à l'expression d'une humeur dépressive, que celle-ci soit apparente ou non. Inclut le cafard, le découragement ou le sentiment de détresse sans espoir. Coter selon l'intensité, la durée et le degré auquel l'humeur est dite être influencée par les événements.

0 Tristesse occasionnelle en rapport avec les circonstances.

1

2 Triste ou cafardeux, mais se déride sans difficulté.

3

4 Sentiment envahissant de tristesse ou de dépression.

5

6 Tristesse, désespoir ou découragement permanents ou sans fluctuation.

3) Tension intérieure

Correspond aux sentiments de malaise mal défini, d'irritabilité, d'agitation intérieure, de tension nerveuse allant jusqu'à la panique, l'effroi ou l'angoisse. Coter selon l'intensité, la fréquence, la durée, le degré de réassurance nécessaire.

0 Calme. Tension intérieure seulement passagère.

1

2 Sentiments occasionnels d'irritabilité et de malaise mal défini.

3

4 Sentiments continus de tension intérieure ou panique intermittente que le malade ne peut maîtriser qu'avec difficulté.

5

6 Effroi ou angoisse sans relâche. Panique envahissante.

4) Réduction du sommeil

Correspond à une réduction de la durée ou de la profondeur du sommeil par comparaison avec le sommeil du patient lorsqu'il n'est pas malade.

0 Dort comme d'habitude.

1

2 Légère difficulté à s'endormir ou sommeil légèrement réduit. Léger ou agité.

3

4 Sommeil réduit ou interrompu au moins deux heures.

5

6 Moins de deux ou trois heures de sommeil.

5) Réduction de l'appétit

Correspond au sentiment d'une perte de l'appétit comparé à l'appétit habituel. Coter l'absence de désir de nourriture ou le besoin de se forcer pour manger.

0 Appétit normal ou augmenté.

1

2 Appétit légèrement réduit.

3.

4 Pas d'appétit. Nourriture sans goût.

5

6 Ne mange que si on le persuade.

6) Difficultés de concentration

Correspond aux difficultés à rassembler ses pensées allant jusqu'à l'incapacité à se concentrer. Coter l'intensité, la fréquence et le degré d'incapacité.

0 Pas de difficulté de concentration.

1

2 Difficultés occasionnelles à rassembler ses pensées.

3

4 Difficultés à se concentrer et à maintenir son attention, ce qui réduit la capacité à lire ou à soutenir une conversation.

5

6 Incapacité de lire ou de converser sans grande difficulté.

7) Lassitude

Correspond à une difficulté à se mettre en train ou une lenteur à commencer et à accomplir les activités quotidiennes.

0 Guère de difficultés à se mettre en route ; pas de lenteur.

1

2 Difficultés à commencer des activités.

3

4 Difficultés à commencer des activités routinières qui sont poursuivies avec effort.

5

6 Grande lassitude. Incapable de faire quoi que ce soit sans aide.

8) Incapacité à ressentir

Correspond à l'expérience subjective d'une réduction d'intérêt pour le monde environnant, ou les activités qui donnent normalement du plaisir. La capacité à réagir avec une émotion appropriée aux circonstances ou aux gens est réduite.

0 Intérêt normal pour le monde environnant et pour les gens.

1

2 Capacité réduite à prendre plaisir à ses intérêts habituels.

3

4 Perte d'intérêt pour le monde environnant. Perte de sentiment pour les amis et les connaissances.

5

6 Sentiment d'être paralysé émotionnellement, incapacité à ressentir de la colère, du chagrin ou du plaisir, et impossibilité complète ou même douloureuse de ressentir quelque chose pour les proches, parents et amis.

9) Pensées pessimistes

Correspond aux idées de culpabilité, d'infériorité, d'auto-accusation, de péché ou de ruine.

0 Pas de pensées pessimistes.

1

2 Idées intermittentes d'échec, d'auto-accusation et d'autodépréciation.

3

4 Auto-accusations persistantes ou idées de culpabilité ou péché précises, mais encore rationnelles.
Pessimisme croissant à propos du futur.

5

6 Idées délirantes de ruine, de remords ou péché inexpiable. Auto-accusations absurdes et inébranlables.

10) Idées de suicide

Correspond au sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, qu'une mort naturelle serait la bienvenue, idées de suicide et préparatifs au suicide. Les tentatives de suicide ne doivent pas, en elles-mêmes, influencer la cotation.

0 Jouit de la vie ou la prend comme elle vient.

1

2 Fatigué de la vie, idées de suicide seulement passagères.

3

4 Il vaudrait mieux être mort. Les idées de suicide sont courantes et le suicide est considéré comme une solution possible, mais sans projet ou intention précis.

5

6 Projets explicites de suicide si l'occasion se présente. Préparatifs de suicide.

Résultats :

Chaque item est coté de 0 à 6, seules les valeurs paires sont définies. Le médecin doit décider si l'évaluation doit reposer sur les points de l'échelle bien définis (0, 2, 4, 6) ou sur des points intermédiaires (1, 3, 5).

Score maximal de 60. Le seuil de dépression est fixé à 15. Echelle assez rapide et sensible à l'efficacité thérapeutique.

Références :

1. Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie, M.Bouvard, J.Cottraux, Ed. Masson 2002. Consultation en gériatrie L.Hugonot-Diener, Ed. Masson, Consulter Prescrire 2001.