

# SANTÉ MENTALE EN MÉDECINE GÉNÉRALE RURALE : LA DÉPRESSION

Source : « Stratégie du médecin généraliste face au patient déprimé » du Professeur Eric Constant

Dr Eun Noël – Psychiatre

Mme Valériane Raty – Responsable équipe mobile de crise DiapaZon

Dr Ophélie Heinen – Médecin généraliste

# PLAN DE LA PRÉSENTATION

- Anamnèse
- Diagnostic différentiel
- Présence d'un tableau dépressif dans différentes pathologies psychiatriques
- Traitement
- Quand référer vers le psychiatre ?
- Red flags et urgences
- Questions-réponses
- Tableaux cliniques
- Acteurs en santé mentale dans la province du Luxembourg

# ANAMNÈSE

Deux symptômes cardinaux :

- Humeur dépressive (tristesse)
- Anhédonie (manque de plaisir dans les activités que l'on aime faire habituellement)

# ANAMNÈSE

On recherche également d'autres symptômes :

- Majoration ou diminution de l'appétit, avec éventuellement perte ou gain de poids
- Insomnie ou hypersomnie
- Fatigue, perte d'énergie
- Perte d'élan vital
- Agitation ou ralentissement psychomoteur
- Troubles cognitifs (difficultés à penser ou à se concentrer, troubles de la mémoire)
- Sentiment de culpabilité
- Pensées de mort récurrentes

# ANAMNÈSE

Toujours demander s'il y a des idées suicidaires; et se rassurer sur le fait que poser la question n'induit pas des idées suicidaires chez le patient.

Si oui, demander s'il y a un plan précis, si le patient a les outils pour mettre ce plan à exécution : il a acheté la corde et le tabouret, attendra que son conjoint soit parti au travail (idéation suicidaire active), ou au contraire, « ce serait mieux si j'étais mort » (idéation suicidaire passive).

# ANAMNÈSE

## Facteurs de risque de suicide

- Atcdts personnels de tentative de suicide
- Atcdts familiaux de suicide
- Âge (hommes âgés plus à risque)
- Isolement
- Mise en ordre des affaires
- Consommation de substances
- Personnalité impulsive

## DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Nécessité d'exclure une hypothyroïdie en réalisant une bio (mais l'hypothyroïdie n'exclut pas une dépression endogène)
- Pathologies neurologiques : Parkinson ou démence débutante (y penser en cas de dépression de novo après 50-60 ans)

## PRÉSENCE D'UN TABLEAU DÉPRESSIF DANS DIFFÉRENTES PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES

- PTSD (syndrome de stress post-traumatique)
- Phase dépressive +/- sévère d'un trouble bipolaire
- Trouble de la personnalité
- Alcoolisme
- Trouble de l'adaptation lié à des facteurs environnementaux (burn-out parental, deuil, situation socio-économique, problématique de couple, harcèlement, maladie somatique chronique, ...) : un facteur de stress est identifiable, et le trouble de l'adaptation disparaît dans les 6 mois après la disparition des facteurs de stress
- Dépression saisonnière (penser à la luminothérapie)
- Etat dépressif dans la schizophrénie
- Burn-out

# BURN-OUT

Syndrome d'épuisement professionnel résultant d'un stress chronique dans le cadre du travail.

- 3 dimensions :
  - Epuisement émotionnel : regroupe l'épuisement physique, psychique et émotionnel. C'est la dimension centrale du burn-out qui peut se manifester par une perte d'énergie, démotivation, frustration
  - Détachement émotionnel : cynisme vis-à-vis du travail, pessimisme et perte d'empathie à l'égard d'autrui. On observe alors un changement d'attitude de l'individu qui devient négatif, froid, détaché, vis-à-vis de son travail et de ses collègues ou patients
  - Perte d'accomplissement personnel : dévalorisation du travail et de soi-même. Le travailleur juge son travail inintéressant, émet des doutes sur ses capacités et ses compétences professionnelles.

# BURN-OUT

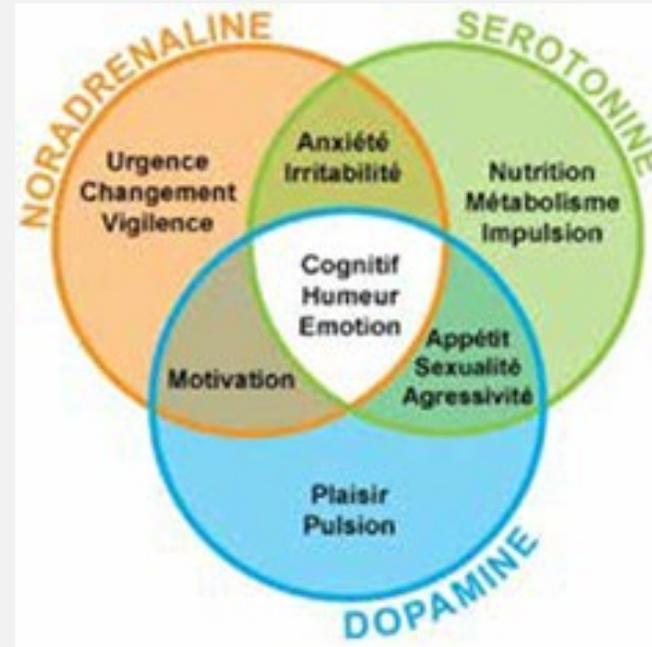
- 5 grandes familles de symptômes :
  - Manifestations émotionnelles : peurs mal définies, tensions nerveuses, humeur triste, manque d'entrain, irritabilité, hypersensibilité, absence d'émotion, ...
  - Manifestations physiques : troubles du sommeil, fatigue chronique, céphalées, nausées, vertiges, prise ou perte de poids, ...
  - Manifestations cognitives : troubles de la concentration, difficultés à réaliser plusieurs tâches à la fois, à nuancer, à prendre des décisions, erreurs mineures, fautes ou encore oublis dans le travail
  - Manifestations comportementales ou interpersonnelles : repli sur soi, isolement social, comportement agressif, baisse d'empathie, comportements addictifs, ...
  - Manifestations motivationnelles ou liées à l'attitude : désengagement dans le travail, baisse de motivation, baisse de moral, dévalorisation

# TRAITEMENT

- Dans tous les cas : importance du suivi régulier par le médecin traitant
- En cas de dépression légère (symptômes légers et peu d'impact fonctionnel sur le travail et les loisirs ) : pas d'impératif à mettre d'emblée en route en traitement médicamenteux, mais nécessité d'entretiens psychothérapeutiques de soutien
- En cas de dépression modérée à sévère (symptômes importants et beaucoup d'impact fonctionnel sur le travail et les loisirs) : psychothérapie + traitement antidépresseur.

# TRAITEMENT

- Le choix du traitement antidépresseur s'adapte au tableau clinique en présence
  - Sérotonine : impliquée dans la régulation de l'humeur, l'appétit, l'anxiété, le sommeil
  - Noradrénaline : attention, anxiété, humeur, éveil et énergie
  - Dopamine : motivation, plaisir de la récompense et fonctionnement moteur



# TRAITEMENT

- Cinétique d'amélioration symptomatologique au cours du traitement :
  - Il faut toujours attendre au moins 4 semaines de traitement à dose optimale afin de juger de l'efficacité du traitement
  - Classiquement, l'anxiété et le sommeil peuvent s'améliorer dans les 2 premières semaines ou moins
  - Il faut attendre environ 4 semaines pour voir la tristesse et l'anhédonie s'améliorer
  - 6 semaines ou plus pour voir une amélioration des troubles cognitifs

# TRAITEMENT

- Ainsi, selon cette cinétique d'amélioration symptomatique, il faut garder en tête que les 2-3 premières semaines de traitement comportent plus de risque de passage à l'acte suicidaire : l'activation noradrénergique entraîne une amélioration motrice mais pas encore thymique. Le patient sera toujours aussi dépressif et suicidaire, mais le passage à l'acte sera plus aisé.
- Éviter les antidépresseurs très activateurs type Fluoxétine quand il y a un risque majoré de passage à l'acte
- Indication d'une benzodiazépine ou d'un neuroleptique lors des premières semaines de traitement antidépresseur pour diminuer le risque de passage à l'acte

# TRAITEMENT

- Toujours instaurer le traitement à doses progressives, pour éviter l'apparition d'effets secondaires trop importantes
- Effets secondaires principaux : digestifs (nausées surtout, parfois constipation ou diarrhée), sudation excessive, troubles de la libido, tremblements, akathisie, nervosité
- Hyponatrémie (SSRI et SNRI), rarissime
- Les antidépresseurs tricycliques ont le plus d'effets secondaires : atteinte cognitive, effets anticholinergiques, troubles de la conduction cardiaque → à éviter en 1<sup>ère</sup> ligne, ils ne sont quasiment plus utilisés
- Risque d'allongement de l'espace QT chez les patients âgés sous Citalopram (>20mg) ou Escitalopram (>10mg), SSRI tous les deux, surtout en cas d'association à d'autres médicaments augmentant l'espace QT

# SSRI

- Fluoxétine : longue demi-vie et beaucoup d'interactions médicamenteuses (inhibiteur du cytochrome 2D6, impliqué dans la métabolisation de 25% des médicaments !). Il est le plus activateur des SSRI
- Paroxétine : beaucoup d'effets secondaires (bouche sèche, constipation, prise de poids) ainsi qu'une très courte demi-vie (syndrome de discontinuation). Beaucoup d'interactions médicamenteuses (inhibiteur 2D6 encore plus puissant que la Fluoxétine). Intéressant en cas de TOCs
- Sertraline : activateur (léger agoniste dopaminergique) et peu d'inhibition du 2D6. Son absorption maximale demande un estomac rempli
- Citalopram : un peu sédatif et peu d'interactions médicamenteuses. Risque de prolongation de l'espace QT à forte posologie
- Escitalopram : peu d'interactions médicamenteuses et profil neutre (ni sédation ni activation)
- Fluvoxamine : très courte demi-vie et donc présente un syndrome de discontinuation

## SNRI

- Venlafaxine : il est sérotoninergique jusqu' à 12,5mg et noradrénergique à partir de 150 mg. Activateur (>150mg). Vastes possibilités de dosages (75mg à 375mg)
- Duloxétine : déjà sérotoninergique et noradrénergique à la dose de 60mg. Intérêt dans la douleur. Activateur

## AUTRES

- Mirtazapine : sédatif bien que noradrénergique. Il stimule l'appétit et possède des propriétés anticholinergiques (prise de poids importante, rétention urinaire, bouche sèche). Il est plus sédatif à faible dose (15mg) et plus activateur à plus forte dose (30 ou 45mg)
- Combinaison Venlafaxine à forte dose + Mirtazapine : combinaison très efficace, notamment dans les dépressions sévères (« Rocket fuel »)
- Bupropion : actif sur les voies dopaminergiques et noradrénergiques. Pas de prise de poids et peu d'effets sexuels d'où son intérêt. Contre-indication: épilepsie car activateur. Peut causer anxiété, agitation et insomnie à forte dose
- Tricycliques : la Nortriptyline a le moins d'effets secondaires anticholinergiques et est stimulant. L'Amitriptyline est sédatif avec des effets anticholinergiques (est également utilisé dans le traitement des douleurs neuropathiques)

# RÉPONSE AU TRAITEMENT

- Faire le point sur la réponse après 4 semaines de traitement (et vérifier si la compliance est bonne) :
  - Si réponse légère : continuer pendant 2 à 4 semaines
  - Si aucune réponse : adapter le traitement en augmentant la posologie
- Refaire le point après 6 à 8 semaines de traitement :
  - Si réponse modérée à importante : continuer le même traitement
  - Si réponse minime : adapter le traitement : augmentation de la posologie (si c'est possible) et/ou changement et/ou adjonction de molécule

# ASSOCIATION D'ANTIDÉPRESSEURS

- Associer deux antidépresseurs permet de cibler des symptômes résiduels :
  - Humeur dépressive : diminution de sérotonine et noradrénaline
  - Anhédonie : diminution de dopamine
  - Modification du poids : implication de la sérotonine
  - Insomnie : diminution de sérotonine, ou hypersomnie : diminution de dopamine
  - Agitation : diminution de sérotonine, ou retard psychomoteur : diminution de dopamine
  - Fatigue et baisse d'énergie : diminution de dopamine
  - Honte et culpabilité : diminution de sérotonine
  - Baisse de concentration et indécision : diminution de noradrénaline et dopamine
  - Pensées suicidaires : diminution de sérotonine et noradrénaline
- Ainsi, en cas d'amélioration de l'anxiété, du sommeil et de l'humeur sous SSRI mais persistance d'une anhédonie relativement importante, il peut être utile et indiqué d'ajouter du Bupropion au SSRI.

# ASSOCIATION À UN ANTIPSYCHOTIQUE ATYPIQUE

- Polythérapie associant l'antidépresseur à un antipsychotique atypique (Olanzapine, Quétiapine, Risperidone, Aripiprazole). Attention toutefois : la dose d'un antipsychotique atypique comme traitement adjuvant dans la dépression résistante ne se donne pas à la même dose que dans la schizophrénie ou la manie... On utilise ici de faibles doses.
- Exemples de posologie :
  - Quétiapine XR : 100 à 300 mg/jour : le seul à avoir l'indication en Belgique dans les dépressions unipolaires résistantes
  - Risperidone : 1 à 2 mg/jour
  - Olanzapine : 2.5 à 5 mg/jour
  - Aripiprazole : 2.5 à 5 mg/jour

# DURÉE DU TRAITEMENT

- En cas de 1er épisode dépressif : au moins 6 mois après la rémission symptomatique
- En cas de 2ème épisode dépressif : environ 2 ans
- En cas de 3ème épisode dépressif ou plus : plusieurs années
- La posologie du traitement de maintenance sera la même que celle du traitement en phase aiguë

Traitement à associer avec un suivi psychothérapeutique, on explique souvent que les médicaments ne sont qu'une béquille temporaire, qu'ils ne vont pas expliquer pourquoi ou permettre les changements de vie qui seraient nécessaires.

Pour les patients qui ne souhaitent pas prendre de traitement médicamenteux, ou pas aussi longtemps, on explique souvent que c'est une étape nécessaire car leur dépression ne s'est pas installée en quelques jours, il faudra donc un certain temps pour en sortir. On peut également déstigmatiser la prise d'antidépresseur en expliquant que c'est très courant, 1/3 de la population générale sera amenée à y recourir à un moment de sa vie.

# SYNDROME DE DISCONTINUATION

- A ne pas confondre avec une dépendance pharmacologique comme celle qui existe avec les benzodiazépines ; il n'y a pas de dépendance aux antidépresseurs !
- Le syndrome de discontinuation comprend des symptômes brutaux débutant maximum dans les 3 jours après l'arrêt du traitement et durant environ 1 à 2 semaines.
- Possible avec tous les antidépresseurs, mais dépend de la demi-vie : plus la demi-vie est courte (Paroxétine, Venlafaxine), plus le risque de syndrome de discontinuation est important.
- Principaux symptômes
  - Etat pseudo-grippal : fatigue, malaise général, céphalées, douleurs musculaires, diarrhée
  - Insomnie
  - Nausées
  - Troubles de l'équilibre, vertiges, tremblements
  - Troubles sensoriels : paresthésies, sensation de choc électrique, troubles visuels
  - Anxiété et agitation

# SYNDROME DE DISCONTINUATION

- Physiopathologie : déficience temporaire en sérotonine dans la fente synaptique
- A ne pas confondre avec une rechute dépressive
  - Symptômes spécifiques du syndrome de discontinuation : vertiges, nausées, sensation de choc électrique, céphalées
  - Dans la rechute dépressive, les symptômes réapparaissent plus progressivement et plus tard.
- Que faire :
  - Prévention primaire : informer le patient des risques encourus en cas d'arrêt brutal
  - Diminution graduelle de l'antidépresseurs sur 6 à 8 semaines voire plus selon le type de molécule
  - Rassurer le patient : c'est bénin et temporaire
  - Si symptômes importants : réinstaurer la posologie initiale et diminuer plus graduellement.

## QUAND RÉFÉRER VERS LE PSYCHIATRE

- En cas de risque significatif de suicide (discuter d'une éventuelle hospitalisation)
- En cas de dépression avec symptômes psychotiques
- En cas de suspicion de trouble bipolaire (cf anamnèse) et de comorbidité(s) psychiatrique(s)
- En cas de non amélioration ou de dégradation du tableau clinique
- En cas d'incertitude concernant le traitement

# RED FLAGS ET URGENCES

- Idées suicidaires scénarisées avec désaffectation
- Antécédents de TS récente
- Isolement relationnel
- Mélancolie délirante

# QUESTIONS-RÉPONSES

# TABLEAUX CLINIQUES ET JEU DE RÔLES

## BRÈVE PRÉSENTATION DES ACTEURS EN SANTÉ MENTALE EN PROVINCE DU LUXEMBOURG

- Equipes mobiles psychiatriques (DiapaZon – Odyssée)
- Autres services mobiles (Résolux, Trait d'union, services assuétudes, un pass dans l'impasse, plateforme en soins palliatifs,...)
- Psychologues de première ligne et autres services à moindre coût (SSM, Planning, CINL)

LURESO ([www.lureso.be](http://www.lureso.be) → onglet santé mentale)

Proxirélux ([www.reseau-proxirelux.be](http://www.reseau-proxirelux.be) → psylux)