

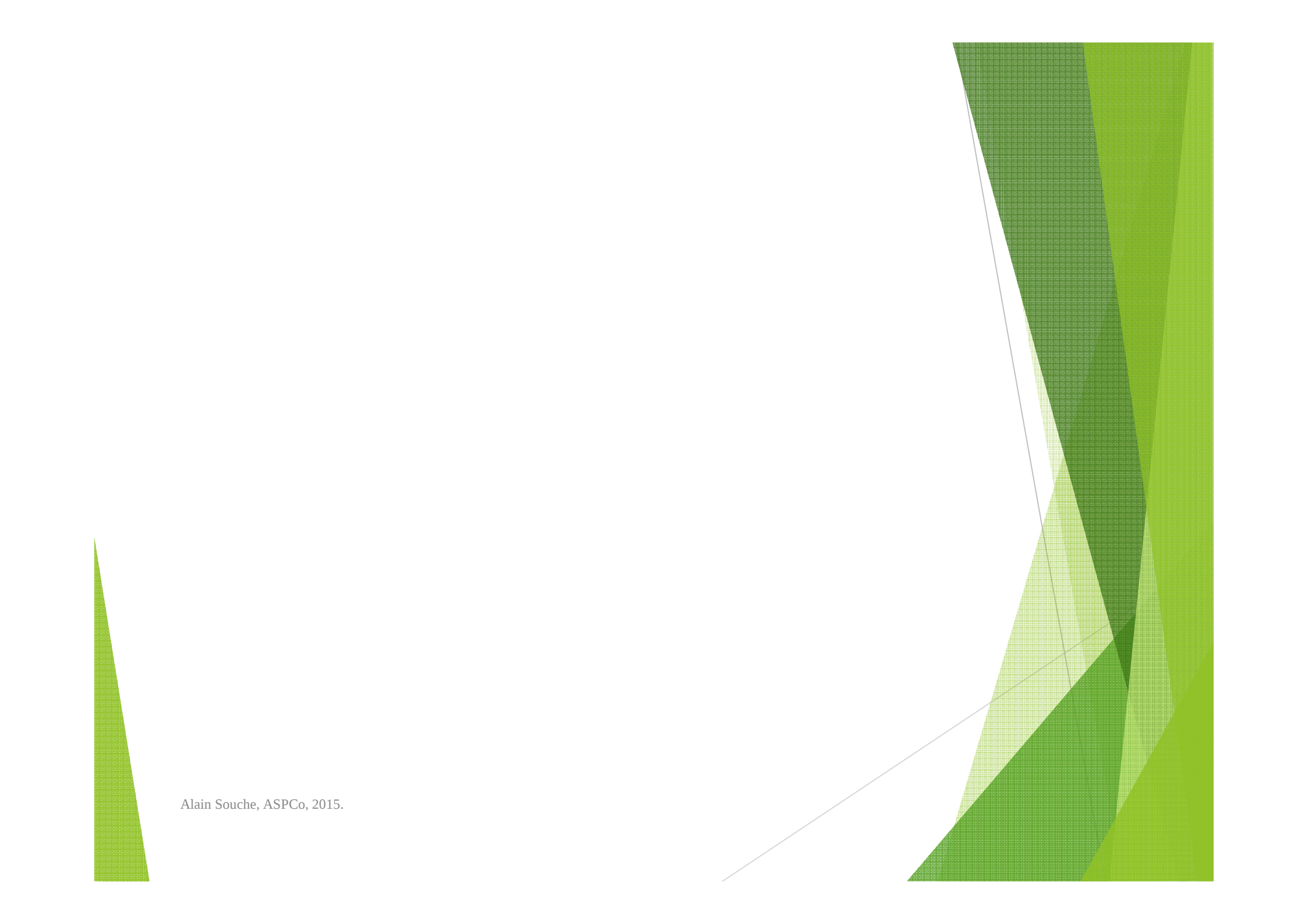
DEPRESSION

- => Diagnostic (clinique, expression somatoforme)
- => Métrologique
- => Traitement

Alain Souche

Psychiatre - Psychothérapeute FMH

alain.souche@sunrise.ch

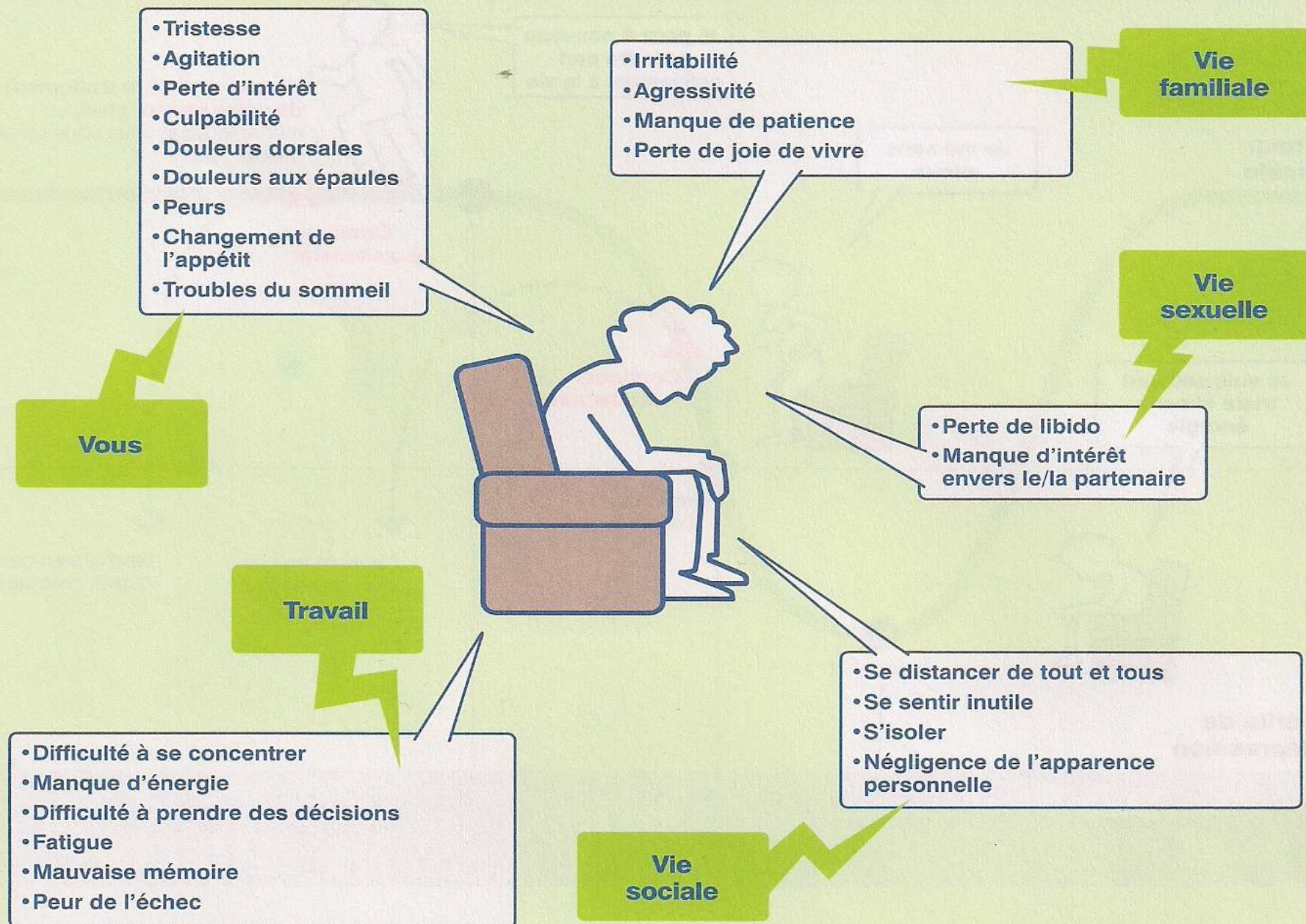


Alain Souche, ASPCo, 2015.

DIAGNOSTIC CLINIQUE

Alain Souche, ASPCo, 2015.

Signes et symptômes



Adapté de

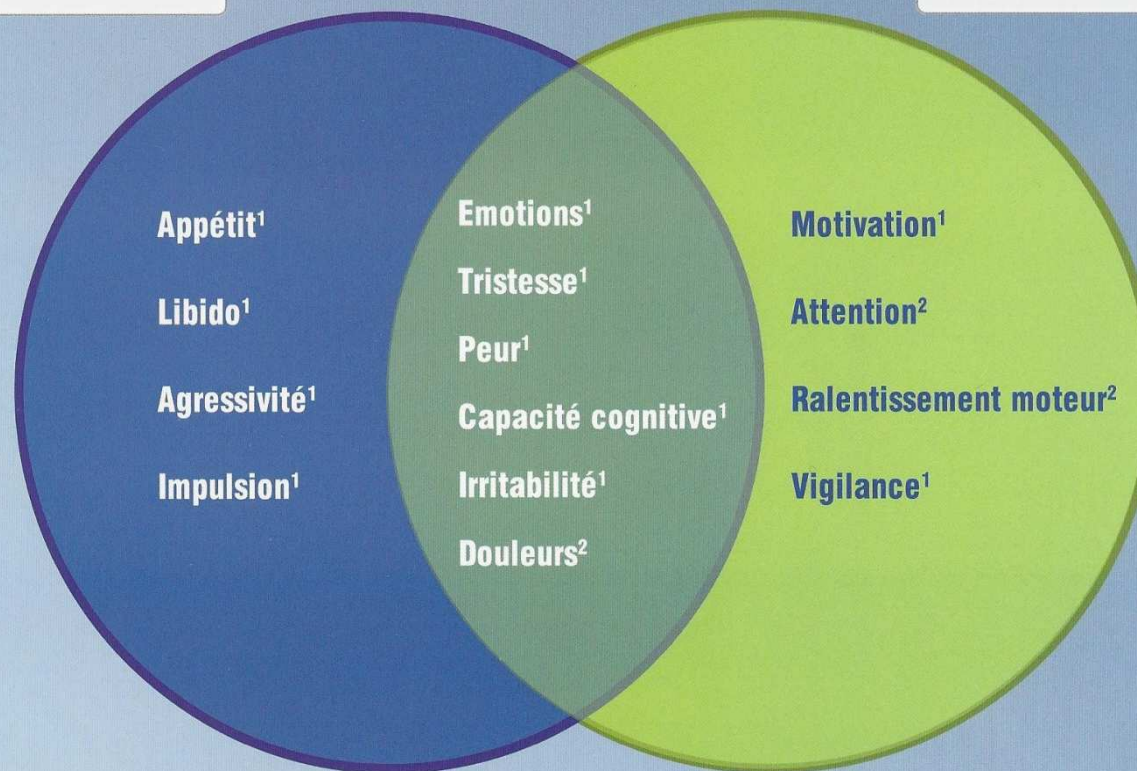
1) Healy D. et al. J. Psychopharmacol. 1997, 11: S25-S31.

2) Stahl S. M. J. Clin. Psychiatry. 2002; 63;5; 382-383.

Dépression - un large spectre de symptômes ^{1,2}

Sérotonine (5-HT)

Noradrénaline (NA)



DIAGNOSTIC CLINIQUE

- ▶ Les symptômes du corps
- ▶ Les modifications du comportement
- ▶ Les changements d'humeur
- ▶ Les signes d'alarme

S. Soumaille, G. Bondolfi, G. Bertchy.

J'ai envie de comprendre. La dépression. Éd. Planète santé 2012.

Alain Souche, ASPCo, 2015.

DIAGNOSTIC CLINIQUE

Les symptômes du corps (expression somatoforme)

- ▶ Réveil aux aurores
- ▶ Sommeil excessif ou peu reposant
- ▶ Batteries à plat
- ▶ Appétit coupé
- ▶ Intestins tourmentés: paresseux
- ▶ Mal partout: syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4)?
- ▶ Peur d'être très malade
- ▶ Chute de la libido

S. Soumaille, G. Bondolfi, G. Bertschy.

J'ai envie de comprendre. La dépression. Éd. Planète santé 2012.

Alain Souche, ASPCo, 2015.

DIAGNOSTIC CLINIQUE

Les modifications du comportement

- ▶ Tout est «une montagne»
- ▶ On «n'imprime» plus
- ▶ On fuit les autres

S. Soumaille, G. Bondolfi, G. Bertschy.

J'ai envie de comprendre. La dépression. Éd. Planète santé 2012.

Alain Souche, ASPCo, 2015.

DIAGNOSTIC CLINIQUE

Les changements d'humeur

- ▶ Bonjour tristesse
- ▶ Plus de plaisir
- ▶ La larme facile
- ▶ «Tout m'est égal»
- ▶ Les nerfs à vif
- ▶ «Tout m'énerve»
- ▶ «Je suis nul(le)»
- ▶ «Tout est de ma faute»
- ▶ «A quoi bon»

S. Soumaille, G. Bondolfi, G. Bertschy.

J'ai envie de comprendre. La dépression. Éd. Planète santé 2012.

Alain Souche, ASPCo, 2015.

DIAGNOSTIC CLINIQUE

Les signes d'alarme

- ▶ Souffrance intolérable (perturbation majeure du fonctionnement social et personnel)
- ▶ La personne n'a même plus la force de consulter (rôle de l'entourage)
- ▶ Il boit, il fume trop
- ▶ Grosse fatigue sans cause organique
- ▶ Amaigrissement rapide
- ▶ Douleurs (dos, tête, ventre) sans cause organique
- ▶ Deuil (la douleur morale ne s'atténue pas)
- ▶ Du désespoir au suicide

S. Soumaille, G. Bondolfi, G. Bertschy.

J'ai envie de comprendre. La dépression. Éd. Planète santé 2012.

Alain Souche, ASPCo, 2015.

DIAGNOSTIC CLINIQUE

Les signes d'alarme

- ▶ Du désespoir au suicide
 - ▶ Les idées suicidaires sont toujours un signe d'alerte lorsqu'elles deviennent fréquentes, précises, envahissantes, construites (imagination du scénario).
 - ▶ 60 % au moins des suicides accomplis sont associés à un diagnostic de dépression.
 - ▶ 1 à 7 % (moyenne 3,5 %) des dépressifs majeurs risquent de mourir par suicide.

S. Soumaille, G. Bondolfi, G. Bertschy.

J'ai envie de comprendre. La dépression. Éd. Planète santé 2012.

Alain Souche, ASPCo, 2015.

LES MECANISMES DE LA DEPRESSION

- ▶ La dépression est associée à une baisse de la neurotransmission intervenant dans la régulation de l'humeur et de l'énergie (sérotonine, noradrénaline, dopamine)
- ▶ Les événements de vie négatifs et autres souffrances affectives ont un retentissement sur la chimie du cerveau. Les facteurs déclenchants les plus sévères sont surtout trouvés dans les premiers vécus dépressifs. Avec la répétition des épisodes, même un stress mineur peut déclencher une rechute.
- ▶ Il s'agit d'une maladie périodique. Il y a le terrain familial (vulnérabilité biologique) et la vulnérabilité acquise au cours d'événements traumatiques (absence de ressources affectives capables de «réparer»).

S. Soumaille, G. Bondolfi, G. Bertschy.

J'ai envie de comprendre. La dépression. Éd. Planète santé 2012.

Alain Souche, ASPCo, 2015.

Epidémiologie.

Selon l'OMS, elle occupera en 2020 le 2^{ème} rang des maladies ayant le taux d'incapacité les plus élevés et même le premier rang en 2030.

- ▶ 15% de la population fera au moins un épisode de dépression dans sa vie.
- ▶ 1 femme sur 5; 1 homme sur 10.
- ▶ La dépression frappe sans distinction d'âge, de culture, de niveau socio économique.
- ▶ Elle survient souvent aux étapes importantes de la vie qui demandent un grand effort d'adaptation. La vie de couple a un effet protecteur. L'isolement social un effet aggravant.
- ▶ La dépression est une maladie périodique et récidivante.

S. Soumaille, G. Bondolfi, G. Bertschy.

J'ai envie de comprendre. La dépression. Éd. Planète santé 2012.

Alain Souche, ASPCo, 2015.

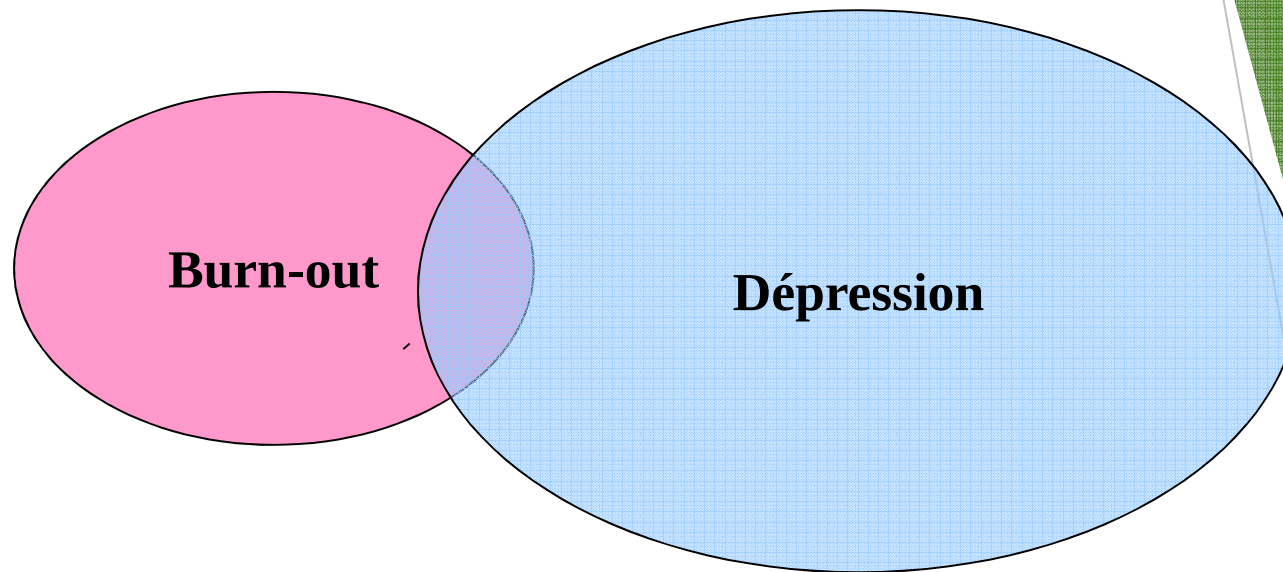
«PERSONNALITES A RISQUE

- ▶ Les évitants: peur malative du ridicule
- ▶ Les instables émotionnellement
- ▶ Les anxieux vulnérables, manquant d'autonomie et d'assurance, dépendants de l'opinion des autres
- ▶ Les tristounets, rabats joie, abonnés aux ruminations auto-accusatrices
- ▶ Les scrupuleux perfectionnistes
- ▶ Les hyperactifs, hyper enthousiastes, qui courent le risque de s'effondrer
- ▶ Les dépendants qui ont du mal à prendre des décisions et à s'assumer de manière autonome
- ▶ Les insatisfaits qui sont moroses sans raison objective
- ▶ Les personnalités ayant de faibles capacité d'adaptation

S. Soumaille, G. Bondolfi, G. Bertschy.

J'ai envie de comprendre. La dépression. Éd. Planète santé 2012.

Alain Souche, ASPCo, 2015.



Au fur et à mesure de l'augmentation de l'intensité, la symptomatologie du burn-out se trouve imbriquée à celle de la dépression.

Manifestations psychiques du **BURN-OUT**



Source :
Michel
Delbrouck (dir),
*Comment traiter
le burn-out*,
De Boeck,
septembre 2011

- 
- > perte de vitalité
 - > sensation d'abattement
 - > indifférence
 - > ennui
 - > cynisme
 - > désorientation
 - > déconcentration
 - > impatience
 - > irritabilité
 - > sentiment de toute-puissance
 - > effondrement
 - > dépression sévère

LA FAUTE A LA SOCIETE ?

- ▶ Deuil
 - ▶ Séparation
 - ▶ Perte de fonction
 - ▶ Perte de status
 - ▶ Perte d'un idéal
-
- ▶ Si un événement traumatisant engendre plus que de raison des sentiments d'injustice, de culpabilité, de dévalorisation et d'impuissance, ces expériences peuvent constituer un facteur déclenchant de dépression.

S. Soumaille, G. Bondolfi, G. Bertschy.

J'ai envie de comprendre. La dépression. Éd. Planète santé 2012.

Alain Souche, ASPCo, 2015.

LES FORMES DE LA DEPRESSION

- ▶ Deuil (ce n'est pas une dépression)
- ▶ Insomnie rebelle (+ ronflement +obésité) => Syndrome d'apnées du sommeil
- ▶ Fatigue: investiguer les causes de fatigue
- ▶ Maux de tête
- ▶ Bourdonnements d'oreille
- ▶ Vertiges
- ▶ Douleurs vertébrales
- ▶ Douleurs vagues et diffuses
- ▶ Malaise abdominal
- ▶ Nausées, vomissements
- ▶ Constipation
- ▶ Anorexie amaigrissement
- ▶ Hypothyroïdie
- ▶ Carence en vitamine B12, D?

S. Soumaille, G. Bondolfi, G. Bertschy. J'ai envie de comprendre. La dépression. Éd. Planète santé 2012.

Alain Souche, ASPCo, 2015.

LES TYPES DE DEPRESSION

- ▶ Dépression unipolaire: la dépression se manifeste une ou plusieurs fois au cours de la vie sans l'existence de phases d'exaltations
- ▶ Dépression bipolaire: les épisodes dépressif interviennent en alternance avec des périodes d'euphorie
- ▶ Dysthymie dépression mineure chronique
- ▶ Dépression hivernale. L'hiver avec: hypersomnie, forte envie de sucre et d'hydrates de carbone, prise de poids
- ▶ Dépression périnatale a ne pas confondre avec le Baby blues

S. Soumaille, G. Bondolfi, G. Bertschy.

J'ai envie de comprendre. La dépression. Éd. Planète santé 2012.

Alain Souche, ASPCo, 2015.

DEPRESSION ET HORMONES FEMININES

- ▶ syndrome prémenstruel:
 - ▶ Signes psychologiques: tristesse, crises de larmes, manque d'énergie, impression de malaise, agressivité, hypersensibilité, irritabilité, anxiété, compulsion alimentaire.
 - ▶ Signes physiques: seins douloureux et/ou tendus, prise de poids, gonflement, douleurs abdominales, douleurs articulaires ou musculaires, acné, maux de tête, œdèmes.
- ▶ Dépression brève transitoire récurrente: les symptômes dépressifs ne durent que quelques jours, disparaissent complètement à la fin des règles puis apparaissent à nouveau au cycle suivant
- ▶ Dépression et ménopause: la ménopause est une période souvent synonyme de transition importante et de réajustement, elle n'est pas considérée comme un facteur de risque dépressif.

S. Soumaille, G. Bondolfi, G. Bertschy.

J'ai envie de comprendre. La dépression. Éd. Planète santé 2012.

Alain Souche, ASPCo, 2015.

DEPRESSION ASSOCIEE A UNE AUTRE MALADIE PSYCHIQUE

- ▶ Les troubles anxieux
- ▶ Les troubles alimentaires

S. Soumaille, G. Bondolfi, G. Bertschy.

J'ai envie de comprendre. La dépression. Éd. Planète santé 2012.

Alain Souche, ASPCo, 2015.

DEPRESSION ASSOCIEE A UNE MALADIE SOMATIQUE

- ▶ Dépression et maladie chronique
 - ▶ L'acceptation peut être difficile, il y a un risque, lorsque le diagnostic ne laisse pas entrevoir de guérison, qu'il y a un risque de perte d'autonomie ou que le pronostic vital est en jeu
- ▶ Dépression et affections cérébrales
 - ▶ Maladie de Parkinson
 - ▶ Sclérose en plaques
 - ▶ Epilepsie
 - ▶ Tumeurs cérébrales
 - ▶ Accidents vasculaires cérébraux
- ▶ Dépression et affections cardiaques
 - ▶ Infarctus
 - ▶ Insuffisance cardiaque

S. Soumaille, G. Bondolfi, G. Bertschy.

J'ai envie de comprendre. La dépression. Éd. Planète santé 2012.

Alain Souche, ASPCo, 2015.

DEPRESSION ASSOCIEE AUX ABUS DE SUBSTANCES ET AUX MEDICAMENTS

- ▶ Alcool
- ▶ Cocaïne
- ▶ Neuroleptiques classiques
- ▶ Anorexigènes, anxiolytiques en excès
- ▶ Dérivés de la cortisone par voie orale
- ▶ Interférons

S. Soumaille, G. Bondolfi, G. Bertschy.

J'ai envie de comprendre. La dépression. Éd. Planète santé 2012.

Alain Souche, ASPCo, 2015.

Dépression et invalidité

- ▶ Trouble psychique cristallisé avec échec des traitements spécialisés
- ▶ Perte de l'intégrité sociale

METROLOGIE

- ▶ CGI : Clinical Global Impression
 - ▶ CGI gravité
 - ▶ CGI amélioration
- ▶ MADRS : Montgomery and Asberg Depression Rating Scale

ECHELLES-PSYCHIATRIE.COM

Alain Souche, ASPCo, 2015.

L'échelle CGI de gravité (Clinical Global Impression Severity Scale)

Avec la « CGI Severity Scale », le médecin évalue avec une échelle de sept points la gravité de l'état clinique du patient.

En fonction de votre expérience clinique totale avec ce type de patient, quel est le niveau de gravité de l'état dépressif du patient ?

- 0 Non évalué.
- 1 Normal, pas du tout malade.
- 2 A la limite.
- 3 Légèrement malade.
- 4 Modérément malade.
- 5 Manifestement malade.
- 6 Gravement malade.
- 7 Parmi les patients les plus malades.

Echelle CGI d'amélioration (CGI : Clinical Global Impression)

Avec l'échelle Clinical Global Impression (CGI), le médecin score avec une échelle de sept points l'amélioration de l'état clinique du patient consécutive à un traitement.

Évaluez l'amélioration totale du patient, qu'elle soit ou non, selon votre opinion, due entièrement au traitement médicamenteux. Comparé à son état au début du traitement, de quelle façon le patient a-t-il changé ?

- 0 Non évalué.
- 1 Très fortement amélioré.
- 2 Fortement amélioré.
- 3 Légèrement amélioré.
- 4 Pas de changement.
- 5 Légèrement aggravé.
- 6 Fortement aggravé.
- 7 Très fortement aggravé.

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 :

Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie, M.Bourvard, J.Colliaux, Ed. Masson 2002.
Consultation en gériatrie L.Hugonot-Diener, Ed. Masson, Consultier Prescrire 2001.

INDICATIONS ET LIMITES DU TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

- ▶ POURQUOI TRAITER UNE DEPRESSION
- ▶ QUAND FAUT-IL TRAITER LA DEPRESSION
- ▶ PRESCRIPTION DES ANTIDEPRESSEURS
- ▶ ARRET DES ANTIDEPRESSEURS
- ▶ COMMENT PREVENIR LA DEPRESSION ET SES RECHUTES?

INDICATIONS ET LIMITES DU TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

POURQUOI TRAITER UNE DEPRESSION

► UNE MALADIE PARFOIS MORTELLE

- RISQUE SUICIDAIRE
- 20% DE CHRONICITE
- DIMINUER LA SOUFFRANCE

► TRAITER N'EST PAS DOPER

- (deuil, rupture, conflits, stress, baisse de rendement, coup de blues, etc...)

► TRAITER NECESSITE UN SUIVI

- Désinhibition et risque de suicide

INDICATIONS ET LIMITES DU TRAITEMENT MEDICAMENTEUX QUAND FAUT-IL TRAITER LA DEPRESSION

- ▶ PREMIER EPISODE « LEGER »
 - ▶ Il n'y a pas d'urgence à prescrire des médicaments. Le plus important est l'écoute et le soutien.
- ▶ PREMIER EPISODE « MOYEN »
 - ▶ Ecouter, psychothérapie, antidépresseur
- ▶ PREMIER EPISODE « SEVERE »
 - ▶ Il faut traiter avec des antidépresseurs vite et fort
- ▶ HOSPITALISATION
 - ▶ Risque suicidaire
 - ▶ Eléments délirants
- ▶ LES MEDICAMENTS « bio » ne sont pas inoffensifs

INDICATIONS ET LIMITES DU TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

PRESCRIPTION DES ANTIDEPRESSEURS (1)

- ▶ LA PRISE EN SOIN DE LA DEPRESSION MAJEURE EST INDISSOCIABLE D'UN TRAITEMENT MEDICAMENTEUX
- ▶ LES PATIENTS DOIVENT ATTENDRE 2 à 4 SEMAINES POUR RESSENTIR UN BENEFICE ET 4 à 8 SEMAINES POUR QUE LES SYMPTOMES DISPARAISSENT
- ▶ LE PREMIER TRAITEMENT ANTIDEPRESSEUR EST EFFICACE CHEZ 2 PATIENTS SUR 3

INDICATIONS ET LIMITES DU TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

PRESCRIPTION DES ANTIDEPRESSEURS (2)

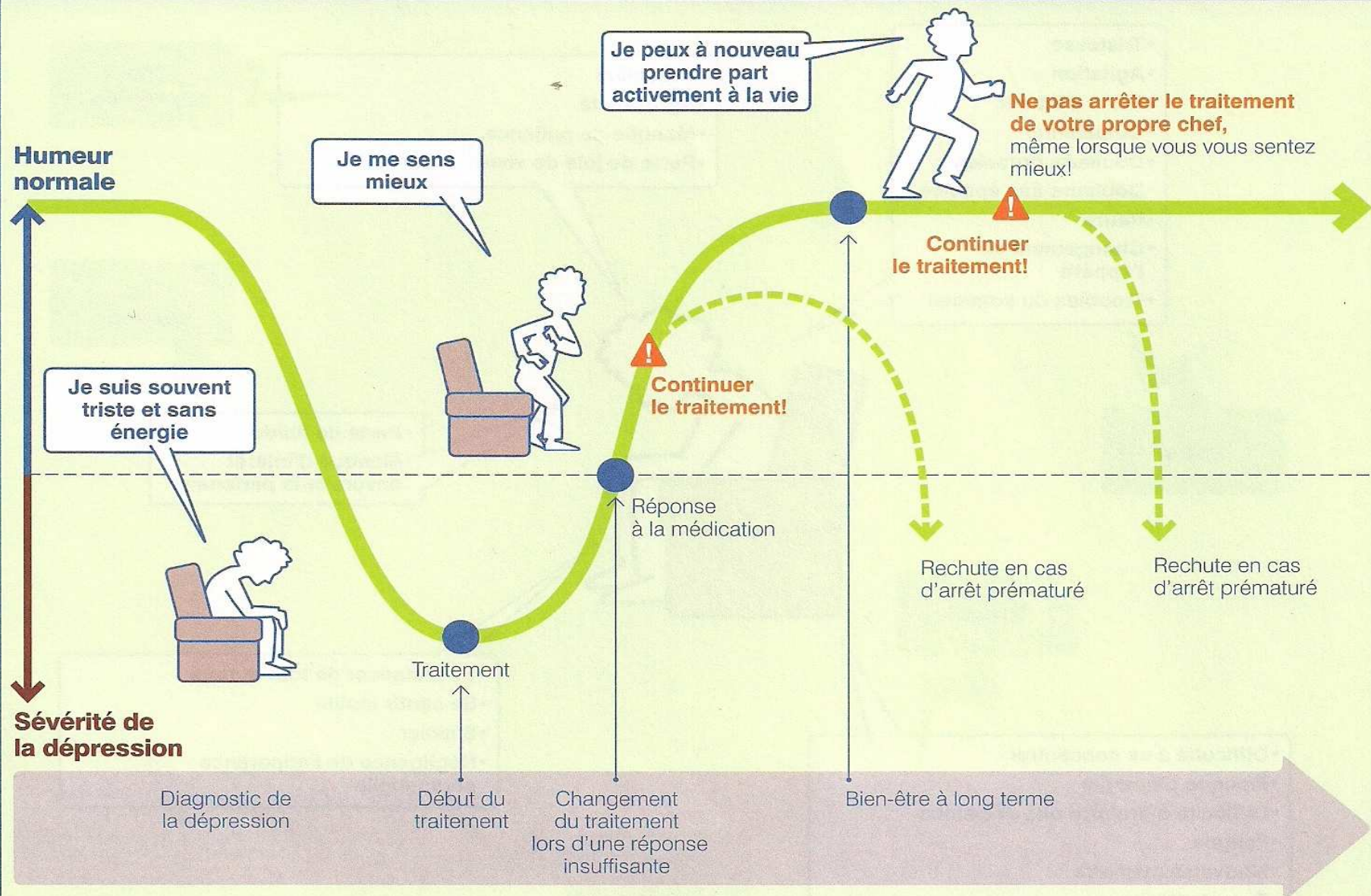
- ▶ LORSQUE LE PATIENT NE REPOND PAS APRES 4 SEMAINES DE TRAITEMENT, IL FAUT AUGMENTER LA POSOLOGIE PUIS CHANGER DE MOLECULE, IL FAUT FAIRE UN TAUX PLASMATIQUE APRES 6 SEMAINES DE TRAITEMENT
- ▶ LE TRAITEMENT EST POURSUIVI PENDANT 6 à 8 MOIS APRES UNE REMISSION COMPLETE DES SYMPTOMES, UNE INTERRUPTION PREMATUREE DU TRAITEMENT MULTIPLIE LE RISQUE DE RECHUTE PAR UN FACTEUR 4 à 6

INDICATIONS ET LIMITES DU TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

PRESCRIPTION DES ANTIDEPRESSEURS (3)

- ▶ APRES DEUX OU TROIS EPISODES DEPRESSIFS, UN TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE DOIT ETRE INSTAURE PENDANT 2 à 5 ANS VOIRE PLUS LONGTEMPS. LES MODALITES PRATIQUE DU TRAITEMENT SONT A REEVALUER 1 A 2 FOIS PAR ANS
- ▶ CONTRAIREMENT AUX ANXIOLYTIQUE ET AUX SOMNIFERES LES ANTIDEPRESSUERS N'INDUISENT PAS DE DEPENDANCE

Déroulement d'une dépression



INDICATIONS ET LIMITES DU TRAITEMENT MEDICAMENTEUX PRESCRIPTION DES ANTIDEPRESSEURS (4)

- ▶ DEPRESSION INHIBEE:
 - ▶ 1. SSRI, DULOXETINE, VENLAFAXINE, REBOXETINE
 - ▶ 2. CLOMIPRAMINE

- ▶ DEPRESSION ANXIEUSE
 - ▶ 1. MIRTAZAPINE, MIANSERINE, TRAZODONE, VALDOXAN
 - ▶ 2. EVENTUELLE ADJONCTION PRUDENTE D'UNE BZD

- ▶ DEPRESSION AVEC: TOC, BOULIMIE, TROUBLES ANXIEUX
 - ▶ 1. SSRI
 - ▶ 2. CLOMIPRAMINE

- ▶ DEPRESSION GRAVE: TROUBLES DELIRANTS, PULSIONS SUICIDAIRES
 - ▶ 1. HOSPITALISATION
 - ▶ 3. ADJONCTION DE NEUROLEPTIQUE

INDICATIONS ET LIMITES DU TRAITEMENT MEDICAMENTEUX PRESCRIPTION DES ANTIDEPRESSEURS (5) EFFETS SECONDAIRES DES NOUVEAUX ANTIDEPRESSEURS

- ▶ NAUSEES*
- ▶ NERVOSITE, INSOMNIES
- ▶ CEPHALEES*
- ▶ SUDATIONS**
- ▶ TREMBLEMENTS
- ▶ DIARRHEE
- ▶ PRISE DE POIDS***
- ▶ DIMINUTION DE LA LIBIDO
- ▶ RETARD D'EJACUTION, ANORGASMIE*
- ▶ EPISTAXIS*

Alain Souche, ASPCo, 2015.

▶ * SSRI ** VENLAFAXINE *** MIRTAZAPINE

INDICATIONS ET LIMITES DU TRAITEMENT MEDICAMENTEUX ARRET DES ANTIDEPRESSEURS

=> UN ARRET BRUTAL DE LA MEDICATION PEUT PROVOQUER:

MALAISES GASTRO-INTESTINAUX (CRAMPES, NAUSEES,
DIARRHEE), VERTIGES, SENSATION DE CHOCS ELECTRIQUES,
SYNDROME GRIPPAL, INSOMNIE, CAUCHEMARS.

=> RAISON POUR LAQUELLE IL EST FORTEMENT CONSEILLE DE
DIMINUER PROGRESSIVEMENT LES DOSE D'ANTIDEPRESSEURS.

INDICATIONS ET LIMITES DU TRAITEMENT MEDICAMENTEUX COMMENT PREVENIR LA DEPRESSION ET SES RECHUTES? (1)

► RECIDIVE DEPRESSIVE:

- 50% après un premier épisode
- 70% après un deuxième épisode
- 90% après un troisième épisode

INDICATIONS ET LIMITES DU TRAITEMENT MEDICAMENTEUX COMMENT PREVENIR LA DEPRESSION ET SES RECHUTES? (2)

- ▶ FACTEURS A TRAVAILLER ET A TRAITER POUR LIMITER LES RECHUTES ET LEUR IMPACTE:
 - ▶ La présence de symptômes résiduels
 - ▶ Un autre trouble psychique
 - ▶ Un trouble de personnalité
 - ▶ Une maladie somatique (aigue? chronique?)
 - ▶ Un traitement insuffisant
 - ▶ Une mauvaise observance
 - ▶ Un événement de vie négatif
 - ▶ Un manque de soutien affectif et social

INDICATIONS ET LIMITES DU TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

COMMENT PREVENIR LA DEPRESSION ET SES RECHUTES? (3)

- ▶ PLAN ANTI-RECHUTE: => écouter => informer => éduquer

La psychothérapie du médecin traitant

- ▶ Connaître sa maladie
- ▶ Suivre le traitement de consolidation jusqu'au bout
- ▶ Parler des effets secondaires du traitement médicamenteux
- ▶ Discuter avec son médecin de l'intérêt d'un traitement préventif
- ▶ Respecter les règles d'hygiène de vie
- ▶ Reconnaître sans tarder les symptômes de rechute
- ▶ Reprendre une activité, s'investir dans un hobby
- ▶ Améliorer son réseau de soutien

L'attestation médicale

- ▶ A qui de droit.
- ▶ Mme yx allègue: --
- ▶ Il ressort de mes constatations cliniques que Mme xy souffre d'une affection médicale dont l'évolution actuelle -
- ▶ Compte tenu de ce qui précède il est nécessaire que -
- ▶ Attestation établie à la demande de Mme yx, remise en mains propres pour faire valoir ce que de droit.

REFERER AU SPECIALISTE

- ▶ Les troubles de personnalité
- ▶ Les états dépressifs majeurs récurrents
- ▶ Les arrêts de travail qui durent plus de 3 mois