Directives de *mednetbern*

Dépression: directives pour les médecins de premier recours

Amato Giani[a], Stefan Schäfer[a], Marzio Sabbioni[a,b], Andreas Rutishauser[a]

[a] mednetbern; [b] beratender Facharzt für Psychiatrie und Innere Medizin

Avec 8% de nouveaux cas par an, la dépression est un diagnostic de poids dans le quotidien des médecins de famille [1]. Les médecins de famille diagnostiquent une dépression de façon fiable dans 50% des cas, et l'excluent de façon fiable dans 81% des cas [2]. Non détectée et non traitée, elle peut conduire au décès par suicide et avoir une influence négative sur l'évolution de nombreuses affections et sur la capacité de travail.

Contexte, objectif, problématique

Le réseau de médecins *mednetbern* tente de construire un pont entre la situation réelle d'un groupe de médecins de famille suisses expérimentés et la procédure idéale recommandée par des experts de renommée internationale pour la prise en charge de la dépression (CIM-10: «F32 Episodes dépressifs») en milieu ambulatoire. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) [3] et l'Union européenne (UE) [4] ne disposent d'aucune directive propre sur ce thème. Toutefois, elles se sont toutes les deux prononcées à ce sujet dans une prise de position et soulignent l'importance de l'affection en médecine de premier recours. La Commission européenne va plus loin en évoquant l'incapacité des médecins de famille à «reconnaître et prendre en charge les dépressions», justifiée par le fait que les médecins de famille «peuvent manquer de connaissances concernant la disponibilité et l'efficacité des différentes formes thérapeutiques (y compris les traitements non pharmaceutiques)». Grâce à l'outil de 24 pages *iFightDepression*® [5], l'organisation du même nom, soutenue par la Commission européenne, met à disposition des fiches d'information relatives à différents aspects partiels de l'affection. Des directives au sens propre sont disponibles aux Etats-Unis [6] et en Allemagne [7]. Toutefois, en raison de leur volume et de leur approche orientée vers les spécialistes, elles ne sont pas adaptées pour la pratique. En Suisse, il existe un excellent résumé des principales directives relatives au traitement somatique, qui a toutefois vu le jour sous la responsabilité exclusive des sociétés de discipline médicale de psychiatrie [8, 9]. Une autre publication suisse est intégralement consacrée à la psychothérapie de la dépression [10]. Notre objectif est que les médecins de premier recours puissent, grâce à nos directives, déterminer et traiter avec une grande compétence le diagnostic de «dépression». Nous fournissons également des indications claires relatives aux situations dans lesquelles les patients doivent être adressés à des spécialistes ainsi qu'aux médicaments particulièrement prometteurs. Chaque patient doit pouvoir bénéficier d'un traitement individuel sur mesure.

Description, méthodes

Le présent projet est basé sur nos précédents projets de directives à l'intention des médecins de famille [11-14]. La hiérarchie verticale des directives est respectée (OMS à l'échelle mondiale, UE et Etats-Unis à l'échelle continentale, et Allemagne et Suisse à l'échelle nationale) et les recommandations sont équilibrées et complétées lors d'un processus de consultation grâce aux connaissances et expériences accumulées par les 65 membres du réseau issus de 13 cercles de qualité. Nos directives n'intègrent que des faits qui remplissent les critères de la médecine basée sur l'évidence. Il en résulte des directives sous la forme d'un dépliant plastifié pratique, en plus d'une version électronique gratuite en libre accès (dans la version en ligne de cet article sur www.primary-hospital-care.ch ou à l'adresse www.mednetbern.ch/publications/guideline_depression.pdf).

Bénéfices, résultats

Les résultats montrent que la méthode développée par le réseau mednetbern pour l'élaboration de directives est bien appropriée pour les maladies qui revêtent une grande pertinence sur le plan de l'économie et de la politique de la santé et qui relèvent du domaine de la médecine de premier recours. Les découvertes sont souvent

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

surprenantes et peuvent contribuer à la simplification des directives sans pour autant porter atteinte à leur exactitude.
Les résultats pratiques essentiels sont abordés ci-après.

Définition

Définition courte et précise en français: «Syndrome neurobiologique accompagné de lourdes répercussions psychiques, mentales, physiques et sociales. Principaux symptômes: morosité, absence de joie de vivre, baisse de l'estime de soi et du bien-être physique, et troubles du sommeil. Prévalence vie-entière: 15%! Non détectée et non traitée, elle peut conduire au décès par suicide et avoir une influence négative sur l'évolution de nombreuses affections et sur la capacité de travail». Dans la littérature de base, nous recherchons le plus souvent en vain la définition de la dépression.

Anamnèse

En cas de plaintes subjectives typiques mais non spécifiques (troubles du sommeil, réveil tôt le matin, perte d'appétit, fatigue générale ou épuisement, douleurs persistantes) conjuguées à des facteurs de risque anamnestiques (troubles dépressifs, stress psychosociaux, affections physiques avec fort impact psychologique), il faut avoir le réflexe de réaliser un dépistage à l'aide du test à deux questions:

1. Au cours du dernier mois, vous êtes-vous souvent senti abattu, triste ou désespéré?
2. Au cours du dernier mois, aviez-vous nettement moins d'envie et de joie vis-à-vis de choses que vous aimez faire habituellement?

Si le patient répond aux deux questions par OUI, il convient d'initier une investigation diagnostique en trois parties.

Investigation diagnostique en trois parties

1re partie: Symptômes de dépression. mednetbern a développé un questionnaire qui permet de déterminer les symptômes dépressifs principaux et secondaires à l'aide de questions claires, compréhensibles et non embarrassantes, et de définir un sous-type de syndrome somatique. Il porte également sur les symptômes psychotiques (symptômes de délire, hallucinations). Le questionnaire se trouve en page 4 des directives sous forme de copie.

2de partie: Maladies somatiques et médicaments. Ces derniers peuvent également provoquer ou simuler des symptômes dépressifs. Examen médical interne, analyses de laboratoire avec hémogramme différentiel, paramètres chimiques, TSH, électrocardiogramme (prêter attention aux allongements de l'intervalle QT), dosage de la vitamine B et MMS (*Mini Mental State*) chez les personnes âgées sont des examens judicieux. Les affections somatiques doivent être détectées et également traitées. En ce qui concerne les médicaments, nous surveillons ceux qui provoquent souvent (>10% des cas) des symptômes dépressifs (par ex. stéroïdes, interférons alpha, etc.).

3e partie: Comorbidités psychiques et ressources. Nous complétons le statut psychologique avec des questions concernant les symptômes anxieux, compulsifs et maniaques, l'addiction ainsi que la gestion du quotidien et les ressources. Des ressources essentielles sont une situation bonne et sûre en termes de relations, de travail, d'argent, de logement, de statut résidentiel et de spiritualité, ainsi que la pratique régulière de sport et d'activité physique.

Diagnostic

Afin d'être en mesure de poser le diagnostic de «dépression», au moins deux symptômes principaux et au

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

total au moins quatre symptômes principaux et secondaires doivent être présents depuis au moins 4 semaines et ne pas être attribuables à la consommation de substances psychotropes. Si l'épisode dépressif est provoqué par une affection somatique ou des médicaments, le diagnostic posé en conséquence est celui de trouble dépressif organique (CIM – F06.32).

Diagnostic différentiel

Un diagnostic réalisé avec précision permet de faire la différence avec les réactions de deuil, les troubles d'adaptation et d'autres affections psychiques. Les symptômes physiques, et en particulier la perte de poids, doivent toujours faire l'objet d'une investigation. En cas d'abus de substances, le diagnostic de «dépression» en tant que comorbidité (double diagnostic) peut être posé par le spécialiste en psychiatrie en tenant compte des antécédents.

Evaluation

L'évaluation combinée de la dépression constitue le fondement de nos décisions thérapeutiques. Elle doit permettre un traitement spécifique aux patients et s'effectue en trois étapes:

1re étape: Evaluation du risque de suicide. La tendance suicidaire doit être évaluée lors de chaque consultation. Les principaux critères de risque élevé ou faible de suicide accompli sont dénombrés et peuvent être attestés au moyen d'études nationales [15–17] et locales (agglomération de Berne [18], commune de Bâle [19]).

2de étape: Degré de sévérité de la dépression. La classification en degré de sévérité léger F32.0 (deux symptômes principaux et deux symptômes secondaires), modéré F32.1 (deux symptômes principaux et trois à quatre symptômes secondaires) ou sévère F32.2 (trois symptômes principaux plus quatre à sept symptômes secondaires) grâce au questionnaire de dépression *mednetbern* s'avère pertinente pour le traitement.

3e étape: Nombre de points au questionnaire PHQ-9. Référence pour l'évaluation de l'efficacité du traitement au fil de l'évolution. Le questionnaire se trouve en page 4 des directives sous forme de copie.

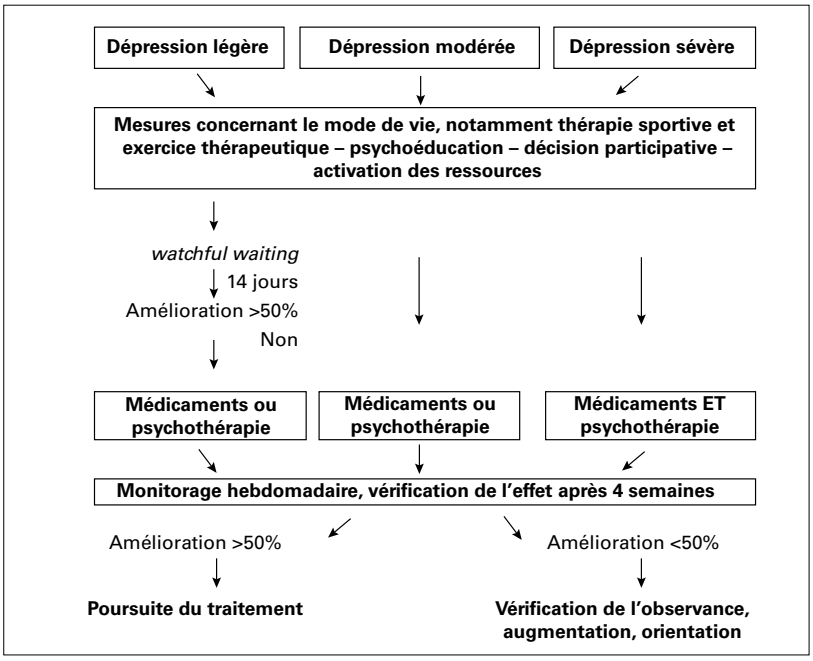

Figure 1: Algorithme thérapeutique de *mednetbern*.

Objectif thérapeutique, stratégie thérapeutique, mesures thérapeutiques

Le traitement résultant des conclusions de l'évaluation a pour objectif d'atteindre la guérison ou la rémission, de réduire la mortalité (en particulier par suicide) et de prévenir les rechutes ou récidives. En principe, chaque patient doit bénéficier de mesures générales/conseils, qui constituent une compétence clé du médecin de famille. Les autres mesures thérapeutiques sont la psychothérapie et la pharmacothérapie. En cas d'épisodes dépressifs légers ou modérés, la préférence du patient doit dicter la mesure à appliquer en premier lieu. En cas d'épisodes dépressifs légers, les antidépresseurs ne doivent être utilisés en première ligne qu'après l'évaluation critique du rapport bénéfice/risque. En cas d'épisodes dépressifs sévères, la combinaison de la psychothérapie *et* de la pharmacothérapie est impérative (fig. 1).

Mesures générales/conseils

Mode de vie: Hygiène de sommeil, alimentation régulière et activité physique (au moins 2–3 fois par semaine 30–45 minutes d'exercice d'endurance) doivent être recommandées. Les effets nocifs de l'alcool et des drogues doivent être soulignés.

Conseils: Explications, entretiens de soutien psycho-éducatifs, conseils compétents relatifs à l'entraide, approches de résolution des problèmes. La prise de décision participative et l'établissement d'une convention de traitement aident à améliorer la compréhension, l'acceptation et la collaboration des patients et de leurs proches.

Pharmacothérapie

Principe: L'indication pour une préparation précise doit être posée sur la base du profil individuel d'effets indésirables et de risques. Ainsi, les patients reçoivent un traitement médicamenteux sur mesure.

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

1er choix: ISRS (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine): escitalopram, sertraline, fluoxétine.
2d choix: IRSN (inhibiteurs de la recapture de la sérotonine-noradrénaline): venlafaxine, duloxétine. Important: En cas d'épisode dépressif sévère (F32.2), la venlafaxine est le médicament de 1er choix!
3. Cas particuliers: Tous les autres médicaments de la page 3 des directives (par ex., en fonction de la situation, la mirtazapine en cas de troubles du sommeil, la duloxétine ou l'amitriptyline en cas d'affection douloureuse chronique).
4. Stratégies en cas de manque d'efficacité: Changement d'antidépresseur. Augmentation de la dose. Association de l'antidépresseur à la psychothérapie. Augmentation: association d'un antidépresseur avec mirtazapine, neuroleptiques atypiques, hormone thyroïdienne ou lithium.

Psychothérapie

De nombreux médecins de famille n'ont aucune formation en psychothérapie et adressent à un spécialiste les patients qui requièrent une psychothérapie: Psychothérapie cognitivo-comportementale, psychothérapie centrée sur la personne ou psychothérapie psychodynamique/analytique sont des méthodes efficaces basées sur l'évidence pour le traitement de la dépression

Algorithme thérapeutique (fig. 1)

Les mesures thérapeutiques dépendent du degré de sévérité de l'épisode dépressif et sont toujours unidirectionnelles, c.-à-d. que même après amélioration ou rémission, le traitement commencé doit être poursuivi pendant une durée clairement définie. Les mesures générales/conseils se trouvent au premier plan et trouvent une application chez tous les patients. En cas de dépression légère, il est tout à fait possible d'attendre 14 jours sans pharmacothérapie ou psychothérapie dans le sens d'une attente vigilante (*watchful waiting*). En cas de dépression légère ou modéré, on recourt soit à un antidépresseur, soit à une psychothérapie, en fonction de la préférence du patient, en tant que mesure thérapeutique unique. En cas d'épisode dépressif sévère, les médicaments *et* la psychothérapie sont nécessaires en association.

Contrôle de suivi

Lors des contrôles de suivi, nous vérifions par intervalles de 14 jours la réponse au traitement. Si, dans le questionnaire PHQ-9, la réduction des symptômes dépressifs est inférieure à 50%, l'observance doit être remise en question, le traitement doit être augmenté ou le patient doit être orienté vers un spécialiste.

Orientation vers un spécialiste

En urgence, à un service d'urgence psychiatrique ou une clinique psychiatrique: en cas de menace pour soi-même ou autrui, de dépression extrêmement sévère, de dépression avec symptômes psychotiques. Contexte normal, à un psychiatre établi: en cas de dépression modérée à sévère, de comorbidités psychiatriques (par ex. abus de substances), de résistance thérapeutique.

Capacité de travail, aptitude à la conduite

En cas de dépression modérée à sévère, il y a en règle générale une incapacité de travail. En cas d'épisode dépressif léger, la capacité de travail est normalement conservée (exception: conflit sur le lieu de travail).
L'aptitude à la conduite dans la sphère privée (véhicule personnel) est déterminée individuellement en cas de dépression légère. En cas de dépression modérée ou sévère, nous déconseillons la conduite de véhicules et le consignons dans le dossier du patient. Le transport de personnes et la circulation professionnelle, par ex. taxi, poids lourds et bus, sont interdits.

Correspondance:
Dr. med. Amato Giani
Facharzt FMH für
Allgemeine Innere Medizin
Sidlerstrasse 4
CH-3012 Bern
amato.giani[at]hin.ch

Résumé

Il convient de prendre connaissance des constatations de la Commission européenne concernant le manque de compétences thérapeutiques des médecins de famille en cas de diagnostic de «dépression», et de les interpréter comme une incitation. Les présentes recommandations doivent aider les médecins de famille à mieux reconnaître les dépressions, à mieux les évaluer et à mieux les traiter. Les informations relatives aux médicaments, à la capacité de travail et à l'aptitude à la conduite rendent ces directives encore plus adaptées à la pratique quotidienne. Des critères décisionnels clairs pour l'orientation vers un spécialiste protègent de façon égale le médecin de famille et le patient. Les moyens d'aide, tels que les deux questionnaires en page 4 des directives, constituent de précieux outils pour la conduite de la consultation

Remarque
Les «directives dépression» de *mednetbern* sont disponibles dans la version en ligne de cet article sur www.primary-hospital-care.ch.

Crédit photo
© Andreiuc88 | Dreamstime.com

Références
La liste complète des références est disponible dans la version en ligne de l'article sur www.primary-hospital-care.ch

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html