

## Dépression : réponse thérapeutique graduée...

**Mots clés :**  
Dépression ;  
Soins de santé  
primaire ;  
Trouble dépressif  
[Depression;  
Depressive  
Disorder ; Prima-  
ry Health Care]

Au-delà des problèmes de diagnostic de la dépression en médecine générale (*Bibliomed* 672, 675, 679, 683) se pose la question des choix thérapeutiques et notamment du bon usage des antidépresseurs. Au terme de sa revue systématique, le *NICE* britannique conclut que l'essentiel est, pour le médecin, de répondre à la plainte « dépression » en s'assurant d'abord que le patient comprenne ce qui lui arrive et autant que possible partage toute décision le concernant, avant même qu'un traitement soit envisagé. Il propose une intensification progressive de la réponse thérapeutique (*stepped care model*) résumée ci-dessous<sup>1</sup>. L'approche analogue de psychiatres Suisses insiste en outre sur la reconnaissance de pathologies associées ou responsables de la dépression<sup>2</sup>.

### Pour toute dépression suspectée ou reconnue...

Une ou 2 questions sur la tristesse et l'anhédonie suffisent au repérage, pas au diagnostic. Si le médecin ne se sent pas dès ce repérage « prêt » à assumer la suite, il doit passer la main... Dans le cas contraire, il lui faut alors confirmer le diagnostic de dépression, évaluer les difficultés fonctionnelles, relationnelles et sociales de son patient, et le risque suicidaire, évaluation à répéter à chaque étape du suivi<sup>1</sup>. Cette démarche prend du temps ; les auteurs Suisses préconisent de programmer une seconde consultation « longue » dans la semaine, probablement 30 à 45 mn. Ils insistent sur la nécessité de vérifier qu'il s'agit bien d'un épisode dépressif unipolaire et non d'une autre pathologie psychiatrique (traiter par antidépresseurs seuls une dépression à caractère bipolaire méconnue est associé à un risque élevé de virage maniaque) ou secondaire (maladie somatique, consommation de médicaments, réaction à différents événements de la vie...)<sup>2</sup>. Eviter tout risque de stigmatisation, assurer la confidentialité, vérifier la bonne compréhension des échanges, informer sur les possibilités de soutien et de traitement disponibles (psychothérapeutes, groupes...), s'assurer de l'aide de l'entourage si le patient l'accepte, personnaliser la décision selon son contexte personnel, sont des attitudes et comportements vers lesquels convergent toutes les études.

### Symptômes durables, dépression légère-moderée

La présence de symptômes associés (anxiété, troubles du sommeil...) nécessite une prise en charge spécifique, aidée par l'exercice physique et le rétablissement d'une bonne hygiène de vie. Le *NICE* recommande des interventions psychologiques et psychosociales de « faible intensité » (matériel écrit, travail en groupe, diverses aides de type psychocomportemental, suivi rapproché...) durant 4 à 5 mois. Les antidépresseurs n'ont de place à

ce stade que s'il y a des épisodes antérieurs ou une symptomatologie qui persiste malgré les interventions. Le millepertuis (sur ou sans prescription) ne peut être conseillé, bien que quelques études lui soient favorables, du fait des incertitudes sur les différentes préparations et du risque d'interactions nombreuses (contraceptifs oraux, antiépileptiques, anticoagulants...).

### Dépression résistante ou modérée à sévère

Si la dépression résiste à ces interventions, l'option médicamenteuse est à discuter en alternative à celle des psychothérapies de « forte intensité » (cognitivo-comportementales ou interpersonnelles, thérapies de couple si nécessaire ; une vingtaine de sessions sur 3 à 4 mois). La combinaison des deux est recommandée dans les formes modérées à sévères. Des consultations hebdomadaires, au moins au début, s'imposent surtout chez les moins de 30 ans à cause de l'augmentation du risque suicidaire en début de traitement dans cette tranche d'âge. La coordination indispensable entre les différents intervenants (les recommandations le répètent depuis plus de 10 ans) semble hélas difficile à réaliser concrètement... Enfin, selon les données convergentes des études, les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine sont préférables en 1<sup>ère</sup> intention (balance bénéfice-risque plus favorable). Mais aucune étude ne permet de différencier les choix thérapeutiques en fonction des sous-types de dépression ou des caractéristiques personnelles du patient.

### Dépression sévère et complexe, risques vitaux...

Ce quatrième stade est celui des prises en charge hautement spécialisées, en milieu hospitalier essentiellement, au sein d'équipes pluridisciplinaires. La situation d'urgence, du fait d'un risque manifeste de suicide ou même d'une intense négligence de soi, est l'exemple de ces « crises » à ne pas manquer.

### Que conclure pour notre pratique ?

Les psychiatres Suisses proposent **4 questions préalables** : *Est-ce bien une dépression (unipolaire) ? Faut-il une prise en charge psychiatrique immédiate ? Est-ce une dépression secondaire ? Faut-il demander avis à un psychiatre ou psychothérapeute ?* Si la réponse est non, il n'y a ni urgence (en particulier à traiter...) ni caractère de gravité ; ce qui suppose que le suivi rapproché qui s'impose le confirme.

L'approche modélisée du *NICE*, fondée sur l'instauration d'une relation de confiance, permet **d'évaluer la sévérité de la dépression et d'intervenir au mieux** puis, en cas d'échec ou de refus du patient, de passer à l'intervention la mieux adaptée au stade ultérieur. C'est la qualité de la relation qui permet d'orienter vers d'autres intervenants à tout moment, si le patient le demande ou si la situation l'impose.

#### Références

- 1- *NICE. The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. 2010.*
- 2- *Kosel M et al. Dépression : analyse décisionnelle pour la prise en charge par le médecin de premier recours. Rev Med Suisse. 2012;8:2346-63.*