



*Faculté de Médecine de Marseille
Université Aix-Marseille II*

Maître de stage : Dr Jean-Pierre JACQUEMART.

Mémoire de stage

***« Prise en charge d'une dépression en contexte
professionnel »***

Semestre de stage : novembre 2008 à avril 2009

GRAS Olivier

IMG – DES Médecine Générale

Adresse Internet universitaire : g9922174

Autre adresse E. Mail : olgras@yahoo.fr

Un grand merci au Docteur Jacquemart pour son enseignement d'une médecine humaine
et en perfectionnement perpétuel.

Sommaire :

<i>I. Introduction : Epidémiologie et enjeux.</i>	<i>Page 3</i>
<i>II. Récit d'une situation complexe en ambulatoire.</i>	<i>Page 4</i>
<i>III. Recommandations de prise en charge du syndrome anxio-dépressif lié au travail.</i>	<i>Page 6</i>
<i>IV. Prise en charge et spécificité dans le cadre de la médecine générale.</i>	<i>Page 9</i>
<i>V. Conclusion.</i>	<i>Page 11</i>
<i>VI. Bibliographie.</i>	<i>Page 12</i>
<i>VII. Annexes.</i>	<i>Page 13</i>

1. Epidémiologie et enjeux du syndrome anxio-dépressif au travail :

En France, l'intérêt porté à la problématique de la dépression en contexte professionnel est récent, remontant à une dizaine d'années.

La dépression est un problème de santé publique faisant l'objet de campagnes de sensibilisation.

Cette pathologie constitue un enjeu économique et humain fort.

Différentes enquêtes épidémiologiques, menées dans diverses populations de travailleurs, montrent une prévalence de dépression stable dans le temps de 10 à 11%.

30 à 40% des actifs déprimés présentent des idées suicidaires.

Selon l'enquête INSEE 2007 :

- ❖ La prévalence masculine est globalement plus marquée.
- ❖ Il existe de grandes disparités selon le secteur d'activité :
Les plus touchés par la dépression sont:
 - Employés / ouvriers.
 - Agriculteurs/ artisans / commerçants.
- ❖ Il existe des différences de prévalence en fonction de l'âge :
 - Les plus de 50 ans sont les plus touchés.
 - On note aussi un pic chez l'homme jeune de moins de 30 ans.

L'absentéisme induit par la dépression a des conséquences économiques importantes :

- 25% des actifs déprimés bénéficient d'un arrêt de travail (AT)
- La dépression occupe la deuxième place des AT de longue durée.
- La durée moyenne d'un AT pour dépression est comprise entre deux et trois mois.

Une identification précoce des signes spécifiques liés à la dépression en contexte de travail est indispensable car elle conditionne la rapidité de prise en charge chez des patients par ailleurs souvent dans le déni du trouble qu'ils considèrent comme une faiblesse. (Sentiment d'incompréhension, d'injustice et d'inefficacité ; conflit avec la hiérarchie, agressivité/nervosité ; intention de démission ; asthénie ; difficultés de réinsertion dans son ancien emploi ou lors de la recherche d'un nouveau ...)

Pour le patient déprimé actif, l'obtention d'une réponse incomplète au traitement est une catastrophe. Elle l'expose à un risque de fragilisation psychique, altère sa fonctionnalité mettant en péril son projet professionnel, vulnérabilise le patient pour sa reprise d'activité, l'expose à un risque de rechute et de désinsertion professionnelle.

II. Récit d'une situation complexe en ambulatoire :

Monsieur X

- Age = 47 ans
- Antécédents =
 - Médicaux : épisode de stress aigu au travail en avril 2007
 - Chirurgicaux : végétations, traumatisme crânien en 1995
 - Familiaux : grand-père maternel –néoplasie pulmonaire
Oncle maternel – néoplasie prostatique
- Profession =
Cadre dans une entreprise de fabrication d'éprouvette pour l'industrie chimique.
- Adresse =
La Batie-Neuve (Hautes-Alpes)
- Histoire de la maladie =
 - Le patient vient me consulter le 09/01/09 au cabinet pour des difficultés au travail avec répercussion sur la vie quotidienne. La date de début de l'épisode est mal précisée.
 - En effet, l'entreprise familiale pour laquelle il travaillait depuis plusieurs années a été rachetée il y a deux ans par un groupe industriel.
 - Dès le début le patient avait eu des problèmes d'adaptation aux nouvelles méthodes de management. Puis plus récemment les conditions de travail se seraient dégradées avec : disparition des avantages accordés aux employés, augmentation de la pression de la hiérarchie pour accroître le rendement de travail et harcèlement moral du responsable de site sur les employés.
 - Actuellement le patient me décrit orienté par l'interrogatoire :
 - Difficulté à faire face à la charge de travail
 - Sentiment de dévalorisation
 - Trouble de concentration
 - Sommeil instable avec réveil nocturne
 - Nausées
 - Envie de pleurer
 - Anédonie et aboulie
 - Altération du fonctionnement familial (relation avec épouse et enfants)
 - Pas d'idée suicidaire.
 - Par ailleurs le patient annonce avoir trouvé un nouvel emploi nécessitant de changer de région vers mi-avril ; projet auquel sa famille a adhéré.
- L'examen somatique réalisé ce jour se révèle normal : pas de cause organique pouvant expliquer les symptômes.

- Diagnostic posé : syndrome anxio-dépressif réactionnel au stress du travail.
- Conduite thérapeutique adoptée :
 - Médicamenteuse :
 - Anxiolytique → Alprazolam 0,25 (benzodiazépine - ½ cp matin et 1 cp soir puis décroissance progressive sur 15 jours)
 - Anxiolytique → Synédil 25mg (Sulpiride - 1cc matin et 2 cc soir pendant 28 jours)
 - Extraction du milieu pathogène :
Arrêt de travail initialement prescrit pour 21 jours.
- Seconde consultation le 30/01/09 :
 - Amélioration de la symptomatologie :
 - Prise de recul sur la situation professionnelle (les dysfonctionnements ne sont pas de son fait)
 - Disparition du sentiment de tristesse.
 - Envie de reprendre des activités familiales et plaisir dans leur réalisation.
 - Réveils nocturnes persistants.
 - Nausées persistantes.
 - Vente du domicile allant dans le sens du projet professionnel.
 - Conduite thérapeutique :
 - Anti-dépresseur → Cymbalta 30mg (ISRSNA – 1 gel par jour)
 - Sédatif → Laroxyl gtttes 40 mg (Imipraminique – VII gtttes au coucher)
 - Poursuite Alprazolam (½ cp soir) et Synédil (1cc matin et 2 cc soir)
 - Prolongation d'arrêt de travail jusqu'au 08/03/09.
- Troisième consultation le 03/03/09 :
 - Bonne évolution clinique si ce n'est la description de symptômes évoquant un RGO.
 - Sur le plan thérapeutique :
 - Poursuite de Cymbalta
 - Décroissance des doses de Laroxyl, Alprazolam et Synédyl.
 - Introduction d'Eupantol (IPP- 1cp jour)
 - Prolongation de l'arrêt de travail jusqu'au 17/04/09.
- Quatrième consultation le 03/04/09 :
 - Il n'y a aucun symptôme dépressif notable.
Le patient s'apprête à entamer son nouveau travail avec sérénité.
Il avoue un arrêt du traitement 15 jours plus tôt sans problème notable.
 - Au niveau thérapeutique seuls l'Alprazolam et l'Eupantol sont poursuivis à la demande.

III. Recommandation de prise en charge du syndrome anxio-dépressif lié au travail :

L'objet de ce recueil ne porte pas sur les critères diagnostiques qui sont reportés en annexe (cf. annexe 1, 2, 3 et 4).

En France, il n'existe pas de recommandations spécifiquement adaptées au caractère professionnel du trouble.

Conduite à tenir thérapeutique devant un syndrome dépressif unipolaire :

A. Schémas thérapeutiques en ambulatoire :

1) Léger et modéré :

- Antidépresseur (grade A).
- Psychothérapie (grade B pour la cognitivo-comportementale - grade C pour les autres - accord professionnel pour la psychanalyse).

➔ Stade léger : psychothérapie en première intention selon accessibilité et préférences du patient (accords professionnels) sinon antidépresseurs.

➔ Stade modéré : antidépresseurs en première intention (accords professionnels)

2) Sévère :

- ➔ Antidépresseur (grade A) en première intention.
- ➔ Association antidépresseur + psychothérapie si difficultés psychosociales associées (grade C).

B. Règles fondamentales concernant les Antidépresseurs :

- Une monothérapie est recommandée en première intention.
- Le délai d'action est compris entre 2 et 4 semaines quels que soient la classe et le mode d'administration.
(Ne jamais interrompre un antidépresseur même en l'absence d'amélioration avant 4 de traitement à posologie efficace – grade A).
- La période d'attaque est de 8 à 12 semaines.
- Choix de la substance : Aucun antidépresseur n'est supérieur aux autres en terme d'activité. En première intention, l'optera pour un ISRSN ou un ISRSNa voire un principe appartenant à la classe des « autres antidépresseurs » car ses molécules sont mieux tolérées, facilitant l'observance, plus maniables et présentent moins de risque en cas de surdosage (grade C).

Les effets secondaires positifs escomptés, les comorbidités psychiatriques et somatiques conditionnent aussi la décision (grade C).

- Il faut limiter la quantité des médicaments prescrits à celle nécessaire pour tenir jusqu'à la consultation suivante (prévention de l'Intoxication volontaire).
- Si la réponse au traitement est insuffisante : (cf. annexe 6)
 - ❖ Eliminer : manque d'observance, réévaluation diagnostique, recherche d'étiologies organique, psychologique, iatrogène/toxiques ou socio-environnementales puis,
 - ❖ Soit augmentation de posologie de la molécule en cours (grade B).
 - ❖ Soit changement de classe thérapeutique (accord professionnel).
 - ❖ Soit association psychothérapie/médicament (grade C).
- ➔ Si trouble sévère : Avis spécialisé/ hospitalisation/ électroconvulsivothérapie
- ➔ Si résistance complète au traitement : Avis spécialisé.
- Traitement de consolidation :
 - ❖ But : prévention des rechutes.
 - ❖ L'antidépresseur ayant permis la rémission complète doit être poursuivi au moins 6 mois après rémission (grade A) puis :
 - Soit un arrêt progressif est réalisé sur 1 à 6 mois (prévention du syndrome de sevrage et surveillance de la réapparition des symptômes – grade C).
 - Soit le traitement est poursuivi (appréciation du praticien).
 - ❖ Si la rémission est incomplète le traitement ne doit pas être interrompu tant que persistent des symptômes résiduels.
- Traitement prophylactique si récurrence ou récurrence :
 - Dans les troubles unipolaires une prévention est recommandée si :
 - ❖ 2 épisodes + antécédents familiaux de maladie unipolaire.
 - ❖ 2 épisodes dont 1 avant 20 ans.
 - ❖ 2 accès intenses dans les trois dernières années.
 - ❖ 3 épisodes dans les quatre dernières années.
 - La prévention se fait par prescription d'un traitement antidépresseur long cours c'est-à-dire pour une durée supérieure à un an (AMM en France : Venlafaxine et Sertraline – En pratique il est recommandé de choisir une molécule qui s'est montrée efficace et bien tolérée lors d'un épisode antérieur (grade C)).
- Les posologies recommandées par l'AMM sont similaires dans la phase de traitement d'attaque, de traitement de consolidation et de prévention des récurrences (Grade B) mais des adaptations peuvent être nécessaires.

C. Traitements associés :

- ➔ Une coprescription de benzodiazépines ne doit pas être systématique du fait des effets indésirables de ces molécules (grade A).
 - Si caractéristiques psychotiques (mélancolie délirante): il est nécessaire d'ajouter d'un neuroleptique antipsychotique (grade A).

- Si dépression sévère avec anxiété invalidante et idées suicidaire : l'ajout d'un antipsychotique sédatif à dose modérées est envisageable (grade C).
- Si insomnie ou anxiété invalidante : Un anxiolytique ou un hypnotique à dose minimale efficace peut être prescrit pour la durée la plus brève possible.
- Si trouble bipolaire : En cas d'épisode dépressif léger il ne faut pas mettre d'antidépresseur (grade B). En cas d'épisode modéré à sévère il est légitime de proposer un antidépresseur (grade B) qui doit être systématiquement associé à un thymorégulateur en prévention du virage maniaque et de la survenue de cycles rapides (grade A).

Précaution : le millepertuis, traditionnellement utilisée dans les manifestations dépressives et transitoires, cette substance induit de nombreuses interactions médicamenteuses pouvant annuler l'efficacité de certains antidépresseurs.

Hors-cadre de la médecine générale :

Electroconvulsivothérapie permet d'obtenir 80 à 85% de rémission :

Indications :

- Résistance ou contre-indication au traitement antidépresseur.
- D'emblé si mélancolie délirante ou stuporeuse. #

D. Contenu et fréquence des consultations :

- Consultation initiale : (accord professionnel)
 - ❖ Affirmation du diagnostic et évaluation de la sévérité.
Appréciation du risque suicidaire (grade C).
→ Voir les référentiels standardisés en annexe (Cf. Annexe 4).
 - ❖ Recherche de co-morbidités psychiatriques et somatiques, mais aussi d'addiction.
 - ❖ Evaluation des incapacités fonctionnelles.
 - ❖ Information du patient (cf. annexe 5) et de son entourage s'il est d'accord (grade C). Définition d'un projet thérapeutique.

- Consultation de suivi :
 - ❖ Evaluation des symptômes, de la réponse au traitement, des effets secondaires et de l'observance (grade C).
 - ❖ Adaptation des doses pour certains antidépresseurs (grade C).
 - ❖ Adaptation des traitements associés.
 - ❖ Rappel de l'information.

Il n'y a pas de recommandation sur la rythmicité des consultations : il est nécessaire de s'adapter à la situation.

- ❖ Un rythme hebdomadaire est conseillé au début puis sera adapté à l'évolution clinique. (ex : 1^e semaine, 2^e semaine, 1^{er} mois et 2^e mois....)
- ❖ Après arrêt du traitement antidépresseur, les 6-8 premiers mois sont à risque maximum de rechute : un suivi régulier sera nécessaire durant cette période.

Des contacts téléphoniques entre 2 consultations peuvent être utiles.

Utilisation du laroxyl à usage sédatif :

Cette pratique courante est hors AMM.

Les avis sont divergents sur l'utilisation des antidépresseurs pour traiter l'insomnie dans la littérature scientifique.

Elle consiste à utiliser les effets anti-histaminiques du Laroxyl.

Pour l'HAS, « les antidépresseurs, en tant que traitement de l'insomnie, ne sont pas recommandés. Ils n'ont pas fait la preuve de leur intérêt. Il n'est pas démontré que le rapport bénéfices/risques des antidépresseurs dans l'insomnie soit favorable, même si ce symptôme peut être amélioré dans le cadre d'un traitement d'une dépression ».

IV. Prise en charge et spécificités de la médecine générale :

1. Premier niveau de recours aux soins :

- Le médecin traitant est le premier professionnel de santé que le patient a consulté quand il a senti ses ressources dépassées. 2 raisons principales : libre accès et relation intime de confiance praticien/patient.
- Cette demande d'aide résulte d'une démarche personnelle du patient en souffrance.
- Elle intervient à un stade avancé de dépression chez un patient pourtant éduqué à identifier les symptômes inauguraux de son trouble lors d'un précédent épisode.

2. Prise en charge globale :

- L'évaluation de la souffrance du patient résulte d'une analyse multidimensionnelle :

Le diagnostic retenu est celui de d'épisode dépressif majeur puisque 5 critères dont 2 majeurs du DSM IV sont présents à l'interrogatoire (sans caractéristiques psychotiques ni idées suicidaires). Le retentissement socio-professionnel important permet de définir le trouble comme sévère.

- Les soins ont consisté non seulement à instaurer un traitement médicamenteux, mais aussi à effectuer une psychothérapie de soutien au cours de consultations de suivi régulières :
 - Le choix d'un ISRSNa répond parfaitement aux recommandations , mais une instauration plus précoce dès la première consultation aurait pu être envisagée bien que la symptomatologie anxieuse était alors prédominante.
 - L'utilisation d'une benzodiazépine à visée anxiolytique est un choix adapté de même que sa décroissance progressive sur une courte durée.

- Le Synédyl, dont l'AMM inclut le traitement de l'anxiété chez l'adulte en seconde intention, a été choisi en complément de la benzodiazépine sur la base de l'expérience personnelle. Le but était de limiter les doses de benzodiazépine dont les effets secondaires type amnésie antérograde et trouble de conscience étaient à éviter chez ce patient se plaignant de troubles de concentration importants dont l'accroissement aurait mis en péril l'observance thérapeutique.
- Le laroxyl est utilisé ici à visée sédatrice et ce choix peut être discuté.
- Le patient a été extrait du milieu pathogène par prescription d'un arrêt de travail.
La tendance actuelle est à des arrêts les plus courts possible dans cette pathologie afin de limiter l'anxiété anticipatoire de la reprise du travail et à terme le risque de désinsertion professionnelle. Chez ce patient, le changement d'orientation professionnelle choisi (projet finalisé de s'installer à son compte) et l'importance du trouble ont conduit à opter pour un arrêt prolongé afin d'optimiser la prise de ses nouvelles fonctions dont la date était fixée.
- Enfin, durant cette période, des problèmes de santé intercurrents ont été gérés :
 - La plaie de l'œil bien que sans gravité a fait l'objet d'un interrogatoire visant à discerner un accident d'un éventuel acte agressif ;
 - Un reflux gastro-oesophagien a nécessité la mise en route d'un IPP.

3. Continuité des soins :

- Le patient est régulièrement suivi lors de consultations individuelles dont la rythmicité est fonction de l'évolution psychologique : tous les 15 j initialement ;
- Se pose le problème de la continuité des soins lors du changement de région seulement 4 mois après le début de l'épisode alors que le patient va être confronté à la prise de ses nouvelles fonctions potentiellement anxiogène : une relation de confiance sera à établir dans un bref délai avec un nouveau praticien. Bien que le traitement ait été interrompu prématurément par le patient se sentant mieux, un nouveau référent sera nécessaire pour dépister les signes annonciateurs de récurrence chez ce sujet à risque.
- Le patient a été informé que dossier médical sera transmis à son nouveau médecin traitant sur simple demande téléphonique de sa part.

4. Coordination de soins :

- Il n'a pas été nécessaire de recourir à un professionnel de santé autre que le médecin traitant.

5. Santé publique :

- Le patient a bénéficié d'une éducation sur sa pathologie, son traitement et les symptômes annonciateurs de récurrence.
- Des campagnes nationales ont lieu pour l'information concernant cette pathologie.
- Des actions sont également menées au sein des entreprises par les médecins du travail sur la gestion du stress, l'aménagement du travail et le dépistage des états anxio-dépressifs liés au travail.
- A l'heure actuelle, le médecin traitant ne dispose que d'information individuelle et son action ne porte donc que sur la gestion d'une personne. L'échange d'information avec le médecin du travail passe obligatoirement par le patient.

V. Conclusion :

Le médecin généraliste joue un rôle prépondérant dans la prise en charge du syndrome anxio-dépressif chez l'actif.

Cette pathologie fréquente peut être difficile à dépister chez des patients présentant souvent des symptômes atypiques dont le lien avec des problèmes professionnels est encore tabou à avouer.

Le médecin traitant doit, par sa relation de confiance avec le patient, l'aider à prendre conscience de son trouble afin d'initier un traitement précoce auquel le patient adhère pour obtenir une réponse rapide et une rémission complète et durable. Ceci est nécessaire pour minimiser l'intensité des répercussions professionnelles.

Le traitement, comme nous l'avons vu, repose sur des recommandations officielles que le praticien doit adapter à la situation singulière de son patient sur la base de son expérience personnelle.

Il consiste non seulement en une thérapeutique médicamenteuse mais également en une prise en charge globale du patient dans ces différentes dimensions.

VI. Bibliographie :

- 1- « Dépression unipolaire de l'adulte » - Catherine AGBOKOU et Florian FERRERI – Revue du praticien (mars 2009).
- 2- « Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire » - Recommandation ANAES (mai 2002).
- 3- « Bon usages des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte » - Recommandation AFSSAPS (octobre 2006).
- 4- Banque VIDAL 2009.
- 5- « Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale » Recommandations SFTG- HAS (Décembre 2006).
- 6- Enquêtes épidémiologiques :
 - a. « Santé mentale et activité professionnelle dans l'enquête décennale Santé 2003 de l'Insee », Institut de veille sanitaire. Département Santé et Travail (Octobre 2007) - C Cohidon, G. Santin.
 - b. Prévalence des troubles de santé mentale et conséquences sur l'activité professionnelle en France dans l'enquête « Santé mentale en population générale : images et réalités », Institut de veille sanitaire. Département Santé et Travail (Août 2007) - C. Cohidon.
 - c. « Prévention des troubles anxieux et dépressifs par une action d'éducation pour la santé en consultation : résultats du programme APRAND » Revue Epidémiologie Santé Publique 2007 - C Godard.
 - d. Baromètre 2005 : Chapitre Santé Mentale. « La dépression en France : Prévalence, facteurs associés et consommations de soin » - Y. Morvan.

VII. Annexes :

Annexe 1 :

Critères diagnostiques d'un épisode dépressif majeur (DSM-IV TR)

A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur;

Au moins 1 des symptômes est soit :

(1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

1. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (ex. se sent triste ou vide) ou observée par les autres (ex. pleure).

NB : 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 (ex. modification du poids corporel en 1 mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.

NB : 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 (les critères sont réunis à la fois pour un épisode maniaque et pour un épisode dépressif majeur à l'exception du critère de durée) et cela presque tous les jours pendant au moins 1 semaine.

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 (ex. une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (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 2 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 :

**Critères diagnostiques d'un épisode dépressif selon la CIM-10
Dépression et santé publique.**

A. Critères généraux (obligatoires)

G1. L'épisode dépressif doit persister au moins 2 semaines.

G2. Absence de symptômes hypomaniaques ou maniaques répondant aux critères d'un épisode maniaque ou hypomaniaque (F30) à un moment quelconque de la vie du sujet.

G3. Critères d'exclusion les plus couramment utilisés : l'épisode n'est pas imputable à l'utilisation d'une substance psychoactive (F10-19) ou à un trouble mental organique, selon la définition donnée en F00-F9.

B. Présence d'au moins deux des trois symptômes suivants :

(1) Humeur dépressive à un degré nettement anormal pour le sujet, présente pratiquement toute la journée et presque tous les jours, dans une large mesure non influencée par les circonstances, et persistant pendant au moins 2 semaines.

(2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour des activités habituellement agréables.

(3) Réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité.

C. Présence d'au moins un des sept symptômes suivants, pour atteindre un total d'au moins quatre symptômes :

(1) Perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi.

(2) Sentiments injustifiés de culpabilité excessive ou inappropriée.

(3) Pensées de mort ou idées suicidaires récurrentes, ou comportement suicidaire de n'importe quel type.

(4) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer (signalée par le sujet ou observée par les autres), se manifestant, par exemple, par une indécision ou des hésitations.

(5) Modification de l'activité psychomotrice, caractérisée par une agitation ou un ralentissement (signalés ou observés).

(6) Perturbations du sommeil de n'importe quel type.

(7) Modification de l'appétit (diminution ou augmentation) avec variation pondérale correspondante.

Annexe 3 :

**Pour chaque épisode dépressif, il est important de préciser le niveau de sévérité :
(qualification selon DSM IV ou CIM 10)**

- Léger : les activités professionnelles, sociales simples, ou les relations avec les autres sont entravées de façon mineure.
- Modéré : ces activités sont réalisées avec peine et au prix d'efforts.
- Sévère sans caractéristiques psychotiques : plusieurs symptômes supplémentaires (par rapport au nombre nécessaire au diagnostic) sont présents. Ils perturbent nettement les activités professionnelles, sociales courantes, ou les relations avec les autres.
- Sévère avec caractéristiques psychotiques : s'ajoutent aux symptômes typiques de l'épisode dépressif sévère des idées délirantes ou des hallucinations concordantes ou non avec le trouble de l'humeur.

Annexe 4 :

Section suicide du Mini international neuropsychiatric interview :

Mini International Neuropsychiatric Interview*

Au cours du mois écoulé, avez-vous :

C1 – Pensé qu’il vaudrait mieux que vous soyez mort(e) ou souhaité être mort(e) ?	non	oui
C2 – Voulu vous faire mal ?	non	oui
C3 – Pensé vous suicider ?	non	oui
C4 – Établi la façon dont vous pourriez vous suicider ?	non	oui
C5 – Fait une tentative de suicide ?	non	oui

Au cours de votre vie :

C6 – Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?	non	oui
---	-----	-----

Résultats

Y a-t-il au moins UN oui ci-dessus ?	non	oui
--------------------------------------	-----	-----

Si oui, spécifier le niveau du risque suicidaire comme ci-dessous :

C1 ou C2 ou C3 = oui	→	Risque suicidaire actuel léger
C3 ou (C2 + C6) = oui	→	Risque suicidaire actuel moyen
C4 ou C5 ou (C3 + C6) = oui	→	Risque suicidaire actuel élevé

* French Version 5.0.0. Section C : risque suicidaire (1998).

Annexe 5 :

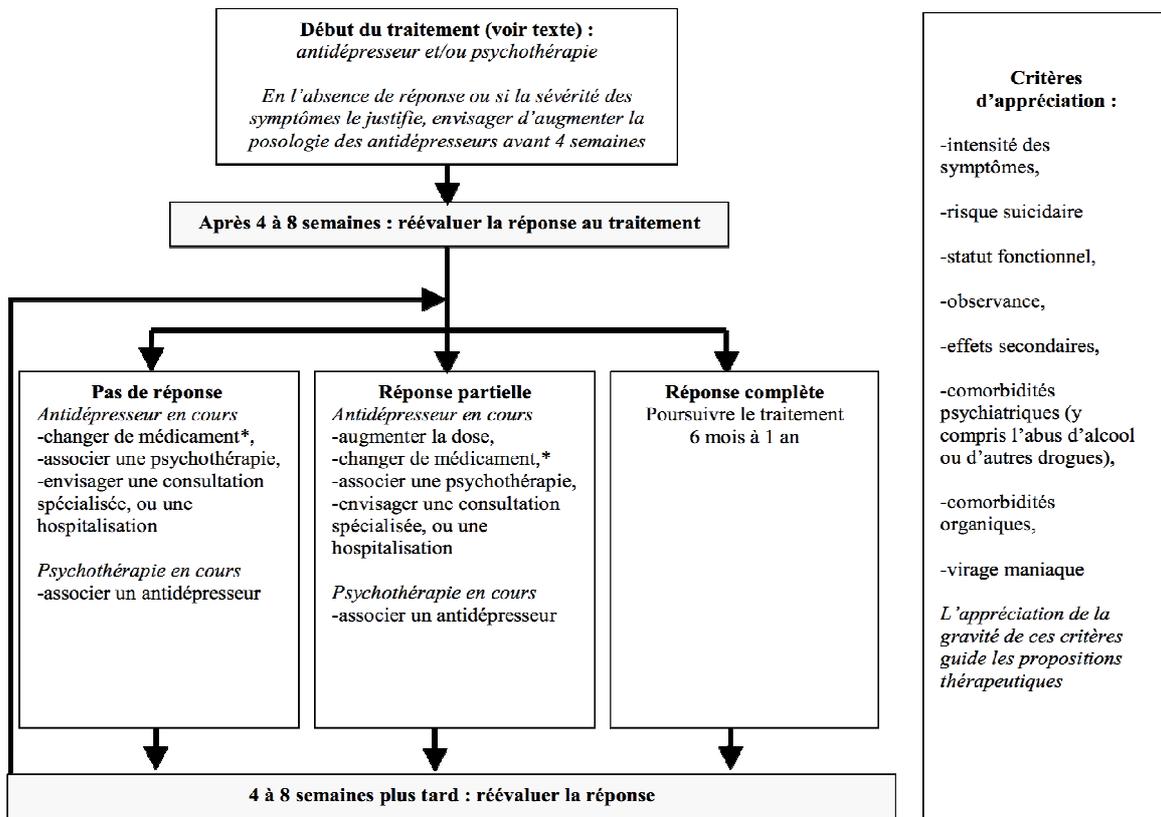
Que dire à vos patients ?

(une information adaptée facilite l’observance)

- La dépression est une vraie maladie. Ce n’est ni une fatalité, ni une faiblesse de caractère ou un manque de volonté.
- Beaucoup de patients considèrent qu’il faut « s’en sortir par soi-même », ou qu’il ne faut pas céder à la facilité en acceptant une aide médicalisée. C’est faux. Accepter de l’aide est une première victoire sur la maladie.
- Il est possible d’avoir une aide médicale 24h/24 si problème aigu.
- Il ne faut pas hésiter à prendre contact pour toute question concernant la maladie ou le traitement.
- Détailler les effets bénéfiques attendus du traitement.
- Le délai d’action des antidépresseurs est de 15 jours à 3 semaines.
- Il existe des effets secondaires au traitement (lesquels et délai d’apparition – éventuelle gravité nécessitant une consultation).
- Il est indispensable de suivre le traitement régulièrement selon les modalités de prescription. Être observant, c’est limiter le risque d’un retentissement sur la vie personnelle, familiale ou professionnelle
- L’arrêt prématuré d’un antidépresseur augmente le risque de rechute. Il est nécessaire de le poursuivre même après amélioration des symptômes. L’arrêt sera planifié après avis médical.
- Il existe un risque de rechute/récidive même après un arrêt bien réalisé du traitement dont il faut apprendre à repérer les signes (en particulier précoces).
- Rappeler au patient les règles d’hygiène de vie en fonction de la sévérité de ses troubles : l’arrêt de l’alcool, la diminution de la consommation de caféine (chez les patients anxieux), la pratique d’une activité physique, la pratique d’une méthode de relaxation, le développement de ses contacts sociaux.
- Un guide gratuit de l’INPES est disponible sur <http://www.inpes.sante.fr> Il peut vous aider à comprendre votre maladie.

Annexe 6 :

Prise en charge d'un épisode dépressif isolé selon la réponse au traitement de première intention :



Annexe 7 :

Délai d'amélioration des Symptômes sous antidépresseurs :

- 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.
- L'amélioration rapide des symptômes est prédictive d'une réponse ultérieure favorable.