

Dépistage, évaluation, intervention dans la dépression en médecine générale

Pr Clément Dondé, psychiatre



Objectifs pédagogiques

- Dépister, confirmer ou écarter cliniquement le diagnostic, et en évaluer l'intensité
- Rechercher systématiquement le risque suicidaire, les comorbidités, et les arguments en faveur d'une bipolarité
- Choisir une stratégie thérapeutique proportionnée à la sévérité
- Prescrire, suivre et arrêter un antidépresseur dans de bonnes conditions
- Savoir quand demander un avis psychiatrique et quand il s'agit d'une urgence

Programme

1- Prérequis

2- Dépistage

3- Évaluation

4- Intervention

4.1- Non médicamenteuse

4.2- Antidépresseurs

1- Prérequis

Pourquoi cette situation clinique est incontournable

- 12,5 % des 18-85 ans ont présenté un épisode dépressif caractérisé dans l'année en 2021
 - Femmes 15,6 %, hommes 9,3 %
 - **18-24 ans : 20,8 %**, contre 11,7 % en 2017
 - 14 % des collégiens et 15 % des lycéens présentent un risque important de dépression
- Première cause de handicap en 2030
- **Le médecin généraliste est le premier, et souvent le seul, professionnel consulté**

Les signes cardinaux

- Un **changement durable** par rapport à un état psychique antérieur
- 1- Perte d'envie
- 2- Perte d'énergie
- 3- Perte d'estime de soi
- 4- Perte cognitive
- 5- Symptômes « circadiens »

Ce qui amène le patient au cabinet

- **Rarement « je suis déprimé »**
- Le plus souvent une plainte somatique ou fonctionnelle :
 - Fatigue, asthénie « inexplicquée », troubles du sommeil
 - Douleurs diffuses, céphalées, troubles digestifs, palpitations
 - Troubles de la concentration et de la mémoire, « je n'arrive plus à suivre »
 - Perte de poids, perte d'appétit, baisse de la libido
- Ou un signal indirect : consultations répétées sans cause retrouvée, absentéisme, retrait social
- **Trois situations où il faut y penser systématiquement** : maladie chronique, deuil ou séparation récente, post-partum

Poser le diagnostic d'épisode dépressif **caractérisé**

- **Critère A. Au moins 5 des 9 symptômes suivants**, présents pendant **une même période de 2 semaines**, et représentant un changement par rapport au fonctionnement antérieur
 - **Dont obligatoirement (1) une humeur dépressive ou (2) une perte d'intérêt ou de plaisir**
 - 1. Humeur dépressive presque toute la journée, presque tous les jours, chez l'adolescent, éventuellement irritabilité
 - 2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour presque toutes les activités
 - 3. Perte ou gain de poids significatif hors régime (plus de 5 % en un mois), ou modification de l'appétit
 - 4. Insomnie ou hypersomnie
 - 5. Agitation ou ralentissement psychomoteur, **constaté par les autres** et non seulement ressenti
 - 6. Fatigue ou perte d'énergie
 - 7. Sentiment de dévalorisation ou culpabilité excessive ou inappropriée, parfois délirante
 - 8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer, indécision
 - 9. **Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires, plan précis ou tentative de suicide**
- **Critère B.** Souffrance cliniquement significative ou altération du fonctionnement social ou professionnel
- **Critère C.** Non attribuable à une substance ou à une autre affection médicale

Déterminer l'intensité pour guider le traitement

Intensité de l'EDC	Retentissement (le plus important)
Légère	Quelques difficultés à poursuivre les activités ordinaires
Modérée	Difficultés importantes dans les activités
Sévère	Difficultés considérables, incapacité à travailler

L'intensité repose sur le nombre de symptômes, leur durée et surtout le retentissement fonctionnel qui doit être apprécié

HAS, 2017 (fiche de synthèse Diagnostic)

Rencontres PHU Sud – Médecine générale, le 13.10.2026

2- Dépistage

Dépister : chez qui, et comment

- **La HAS** ne recommande pas un dépistage systématique en population générale, mais situe les échelles comme aides au repérage et au suivi, soumises au jugement du clinicien
- **En pratique, cibler le dépistage** : facteurs de risque

Facteur de risque	Association
Genre	Deux fois plus fréquent chez la femme
Âge	Pic de survenue entre 20 et 40 ans
Présence d'antécédents familiaux	Risque multiplié par 1,5 à 3
Situation familiale	-Risque le plus haut si séparé ou divorcé -Hommes mariés : risque plus bas qu'hommes non mariés -Femmes mariées : risque plus élevé que femmes non mariées
Postpartum	Augmentation du risque dans les 6 mois qui suivent l'accouchement
Affection médicale générale	Risque multiplié par 1,5 à 2
Evénements de vie négatifs	Association possible
Mort précoce des parents	Association possible

La stratégie en deux temps : PHQ-2 puis PHQ-9

- **PHQ-2, deux questions sur les deux dernières semaines**
 - « Avez-vous eu peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses ? »
 - « Vous êtes-vous senti triste, déprimé, inexplicablement fatigué ou désespéré ? »
 - Cotation 0 à 3 pour chaque item, soit un score de 0 à 6
- **Si le PHQ-2 est ≥ 2 , administrer le PHQ-9 complet ;** sinon, on s'arrête
- **PHQ-9 seuil ≥ 10 : évocateur de dépression, et permet d'ouvrir l'examen clinique**
- Attention, en soins primaires, **environ la moitié des dépistages positifs sont des faux positifs !** Donc bien faire appel à son sens clinique

QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ DU PATIENT – 9 (PHQ-9)				
Au cours des 2 dernières semaines, selon quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ? (Veuillez cocher (✓) votre réponse)	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	0	1	2	3
2. Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	0	1	2	3
3. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop	0	1	2	3
4. Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie	0	1	2	3
5. Avoir peu d'appétit ou manger trop	0	1	2	3
6. Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul(le), ou d'avoir déçu sa famille ou s'être déçu(e) soi-même	0	1	2	3
7. Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8. Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, être si agité(e) que vous avez eu du mal à tenir en place par rapport à d'habitude	0	1	2	3
9. Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + + +
= Total Score:

Si vous avez coché au moins un des problèmes évoqués, à quel point ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à vous entendre avec les autres difficile(s) ?

Pas du tout difficile(s) ☐	Assez difficile(s) ☐	Très difficile(s) ☐	Extrêmement difficile(s) ☐
--	--	---	--

3- Evaluation

La consultation d'évaluation

- **1. Le contexte/facteurs de risque** : travail, situation financière, isolement, aide, violences, deuil
- **2. Les symptômes et leur ancienneté** : début, évolution, caractère épisodique ou continu
- **3. Les antécédents** : épisodes antérieurs, traitements reçus et leur efficacité, hospitalisations, antécédents familiaux thymiques
- **4. Le retentissement** : travail, tâches domestiques, relations, hygiène, alimentation « Qu'est-ce que vous n'arrivez plus à faire aujourd'hui et que vous faisiez il y a six mois ? » « Comment se passe une journée type, du lever au coucher ? » « Qu'est-ce que votre entourage a remarqué ? »
- **5. Les substances** : alcool, cannabis, benzodiazépines, autres ; et les médicaments en cours
- **6. Les comorbidités** : anxiété, troubles du sommeil, douleur, maladies somatiques
- **Et, systématiquement : le risque suicidaire.**

Explorer les processus cognitifs : les questions à poser

- La plainte cognitive est souvent ce que le patient met en avant, avant l'humeur. Six formulations, à poser telles quelles :
 - « Avez-vous remarqué un ralentissement de votre pensée ? »
 - « Vous est-il plus difficile de prendre des décisions, ces derniers temps ? »
 - « Ressentez-vous de la frustration quand vous essayez de décider ? »
 - « Avez-vous l'impression d'avoir des pensées décousues, confuses ? »
 - « Vous est-il difficile de tenir un raisonnement ? »
 - « Avez-vous du mal à lire, ou à suivre une conversation ? »

Éliminer une cause non psychiatrique

- **Affections associées à une forte proportion d'épisodes dépressifs**
 - **Endocrinien** : hypothyroïdie, hyperthyroïdie, Cushing, hypoadrénalisme, hyperprolactinémie, diabète
 - **Neurologique** : maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, accident vasculaire cérébral
 - **Autres** : cancer, VIH, insuffisance cardiaque, BPCO, insuffisance rénale terminale, troubles gastro-intestinaux, douleur chronique, fibromyalgie, polyarthrite rhumatoïde
 - **Médicaments** : corticoïdes, interféron, isotrétinoïne, bêtabloquants, antihypertenseurs centraux, sevrage de benzodiazépines
- **Le bilan : aucune recommandation n'en prescrit un de façon systématique**
 - HAS 2017 : « les tests de laboratoire éventuels selon les indications de l'examen clinique ». NICE et l'OMS ne prescrivent aucun examen
 - CANMAT 2023, seule à proposer un socle : NFS et TSH, en reconnaissant « peu de preuves directes »
 - **Usage** : NFS, TSH, ionogramme, calcémie, glycémie, bilan hépatique, B12 et folates.
 - Un bilan normal n'exclut pas systématiquement la dépression : les deux peuvent coexister !

Chercher la bipolarité avant de prescrire

- Un antidépresseur prescrit seul dans une dépression bipolaire expose au virage et à l'instabilité
- **Quand y penser particulièrement**
 - Premier épisode avant 25 ans, épisodes récurrents et brefs, début et fin brutaux
 - Post-partum, suicidalité, impulsivité
 - Antécédents familiaux de trouble bipolaire
 - **Antécédent de virage ou d'agitation sous antidépresseur**
- **La question à poser.** « Avez-vous déjà connu des périodes de plusieurs jours où vous dormiez beaucoup moins sans être fatigué, où vous étiez plus actif, plus rapide, et où votre entourage l'a remarqué ? »

Le cas particulier du syndrome d'apnées du sommeil

- **Y penser !** 20 à 35 % des patients déprimés ont un SAOS (= hypoperfusion cérébrale)
- **Ce qui doit alerter** : ronflement quotidien intense, apnées vues par le conjoint, hypersomnolences, nycturie, céphalées matinales, syndrome métabolique

Quand demander un avis psychiatrique

- **Avis psychiatrique recommandé**

- Épisode sévère, ou résistant après deux stratégies bien conduites
- Doute sur une bipolarité ou symptômes psychotiques
- Comorbidité addictive ou psychiatrique complexe
- Adolescent, femme enceinte ou allaitante, sujet âgé fragile

- **Urgence**

- Idées suicidaires avec scénario, intention ou accès à un moyen létal
- Refus alimentaire, incapacité à assurer les soins de base
- Symptômes psychotiques, agitation ou ralentissement majeur
- Isolement complet sans entourage mobilisable

4- Intervention

La sévérité guide la stratégie

Dépression	HAS 2017
EDC léger (ou épisode dépressif non caractérisé)	Psychothérapie
EDC modérées	Psychothérapie +/- Antidépresseur
EDC sévères	Psychothérapie + Antidépresseur

À faire dans tous les cas

- **Informier**

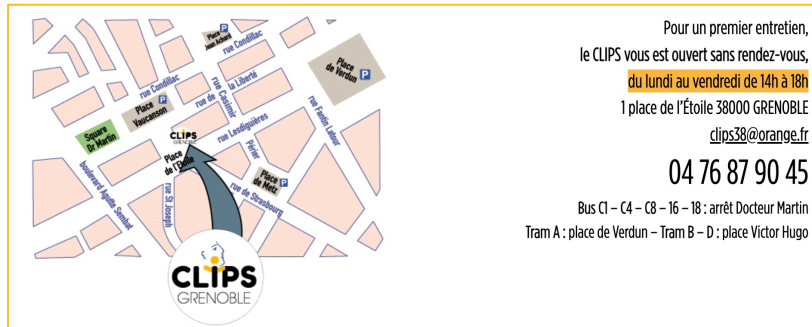
- Rassurer : nommer le diagnostic, déculpabiliser, maladie fréquente, qui touche le cerveau, qui se traite
- Symptômes, et non manque de volonté
- Prévenir l'entourage, avec l'accord du patient, et l'engager s'il le souhaite dans un rôle précis

- **Conseiller**

- Activité physique : méta-analyse 218 essais et 14 170 participants : marche, jogging, yoga, renforcement musculaire tous associés à une amélioration (mais qui reste faible)
- Régularisation du sommeil
- Arrêt des toxiques
- Reprise **progressive** d'activités plaisantes
- Réactivation du lien social

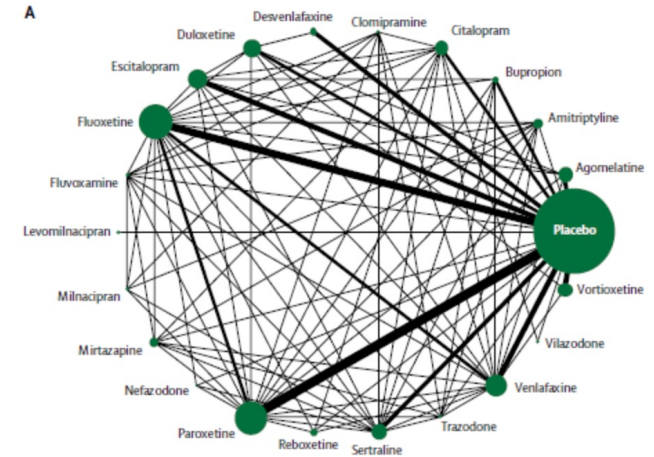
Psychothérapies accessibles en soins primaires

- **Psychologue** : libéral, point écoute, éviter le CMP si dépression isolée
- **Si EDC non sévère : Mon soutien psy**, dispositif conventionné
 - À partir de 3 ans, souffrance psychique d'intensité légère à modérée
 - 12 séances par année civile, 50 € la séance, 60% Assurance maladie, grossesse 3T
 - Adressage médical non obligatoire depuis juin 2024, mais la consultation préalable reste recommandée
 - Exclusions : risque suicidaire, EDC sévères, addiction, ALD psychiatrique



Antidépresseurs : choix et mise en route

- **Première intention selon la HAS :**
 - un ISRS, un IRSN, ou un « classé autre » (mirtazapine, miansérine, vortioxétine)
- **Pas de franche différence franche d'efficacité**
 - Sommeil : mirtazapine
 - Douleur : duloxétine
- **Mise en route**
 - Débuter à demi-dose quelques jours, puis dose efficace
 - Prévenir des effets des premiers jours : nausées, céphalées, majoration transitoire de l'anxiété
 - **Chez le sujet jeune, surveillance rapprochée les premières semaines** en raison d'une possible majoration des idées suicidaires en début de traitement



Terrains

- **Personne âgée**
 - Plaintes somatiques et cognitives au premier plan, retrait, tristesse souvent absente ou niée
 - Diagnostic différentiel avec un trouble neurocognitif débutant, les deux pouvant coexister
 - Intérêt de la mirtazapine
- **Adolescent (12-18 ans)**
 - Irritabilité, fléchissement scolaire, retrait, conduites à risque plutôt que tristesse exprimée
 - Fluoxétine, seul antidépresseur recommandé à cet âge

Quand le traitement agit-il ?

- **Anxiété et sommeil** : quelques jours
- **Ralentissement** : 1-2 semaines
- **Humeur** : 2-4 semaines
- **On ne conclut pas à l'échec avant 6 à 8 semaines** : 21,6 % des non-répondeurs à 4 semaines répondent encore entre la 5^e et la 8^e

Ce que l'on peut dire du pronostic

- **Points positifs**

- 50 à 60 % de répondeurs sous antidépresseur contre 30 à 45 % sous placebo en soins primaires
- Durée médiane d'un épisode de 3 mois : 50% des patients sont rétablis à 3 mois, 75% à un an
- Poursuivre le traitement après la rémission divise le risque de rechute par deux

- **Cependant**

- **Un tiers seulement atteint la rémission avec le premier antidépresseur**
- 30 % de dépression résistante, définie par l'échec de deux antidépresseurs bien conduits
- Près de 20 % sont toujours en épisode à deux ans

Effets indésirables

DCI	Spécialité	Activation	Sédation	↑Poids	↓Libido	↓TA	↑Ach	↑QTc	Avantages ↑↓ Inconvénients
Duloxétine	CYMBALTA®	++	+	+	++	+/-	+/-	+/-	douleurs – interactions – tolérance hépatique
Venlafaxine	EFFEXOR®	+/++	+	+	+++	-	+/-	+	activation dose-dépendante – sevrage difficile – risque HTA
Milnacipran	IXEL®	+++	-	+	+	-	-	+/-	douleurs – foie – personne âgée – deux prises/j
Escitalopram	SEROPLEX®	+	+/-	+	+++	+/-	-	+++	profil sérotoninergique pur – peu d'interactions (hors ↑QTc)
Sertraline	ZOLOFT®	++	+	+	+++	+/-	-	+	grossesse/allaitement – tolérance digestive
Citalopram	SEROPRAM®	+	+	+/++	+++	+/-	-	+++	un peu moins « pur » que l'escitalopram (+ anti-H ₁)
Paroxétine	DEROXAT®	+	++	++	+++	+	+	+	interactions – personne âgée – rebond – sevrage difficile
Fluoxétine	PROZAC®	+++	-	+/-	++	+/-	+/-	+	AMM pour boulimie – interactions – personne âgée
Fluvoxamine	FLOXYFRAL®	+	++	+	++	+	+/-	+	Interactions – personne âgée – deux prises/j
Vortioxétine	BRINTELLIX®	+	-	+/-	+/-	-	-	-	procognitif ? – moins anxiolytique que les ISRS – nausées
Agomélatine	VALDOXAN®	+	+	+/-	-	+/-	-	-	moins efficace – remboursé à 15% – tolérance hépatique
Tianeptine	STABLON®	+	+/-	+/-	-	+/-	-	+/-	plusieurs prises/j – stupéfiant – ordonnance sécurisée 28 jours
Bupropion	ZYBAN®	+++	-	-	-	-	-	+/-	AMM tabac (non remboursé) – épileptogène – tolérance hépatique
Mirtazapine	NORSET®	-	+++	+++	+/-	+	-	++	synergie avec ISRS/ISRN – peut en corriger certains effets secondaires
Miansérine	ATHYMIL®	-	+++	+++	+/-	++	+/-	++	proche de la mirtazapine mais moins efficace et synergique
Maprotiline	LUDIOMIL®	+/-	+++	+++	+	+	++	++	moins anxiolytique (profil noradrénergique pur) – épileptogène
Dosulépine	PROTHIADEN®	+	+++	+++	+	+++	++	+	douleurs – tolérance globale
Doxépine	QUITAXON®	-	+++	+++	+	+++	++	++	douleurs – anti-H ₁ pur à faible dose – tolérance globale
Trimipramine	SURMONTIL®	-	+++	+++	+	+++	++	++	moins efficace (faible IRS et IRN) – tolérance globale
Amitriptyline	LAROXYL®	+	+++	+++	+	+++	+++	++	douleurs – tolérance globale
Clomipramine	ANAFRANIL®	++	++	++	+++	++	++	++	activation dose-dépendante – puissant – tolérance globale
Imipramine	TOFRANIL®	++	++	++	+	+++	++	++	plus équilibré et moins mal toléré que les autres tricycliques
Amoxapine	DEFANYL®	+	++	++	++	+	++	+	effets extrapyramidaux (anti-D ₂) – épileptogène
Moclobémide	MOCLAMINE®	+++	-	+/-	+/-	+/-	-	+/-	pas de régime alimentaire – interactions – peu anxiolytique
Iproniazide	MARSILID®	+++	+	+/-	+/-	+++	+/-	+/-	puissant – régime alimentaire stricte – interactions

Effets indésirables précoces

Les effets indésirables apparaissent avant les effets bénéfiques = première cause d'arrêt précoce !

- **Digestifs** : nausées (très fréquent), vomissements, diarrhée, constipation, baisse d'appétit
- **Neuropsychiques** : céphalées (très fréquent), insomnie et somnolence (très fréquentes toutes les deux), tremblements, nervosité, majoration transitoire de l'anxiété
- **Végétatifs** : hypersudation (très fréquent)
- **Akathisie et syndrome extrapyramidal** : rare mais précoce. L'akathisie est régulièrement prise pour une aggravation de l'anxiété, et on augmente alors la dose.

Certains des effets indésirables listés ci-dessous peuvent diminuer en intensité et en fréquence en cas de poursuite du traitement et ne nécessitent pas, en général, l'arrêt du traitement

Effets indésirables tardifs

- **Sexualité** : l'effet le moins spontanément rapporté et le plus pourvoyeur d'arrêt
- **Prise de poids**
- **HTA** : surtout sous IRSNa
- **Saignements** : risque hémorragique majeur notamment si **associés à un AINS**, anticoagulant, antiagrégant
- **Hyponatrémie et SIADH** : surtout si âge avancé et diurétique
- **Allongement du QT** : surtout sous escitalopram, attention à hydroxyzine et antipsychotique

Combien de temps traiter ?

Situation	Durée	Recommandation
Premier épisode, rémission complète	6 mois à 1 an après la rémission Si > 75 ans : 1 an après la rémission	HAS 2017
Deuxième épisode	2 ans ou plus	Usage clinique
Trois épisodes ou plus, ou forme chronique	Traitement d'entretien prolongé	APA 2010
Facteurs de risque de récurrence : symptômes résiduels*, épisodes fréquents, sévère ou chronique, difficile à traiter, comorbidité psychiatrique ou somatique.	Au moins 2 ans, souvent davantage	CANMAT 2023

* Types de symptômes résiduels	Pourcentage
Anxiété	79,5
Fatigue	55,7
Troubles du sommeil	43,7
Perte d'initiative	32,3
Modification du caractère	31
Retrait social	29,1
Autres	7,9

Le calendrier de suivi

Échéance	Ce que l'on réévalue
2 semaines	Tolérance, observance, risque suicidaire, anxiété initiale. Consultation courte ou appel.
4 semaines	Efficacité initiale, dose, retentissement. Ajuster la dose si nécessaire.
8 semaines	Réponse thérapeutique. Si insuffisante : observance, dose, délai, puis changement ou avis.
Puis mensuel	Symptômes, fonctionnement, tolérance, reprise d'activité et de travail.
6 mois à 1 an après rémission	Maintien du traitement, préparation de l'arrêt, plan de prévention de la rechute.

Réponse insuffisante : la conduite à tenir

- **Vérifier**
 - L'observance réelle
 - La dose : est-elle à la dose efficace, ou est-on resté à la dose d'initiation ?
 - Le délai : a-t-on laissé au moins 4 semaines à dose efficace ?
- **Ensuite**
 - Augmenter la posologie jusqu'à la dose efficace
 - Ou changer d'antidépresseur
 - Et demander un avis psychiatrique en cas de rémission partielle, de persistance ou d'aggravation
- **Réinterroger le diagnostic** : bipolarité, alcool, comorbidité somatique, facteur de stress persistant

Réponse insuffisante : le switch

Gauthier C, et al. Recommandations pour switcher et arrêter les antidépresseurs. Encéphale (2018)

Recommandations pour switcher d'un antidépresseur à l'autre.

Vers → Antidépresseur de ↓	ISRS : citalopram escitalopram paroxétine sertraline	Fluoxétine	Fluvoxamine	Vortioxétine	IRSNA	Miansérine mirtazapine	Agomélatine	Tricycliques (sauf clomipramine)	Clomipramine	Moclobémide	IMAO : phénelzine tranylcypromine
ISRS : citalopram Escitalopram Paroxétine sertraline Fluoxétine ^b	SC SD	SP ^a SD	SP ^a SD	SC SD	SC SD ^c	SC	SC	SC	SP ^a	SP ^a (w : 7j)	SP ^a (w : 7j)
Fluvoxamine	SP ^a (w : 7j)		SP ^a (w : 14j)	SP ^a (w : 7j)	SP ^{a,c} (w : 7j)	SP ^a	SD	SP ^a (w : 14j) Poursuivre à faible dose le tricyclique 3 semaines	SP ^a (w : 14j) Poursuivre à faible dose le tricyclique 3 semaines	SP ^a (w : 5-6 semaines)	SP ^a (w : 5-6 semaines)
Vortioxétine	SC	SP ^a	SP ^a	SP ^a	SP ^{a,c}	SC	SP ^a (w : 7j)	SC	SP ^a	SP ^a (w : 7j)	SP ^a (w : 7j)
IRSNA	SC	SP ^a	SP ^a	SC	SC ^c	SC	SC	SC	SP	SP ^a (w : 7j)	SP ^a (w : 7j)
Miansérine mirtazapine	SC	SC	SC	SC	SC	SC	SC	SC	SC	SP ^a (w : 7j)	SP ^a (w : 14j)
Agomélatine	SD	SD	SD	SD	SD	SD		SD	SD	SD	SD
Tricycliques (sauf clomipramine)	SC	SC	SC	SC	SC	SC	SC	SC	SC	SP ^a (w : 7j)	SP ^a (w : 14j, 21j si imipramine)
Clomipramine	SP ^a	SP ^a	SP ^a	SP ^a	SP ^a	SC	SC	SC		SP ^a (w : 7j)	SP ^a (w : 21j)
Moclobémide	SP ^a (w : 24h)	SP ^a (w : 24h)	SP ^a (w : 24h)	SP ^a (w : 24h)	SP ^a (w : 24h)	SP ^a (w : 24h)	SC	SP ^a (w : 24h)	SP ^a (w : 24h)		SP ^a (w : 24h)
IMAO : phénelzine tranylcypromine	SP ^a (w : 14j)	SP ^a (w : 14j)	SP ^a (w : 14j)	SP ^a (w : 14j)	SP ^a (w : 14j)	SP ^a (w : 14j)	SC	SP ^a (w : 14j)	SP ^a (w : 21j)	SP ^a (w : 14j)	SP ^a (w : 14j)

SC : switch croisé, avec diminution progressive du premier antidépresseur et en parallèle introduction progressive du second antidépresseur ; SD : switch direct, avec arrêt brutal du premier antidépresseur, puis début du second antidépresseur le lendemain à dose thérapeutique ; SP : switch progressif, avec diminution progressive du premier antidépresseur, arrêt complet (classiquement, période de *washout* de 2 à 5 demi-vies, mais celle-ci peut-être plus courte dans certains cas), puis instauration progressive du nouvel antidépresseur : w : période de washout recommandée, c'est-à-dire, période sans antidépresseur après arrêt du premier antidépresseur et avant début du second ; IMAO : inhibiteur de la monoamine oxydase ; ISRS : inhibiteur sélectif de recapture de la sérotonine ; IRSNA : inhibiteur de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline.

^a Co-prescription des deux antidépresseurs non recommandée.

^b Dans le cas de la fluoxétine, la demi-vie étant longue, cette molécule peut être arrêtée sans diminution progressive. Une diminution progressive est recommandée au-delà de 40mg/j. À noter, la fluoxétine peut entraîner des interactions médicamenteuses jusqu'à 5-6 semaines après son arrêt. En particulier, en cas de prescription de tricycliques après le switch, elle peut entraîner une augmentation des doses de tricycliques pendant plusieurs semaines, il est donc recommandé de poursuivre le tricyclique à faible dose 3 semaines avant augmentation.

^c Il est possible de faire un switch direct entre un ISRS ou la venlafaxine et la duloxétine, en commençant la duloxétine à 60mg/j.

L'arrêt du traitement antidépresseur

Toujours progressif : moitié dose pendant 4 semaines puis arrêt

Attention : le risque de rechute est maximal dans les six mois qui suivent l'arrêt.

	Syndrome d'arrêt	Rechute dépressive
Délai	2 à 4 jours après la baisse ou l'arrêt	2 à 3 semaines, le plus souvent davantage
Installation	Brutale	Progressive
Nature des symptômes	Physiques, absents de l'épisode initial : vertiges, décharges électriques, nausées, courbatures	Ceux de l'épisode index : humeur, anhédonie, culpabilité, ralentissement
Si on réintroduit	Disparition en 24 heures à 3 jours	Amélioration en plusieurs semaines

Bibliothérapie

Meilleures bibliothérapies

1. Guérir l'anxiété et la dépression avec les thérapies cognitives et comportementales Dennis Greenberger et Christine A. Padesky

Un guide pratique de TCC avec des exercices et des fiches de travail : pensées automatiques, émotions, croyances négatives et stratégies pour aller mieux.

Pour qui ? Patients ayant une dépression légère à modérée, capables de s'engager dans des exercices structurés.

2. Vaincre la dépression, une étape à la fois Michael E. Addis et Christopher R. Martell

Mon choix pour travailler l'activation comportementale : comprendre le cercle vicieux entre retrait, inactivité et humeur dépressive, puis reprendre progressivement des activités importantes.

Pour qui ? Patients qui ont perdu leur motivation, réduisent leurs activités ou s'isolent.

3. Être bien dans sa peau David D. Burns

Un classique de l'auto-aide cognitive pour identifier et remettre en question les pensées négatives, l'autocritique et les interprétations pessimistes.

Pour qui ? Patients qui ruminent beaucoup ou se jugent durement. Je le proposerais par petites séquences plutôt que comme une lecture intensive.

4. Thérapie cognitivo-comportementale du trouble dépressif majeur : manuel d'information destiné aux patients Jean Goulet, T.-L. Ngô et L. Chaloult

Un support psychoéducatif centré spécifiquement sur la dépression, pertinent pour expliquer les symptômes et les principes du traitement.

Pour qui ? Patients qui souhaitent comprendre leur trouble et disposer d'un document à revoir avec leur soignant.

Accès : [Lire le manuel sur le site TCC Montréal.](#)

Les meilleurs podcasts en français

1. **Les effets de la dépression** · 6 épisodes d'environ 10 minutes

Mon premier choix pour la psychoéducation. Cette série explore les biais de perception, les croyances négatives, les mécanismes cérébraux et les traitements.

Adapté pour normaliser certains symptômes et aider le patient à comprendre ce qu'il traverse.

[Écouter la série sur France Culture](#)

2. **Aide contre la Dépression : Auto-Thérapie Cognitive et Comportementale (TCC)**

Une ressource orientée vers les outils TCC, la gestion des pensées négatives et des émotions. Elle peut servir de point de départ pour travailler un thème entre deux consultations.

[Écouter sur Apple Podcasts](#)

3. **FondaMental Talk**

Un bon complément pour mieux comprendre les troubles psychiatriques, leur prise en charge et les avancées de la recherche

4. **Grand bien vous fasse ! — Comment les nouvelles thérapies soignent notre santé mentale ?**

Un épisode de vulgarisation avec le psychiatre David Gourion, intéressant pour ouvrir la discussion sur les traitements, mais moins adapté à un travail d'auto-thérapie structuré.

[Écouter sur France Inter](#)

Cas 1 : M. B., 54 ans

- **La situation.** Artisan, marié, deux enfants. Troisième consultation en deux mois pour des lombalgies et une fatigue « qui ne passe pas ». Aujourd'hui il demande un arrêt de travail.
 - Depuis trois mois : réveils à 4 h, plus d'appétit, 3 kg de moins. Il a arrêté le foot du jeudi. « Je n'y arrive plus, je suis à côté de mes pompes, je n'ai plus d'envie. »
 - Sa femme, au téléphone : « il ne parle plus le soir ». Il dit ne pas être triste, « juste vidé ».
 - Il boit quatre verres de vin le soir, contre un ou deux il y a un an, « pour m'endormir ».
 - Aucun antécédent psychiatrique. Sous kétoprofène depuis six semaines pour le dos.
 - PHQ-2 = 4, puis **PHQ-9 = 16**.
- **Trois questions**
 - Vous diagnostiquez une dépression. Le score de 16 permet-il de parler de dépression sévère ?
 - Que devez-vous demander avant toute prescription ?
 - Que prescrivez-vous, et qu'expliquez-vous ?

Cas 1 : ce qu'il fallait faire

- **1. Non.** Le score ne fait pas l'intensité : c'est le **retentissement** qui la détermine. Il travaille encore, avec des difficultés importantes : épisode **modéré**. Et en soins primaires, environ la moitié des dépistages positifs sont des faux positifs
- **2. Toujours les mêmes questions.** Le **risque suicidaire**, systématiquement. Les **périodes d'hyperactivité avec réduction du sommeil**, avant toute prescription. Et ici **l'alcool** : quatre verres par soir entretiennent la dépression, doivent être traités en même temps, et font partie du diagnostic différentiel.
- **3. Épisode modéré** : psychothérapie seule ou associée à un antidépresseur, selon sa préférence. Mon soutien psy est possible ici (non sévère, pas de risque suicidaire). Si ISRS : demi-dose quelques jours, puis dose efficace. **Attention : ISRS + kétoprofène = risque hémorragique** ; l'AINS est à réévaluer.
- **Ce que l'on explique** : le traitement agit sur l'humeur en deux à quatre semaines, que les premiers jours peuvent être moins bons, que ça ne rend pas dépendant, et qu'on ne l'arrêtera pas dès qu'il ira mieux. **Rendez-vous à deux semaines, fixé avant qu'il ne quitte le cabinet.**

Cas 2 : Mme R., 78 ans

- **La situation.** Veuve depuis quatorze mois. Amenée par sa fille, qui annonce d'emblée : « elle perd la tête ».
 - Elle ne cuisine plus, ne descend plus chercher le courrier, a perdu 4 kg en six mois. Elle se plaint surtout de sa mémoire et de ses « idées embrouillées ».
 - « Je ne suis pas triste, docteur. Je suis fatiguée. Je me sens inutile. Plus rien ne me plaît comme avant. »
 - Traitement en cours : hydrochlorothiazide, amlodipine, et hydroxyzine le soir depuis deux mois.
 - MMSE 25/30. Selon sa fille, tout s'est installé en quelques mois.
- **Trois questions**
 - Dépression, ou trouble neurocognitif débutant ?
 - Quel traitement, à quelle dose, avec quelle surveillance ?
 - Elle va bien à trois mois : sa fille demande quand on arrête.

Cas 2 : ce qu'il fallait faire

- **1. Les deux peuvent coexister.** Chez le sujet âgé, la tristesse est souvent absente ou niée, et les plaintes somatiques et cognitives sont au premier plan. Le deuil ne dispense pas du diagnostic : cinq critères sur deux semaines et un retentissement suffisent. **On traite la dépression, puis on réévalue la cognition**, pas l'inverse.
- **2. Prescrire en tenant compte du terrain.** **âge, amlodipine et ISRS** : natrémie une semaine après l'instauration et après chaque changement de dose. Si escitalopram : **10 mg/j au maximum après 65 ans**, et l'hydroxyzine allonge elle aussi le QT, donc à arrêter. La mirtazapine se discute : insomnie et perte de poids d'un côté, sédation et chutes de l'autre.
- **3. Premier épisode après 75 ans : un an après la rémission**, puis arrêt progressif : demi-dose quatre semaines, puis arrêt. Pas d'arrêt au moment d'un changement de vie, et le risque de rechute est maximal dans les six mois qui suivent.

Références

- HAS. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours. Recommandation de bonne pratique, octobre 2017. [has-sante.fr](https://www.has-sante.fr)
- HAS. Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours. Recommandation de bonne pratique, décembre 2014.
- NICE. Depression in adults: treatment and management. NICE guideline NG222, juin 2022. [nice.org.uk/guidance/ng222](https://www.nice.org.uk/guidance/ng222)
- US Preventive Services Task Force. Screening for Depression and Suicide Risk in Adults. JAMA 2023;329(23):2057-67. doi:10.1001/jama.2023.9297
- US Preventive Services Task Force. Screening for Depression and Suicide Risk in Children and Adolescents. JAMA 2022;328(15):1534-42. doi:10.1001/jama.2022.16946
- OMS. mhGAP Intervention Guide, version 2.0, module Dépression. [who.int](https://www.who.int)
- Levis B, Benedetti A, Thoms BD. Accuracy of Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for screening to detect major depression. BMJ 2019;365:l1476. doi:10.1136/bmj.l1476
- Levis B, Sun Y, He C, et al. Accuracy of the PHQ-2 Alone and in Combination With the PHQ-9. JAMA 2020;323(22):2290-300. doi:10.1001/jama.2020.6504
- Levis B, Benedetti A, Ioannidis JPA, et al. PHQ-9 scores do not accurately estimate depression prevalence. J Clin Epidemiol 2020;122:115-28.
- Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs. Lancet 2018;391(10128):1357-66. doi:10.1016/S0140-6736(17)32802-7
- Cuijpers P, Oud M, Karyotaki E, et al. Psychologic Treatment of Depression Compared With Pharmacotherapy and Combined Treatment in Primary Care. Ann Fam Med 2021;19(3):262-70. doi:10.1370/afm.2676
- Noetel M, Sanders T, Gallardo-Gómez D, et al. Effect of exercise for depression. BMJ 2024;384:e075847. doi:10.1136/bmj-2023-075847
- Karyotaki E, Efthimiou O, Miguel C, et al. Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Depression. JAMA Psychiatry 2021;78(4):361-71.
- Henssler J, Schmidt Y, Schmidt U, et al. Incidence of antidepressant discontinuation symptoms. Lancet Psychiatry 2024;11(7):526-35. doi:10.1016/S2215-0366(24)00133-0
- Geddes JR, Carney SM, Davies C, et al. Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders. Lancet 2003;361(9358):653-61.
- Wang Y-Y, Xu D-D, Liu R, et al. Comparison of the screening ability between the HCL-32 and the MDQ. Psychiatry Res 2019;273:461-6.
- Léon C, du Roscoët E, Beck F. Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18-85 ans : Baromètre santé 2021. BEH 2023;(2):28-40.
- Doncarli A, et al. Prévalence de la dépression, de l'anxiété et des idées suicidaires à deux mois post-partum. BEH 2023;(18):348-60.
- Assurance Maladie. Mon soutien psy. [ameli.fr](https://www.ameli.fr), consulté en septembre 2026.
- Taylor MJ, Freemantle N, Geddes JR, Bhagwagar Z. Early onset of selective serotonin reuptake inhibitor antidepressant action. Arch Gen Psychiatry 2006;63(11):1217-23. doi:10.1001/archpsyc.63.11.1217
- Szegedi A, Jansen WT, van Willigenburg AP, et al. Early improvement in the first 2 weeks as a predictor of treatment outcome. J Clin Psychiatry 2009;70(3):344-53.
- de Vries YA, Roest AM, Burgerhof JGM, de Jonge P. Predicting antidepressant response by monitoring early improvement of individual symptoms. Br J Psychiatry 2019;214(1):4-10. doi:10.1192/bjp.2018.122
- Henssler J, Kurschus M, Franklin J, Bschor T, Baethge C. Trajectories of acute antidepressant efficacy: how long to wait for response? J Clin Psychiatry 2018;79(3):17r11470.

Références

- Serretti A, Chiesa A. Treatment-emergent sexual dysfunction related to antidepressants. *J Clin Psychopharmacol* 2009;29(3):259-66. doi:10.1097/JCP.0b013e3181a5233f
- Serretti A, Mandelli L. Antidepressants and body weight. *J Clin Psychiatry* 2010;71(10):1259-72.
- Anglin R, Yuan Y, Moayyedi P, et al. Risk of upper gastrointestinal bleeding with SSRIs with or without concurrent NSAID use. *Am J Gastroenterol* 2014;109(6):811-9.
- ANSM. Citalopram et escitalopram : rappel sur le risque d'allongement dose-dépendant de l'intervalle QT. Information de sécurité, 24 mai 2022. ansm.sante.fr
- Kato M, Hori H, Inoue T, et al. Discontinuation of antidepressants after remission. *Mol Psychiatry* 2021;26(1):118-33. doi:10.1038/s41380-020-0843-0
- Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, et al. **Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps (STAR*D).** *Am J Psychiatry* 2006;163(11):1905-17.
- Pigott HE, Kim T, Xu C, Kirsch I, Amsterdam J. **Reanalysis of the STAR*D study's patient-level data with fidelity to the original protocol.** *BMJ Open* 2023;13(7):e063095. doi:10.1136/bmjopen-2022-063095
- Spijker J, de Graaf R, Bijl RV, et al. Duration of major depressive episodes in the general population (NEMESIS). *Br J Psychiatry* 2002;181:208-13.
- McIntyre RS, Alsuwaidan M, Baune BT, et al. Treatment-resistant depression: definition, prevalence, detection, management. *World Psychiatry* 2023;22(3):394-412. doi:10.1002/wps.21120
- Lam RW, Kennedy SH, Adams C, et al. CANMAT 2023 Update on Clinical Guidelines for Management of Major Depressive Disorder in Adults. *Can J Psychiatry* 2024;69(9):641-87. doi:10.1177/07067437241245384
- American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder. 3^e édition. Arlington, VA : APA ; 2010.
- Horowitz MA, Taylor D. Tapering of SSRI treatment to mitigate withdrawal symptoms. *Lancet Psychiatry* 2019;6(6):538-46. doi:10.1016/S2215-0366(19)30032-X
- CBIP. Arrêt progressif des antidépresseurs : lignes directrices. *Folia Pharmacotherapeutica*, 2024. cbip.be
- Gabriel M, Sharma V. Antidepressant discontinuation syndrome. *CMAJ* 2017;189(21):E747. doi:10.1503/cmaj.160991
- Kerner NA, Roose SP. Obstructive Sleep Apnea is Linked to Depression and Cognitive Impairment: Evidence and Potential Mechanisms. *Am J Geriatr Psychiatry* 2016;24(6):496-508. doi:10.1016/j.jagp.2016.01.134
- Edwards C, Almeida OP, Ford AH. Obstructive sleep apnea and depression: a systematic review and meta-analysis. *Maturitas* 2020;142:45-54. doi:10.1016/j.maturitas.2020.06.002
- McCall WV, Benca RM, Rumble ME, et al. Prevalence of obstructive sleep apnea in suicidal patients with major depressive disorder. *J Psychiatr Res* 2019;116:147-50.
- Povitz M, Bolo CE, Heitman SJ, et al. Effect of treatment of obstructive sleep apnea on depressive symptoms. *PLoS Med* 2014;11(11):e1001762. doi:10.1371/journal.pmed.1001762
- Pivetta B, Chen L, Nagappa M, et al. Use and performance of the STOP-Bang questionnaire for obstructive sleep apnea screening. *JAMA Netw Open* 2021;4(3):e211009.
- Arroll B, Macgillivray S, Ogston S, et al. Efficacy and tolerability of tricyclic antidepressants and SSRIs compared with placebo in primary care. *Ann Fam Med* 2005;3(5):449-56.