**La depression dans le cadre des soins primaires :**

**Depression in the Primary Care Setting**

New England Journal Med

doi:10.1056/NEJMcp1712493.

**LE PROBLÈME CLINIQUE :**

Les prestataires de soins primaires jouent un rôle important dans la reconnaissance et la prise en charge de la dépression. Une étude a montré que parmi les personnes qui ont fait une tentative de suicide, 38 % ont consulté un prestataire de soins de santé au cours de la semaine précédente et 64 % ont consulté un prestataire de soins de santé au cours des quatre semaines précédant la tentative ; et la plupart de ces patients ont consulté un cabinet de soins primaires.

Malgré les efforts déployés pour sensibiliser les patients, les communautés et les professionnels de la santé, la stigmatisation demeure un obstacle majeur à la reconnaissance et au traitement des maladies mentales.

**STRATÉGIES ET PREUVES :**

**DÉPISTAGE :**

Bien que certaines études antérieures aient suggéré que le dépistage de la dépression et du suicide n'était pas rentable, des études plus récentes ont montré que les rapports coût-efficacité du dépistage en ambulatoire et aux urgences étaient équivalents à ceux des interventions préventives pour d'autres pathologies, peut-être en raison de l'utilisation d'outils de dépistage plus efficaces et de l'incidence accrue de ces pathologies.

**ÉVALUATION :**

En plus d'une anamnèse et d'un examen physique complets, des tests de laboratoire doivent être envisagés dans toute évaluation initiale des patients présentant des symptômes dépressifs. Bien que les données empiriques à l'appui de certains tests soient généralement peu nombreuses, les tests de dépistage initiaux devraient inclure une numération globulaire complète et une numération globulaire différentielle, des études métaboliques de base, des tests de la fonction thyroïdienne et des taux de vitamine B et de folate. D'autres tests de laboratoire doivent être envisagés selon les besoins cliniques.

En outre, un entretien psychiatrique détaillé est important pour caractériser avec précision les symptômes psychiatriques et évaluer l'effet des symptômes sur le fonctionnement. L'établissement d'une alliance thérapeutique efficace avec le patient nécessite de consacrer suffisamment de temps et d'attention aux questions de nature délicate. La famille, les amis, les partenaires et d'autres prestataires de soins de santé peuvent être des sources d'information précieuses ; dans des circonstances non urgentes, la permission du patient est requise pour contacter ces personnes. La prise en compte des facteurs culturels, sociaux et situationnels peut aider à identifier les facteurs de stress, les facteurs précipitants ou d'autres variables situationnelles susceptibles d'affecter le fonctionnement et de guider les décisions concernant le traitement.

**TRAITEMENTS :**

Il existe un accord général concernant le traitement initial du trouble dépressif majeur léger à modéré chez l'adulte. Pour la dépression légère, la préférence initiale doit être donnée à la psychothérapie et à la surveillance des symptômes, la pharmacothérapie étant remise en place en cas d'amélioration insuffisante. La psychothérapie, la pharmacothérapie ou les deux doivent être envisagées pour la dépression modérée. La consultation d'un psychiatre doit être obtenue pour un patient souffrant de dépression sévère et en urgence pour tout patient présentant des symptômes psychotiques ou des pensées et comportements suicidaires.

**Psychothérapie :**

Les interventions psychothérapeutiques sont des traitements de première intention pour la dépression légère à modérée. Une méta-analyse de diverses psychothérapies, comprenant 53 essais comparatifs a montré que, toutes formes de psychothérapie confondues, le taux de réponse était de 48 %. Aucune différence significative n'a été notée entre les divers types de psychothérapie, y compris - mais sans s'y limiter - la thérapie cognitivo-comportementale, l'activation comportementale et la psychothérapie interpersonnelle.

 Une autre méta-analyse a montré des taux de rémission significativement plus élevés chez les patients ayant reçu une psychothérapie (c'est-à-dire une thérapie cognitivo-comportementale [66 %], une thérapie psychodynamique [54 %], un conseil de soutien [49 %] et une activation comportementale [74 %]) que chez les patients des groupes témoins (43 %). Pour avoir une meilleure idée de l'effet clinique, une méta-analyse comparant la thérapie cognitivo-comportementale à divers groupes témoins a montré une taille d'effet modérée et un nombre de patients à traiter de 2,6 pour constater une amélioration. Dans l'ensemble, les données soutiennent la thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie interpersonnelle et l'activation comportementale comme traitements de première ligne de la dépression légère à modérée.

**Pharmacothérapie :**

Bien que les essais randomisés bien contrôlés soient la norme pour évaluer l'efficacité, il peut être difficile de traduire ces résultats en efficacité clinique ; notamment, bon nombre de ces essais sont associés à des taux élevés de réponse au placebo. Des informations sur l'efficacité "réelle" ont été fournies par l'essai STAR\*D (**Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression**), qui a utilisé un algorithme à quatre niveaux pour guider la sélection des traitements antidépresseurs. Le citalopram était prescrit comme premier traitement (niveau 1). Si ce traitement échouait, les patients étaient randomisés pour recevoir des thérapies alternatives au sein d'un groupe de sous-stratégies que les patients avaient jugées acceptables. Les choix de niveau 2 comprenaient la poursuite du citalopram, le passage à un autre médicament couramment utilisé (sertraline, venlafaxine ou bupropion), ou l'ajout d'un autre médicament ou d'une thérapie cognitivo-comportementale. Les niveaux ultérieurs consistaient à passer à des médicaments moins fréquemment utilisés ou à en ajouter. Le traitement au citalopram a donné un taux de réponse de 47 % et un taux de rémission de 37 % ; le taux de rémission cumulatif des quatre niveaux était de 67 %. L'essai STAR\*D a également montré qu'aucun des antidépresseurs examinés n'était supérieur à un autre et que, après l'échec d'un essai d'antidépresseur, les stratégies de changement ou d'augmentation (y compris avec la thérapie cognitivo-comportementale) donnaient des taux de réponse similaires.

Bien que l'essai STAR\*D ait été limité par l'absence de randomisation stricte et d'insu, d'autres analyses ont également montré qu'il n'y avait pas de différences significatives d'efficacité entre les antidépresseurs . Par exemple, un essai international, randomisé et multicentrique comparant l'escitalopram, la sertraline et la venlafaxine à libération prolongée n'a montré aucune différence significative dans les taux de réponse à 8 semaines (61 %, 66 % et 60 %, respectivement) ou de rémission (48 %, 46 % et 42 %, respectivement) entre les traitements. Une méta-analyse récente de 522 essais, pour la plupart de courte durée, portant sur des patients souffrant de dépression modérée à sévère, a montré que tous les antidépresseurs évalués étaient plus efficaces que le placebo ; la même méta-analyse a également montré que dans les essais comparatifs, certains antidépresseurs (dont l'amitriptyline, l'escitalopram, la mirtazapine, la paroxétine, la venlafaxine et la vortioxétine) étaient plus efficaces que d'autres.

Pour la dépression modérée à sévère, les médicaments de première ligne comprennent généralement les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine-norépi-néphrine (IRSN), le bupropion et la mirtazapine. Trois médicaments plus récemment approuvés par la FDA pour la dépression - la vilazodone, la vortioxétine et le lévomilnacipran - constituent également des options de traitement, mais les lignes directrices actuelles précèdent ces agents. Parmi les agents plus récents, les lignes directrices CANMAT incluent la vortioxétine et le milnacipran comme options de première ligne et la vilazodone comme option de deuxième ligne. Les anciennes classes d'antidépresseurs, comme les antidépresseurs tricycliques et les inhibiteurs de la monoamine-oxydase, présentent un profil de risque plus élevé que les agents plus récents, de sorte qu'ils ne sont généralement utilisés que si les autres agents sont inefficaces.

Le choix d'un antidépresseur est guidé par les profils d'effets indésirables ainsi que par les troubles psychiatriques coexistants du patient, ses symptômes spécifiques et ses antécédents de traitement. L'objectif est de minimiser les effets indésirables, en particulier ceux qui pourraient exacerber les symptômes existants ou d'autres conditions médicales.

**CONCLUSION:**

En général, les antidépresseurs de première intention ont un profil d'effets secondaires gérable. Un effet indésirable potentiellement grave associé aux ISRS et aux IRSN est le syndrome sérotoninergique. Bien que ce syndrome soit très rare, le risque peut être plus élevé lorsque d'autres médicaments qui élèvent le tonus sérotoninergique sont utilisés en association avec les ISRS et les IRSN. La pharmacothérapie, la psychothérapie ou les deux sont toutes des options thérapeutiques raisonnables pour la dépression modérée.

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Dr. Omar EL OUMARY

Service de psychiatrie - CHU Agadir

Mars 2022