

**unisanté**

Centre universitaire  
de médecine générale  
et santé publique · Lausanne

# Antidépresseurs en médecine générale

---

*Dr Med Konstantinos Tzartzas  
Unité de psychiatrie de Liaison  
06 février 2025*

A light gray silhouette of a city skyline is positioned at the bottom of the slide. It features various building shapes, including a prominent bridge with a large arch on the left side, and several spires and towers of varying heights.

# Plan de présentation

1. Introduction
2. Types des antidépresseurs
3. Prescription en médecine générale
4. Vignettes cliniques
5. Discussion ouverte

# 1. Introduction

- **Troubles dépressifs** - Une des premières causes de morbidité (OMS)
- Origine **psychologique** des troubles dépressifs (*mélancolie 400 av. J.-C.*)
- Identification de causes **biologiques** (*neurologique, endocrinologique, inflammatoire, etc.*)
- Traitements efficaces: «**Mode de vie**», **psychothérapie, psychotropes**

# Niveaux différents de complexité

- Pas une psychopathologie mais des psychopathologies! (*«Types» de dépression*)
- Retrouver un «terrain commun» (*utilisation des échelles, le CIM/DSM*)
- Aspects bio-psycho-sociaux
- Comorbidités multiples (*tant «psychiques» que «somatiques»*)

## 2. Types des antidépresseurs

---



## Actifs sur la sérotonine ISRS

(Sertraline, Escitalopram, Citalopram, Paroxétine, Fluoxétine, etc.)



## Actifs sur la sérotonine et la noradrénaline IRSN

(Venlafaxine, Duloxétine)



## Tricycliques

(Amitriptyline, Anafranil, Surmontil, etc.)



### Prescription de 1<sup>ère</sup> intention

- Moins d'effets indésirables
  - Troubles épigastriques/nausées
  - Troubles sexuels
  - Fatigue / somnolence
- Attention aux interactions:
  - Hémorragie avec anticoagulants
  - Accoutumance avec Tramadol
- Effets:
  - Anxiolytique et TOCs
  - Neurostimulation pour les AVCs
  - Ttt de COVID-long
  - Dysphorie prémenstruelle

### Prescription de 2<sup>ème</sup> intention - Plus stimulants

- Effets indésirables des IRSN + d'autres:
  - Cardio-vasculaires
  - Agitation
- Effets:
  - Douleurs (Fibromyalgie)
  - Effets secondaires de chimiothérapie (*Venlafaxine*)
  - Fatigue chronique

### Pour dépression «résistante»

- Multiples effets indésirables
  - Effets anticholinergiques
  - Sédation
  - Risques cardiaques
  - Constipation
- Interactions médicamenteuses
- Amitriptyline - Antidouleur

## Les «sédatifs»

(Trazodone, Mirtazapine,  
Agomélatine)



### Profils «atypiques»

- Effets indésirables (*parfois recherchés*)
  - Somnolence
  - ↗ Appétit (Mirtazapine)
  - Attente hépatique (Agomélatine)
- Effets:
  - Anxiolytique (Trazodone 25mg - 100mg)
  - Hypnotique (Mirtazapine 15mg / Agomélatine)
  - Stimulant (Mirtazapine >30mg)

## Les «récents»

(Vortioxétine, Bupropion)



### Moins de recul de leur effet antidépresseur

- Moins d'effets indésirables décrits
  - Prurit
  - Agitation / Angoisses (Bupropion)
- Prix plus élevé
- Effets:
  - Ttt de COVID-long (Vortioxétine)
  - Chez les patients avec des troubles cognitifs (Vortioxétine)
  - TDAH (Bupropion)
  - Sevrage de nicotine (Bupropion)

# *Mais aussi :*

- ✓ Antiépileptiques :
  - *Lithium* - dépression récurrente avec IS
  - *Lamotrigine* - dépression « résistante » / « bipolaire »
- ✓ Neuroleptiques (*Quétiapine, Aripiprazole*) - Dépression « anxieuse » - « psychotique »
- ✓ Combinaison des 2 molécules :
  - Mitrazapine / Trazodone – Venlafaxine
  - Escitalopram – Quétiapine XR
  - Lithium – antidépresseur
- ✓ Estradiol (*post-partum*) – Levothyroxine – Omega 3 – N-Acetylcysteine (NAC) – Phytothérapie (*Millepertuis, etc.*) - Eskétamine – Psilocybine (+ *psychothérapie*) – Dexamphétamine (*HIV*)



# 3. Prescription en médecine générale

- ✓ Investiguer antécédents médicaux, familiaux et de maladie psychiatrique ou d'utilisation antérieure d'antidépresseurs
- ✓ Confirmer le diagnostic de dépression et évaluer la gravité des symptômes (*critères DSM/CIM, PHQ-9*)
- ✓ Évaluer risque suicidaire (*poser des questions directes*)
- ✓ Documenter tous les médicaments actuels et vérifier les interactions potentielles
- ✓ Examen physique et neurologique; formule sanguine complète, TSH, T4 libre, électrolytes, fonction rénale et hépatique, ECG de contrôle
- ✓ Évaluer facteurs psychosociaux

# Attention au diagnostic différentiel organique

## Facteurs pharmacologiques et maladies physiques associés à l'apparition des symptômes dépressifs

### Pharmacologie

Contraceptifs stéroïdiens  
Sevrage des amphétamines ou de la cocaïne  
Sevrage de l'alcool ou des sédatifs-hypnotiques  
Cimétidine (Tagamet)  
Mercure  
Cyclosérine (Séréomycine)  
Interféron Dexaméthasone / Prednisone

### Collagène

Arthrite rhumatoïde  
Lupus érythémateux

### Endocrinien-métabolique

Hypothyroïdie  
Hyperparathyroïdie  
Maladie d'Addison  
Syndrome de Cushing  
Diabète

### Infectieux

Syphilis  
Toxoplasmose  
Grippe/pneumonie virale/COVID-long  
Mononucléose  
Hépatite virale  
HIV

### Nutrition

Pellagre  
Anémie pernicieuse

### Neurologique

Sclérose en plaques  
Maladie de Parkinson  
Traumatisme crânien  
Crises partielles complexes  
Apnée du sommeil  
Tumeurs cérébrales  
AVC

### Néoplasie

Tumeurs malignes abdominales  
Carcinomatose disséminée

# Antidépresseurs – Instauration du traitement

- Monitoring des symptômes (*attention aux IS*) et des effets secondaires (*RDV après 1-2 semaines*), ainsi que du risque d'un syndrome sérotoninergique :
  - Agitation, confusion, hypomanie
  - Tremblements, myoclonies, hypertonie diffuse, hyperréflexie, rigidité musculaire
  - Mydriase, sueurs, hyperthermie, frissons
- Augmentation progressive de la dose (*Attention au surdosage, aux prises chaotiques, au traitement inactif, dosage, etc.*)

Effets secondaires se manifester durant les 10 premiers jours alors que l'efficacité du traitement s'instaure progressivement (2-4 semaines) → **Explication** et **observance** du traitement importants pour l'**adhésion thérapeutique** !

# Considérations particulières

- **Patient.e.s âgé.e.s** : Débuter avec des doses plus faibles (*1/2 de dose habituelle*), ajustant pour fonction hépatique et rénale et surveillance des effets secondaires (*chutes, hyponatrémie, etc.*).
- **Grossesse et allaitement** : Sertraline préférable / Balance bénéfique - risque doit être davantage évaluée.
- **Comorbidités** : Choix de l'antidépresseur en fonction des pathologies coexistantes (fatigue, douleurs chroniques, dépendances, troubles du sommeil, diabète, etc).
- **Déprescription** : progressive, au moins 6 à 12 mois après la rémission des symptômes – en parallèle suivi psychothérapeutique pour éviter les rechutes.

# Relation médecin-patient «en jeu»

- Reconnaissance de la souffrance - Acte de soin **VS** Confrontant - Conscience de la maladie psychiatrique
- Attentes et perception du traitement par le.la patient.e et par le.la soignant.e
- « Effet placebo » à prendre en compte - Attitude de médecin prescripteur (*enthousiasme vs réticence, manière de délivrer l'information*) et de l'entourage (*internet comprise*) du.de la patient.e
- Vécus face à la prise du médicament :
  - Sentiment de dépossession de son corps – perte de control / Objet « intrusif »
  - Partage - Sentiment que la souffrance est entendue / Objet « transitionnel »
  - Déplacement de l'agressivité vécue / Objet de « projection » (par ex. disqualifié par le.la patient.e pour ne pas disqualifier les soignant.e.s)

**unisanté**

Centre universitaire  
de médecine générale  
et santé publique · Lausanne

## 4. Vignettes cliniques

---



# Vignette 1

## Motif de la consultation :

- Patiente qui présente des douleurs et des symptômes dépressifs chroniques
- « Soutien psychologique » il y a 10 ans, Fluoxétine 20 mg (n'aurait pas eu d'effets bénéfiques)

## Éléments anamnestiques :

- 56 ans, d'origine kurde, en Suisse depuis 20 ans. Episode dépressif évoqué à son arrivé en Suisse.
- Mariée, mère de 4 fils, habite avec son mari et leur fils cadet (âgé de 19 ans)
- Mère décédée en il y a 10 ans
- Fils cadet ne respecte pas le cadre familial – relation conflictuelle / Epoux licencié il y a 6 mois

## Symptômes :

- Tristesse, sentiment de désespoir, anhédonie, aboulie, culpabilité, mésestime, fatigue, troubles du sommeil, irritabilité, anxiété, idées noires, hallucinations visuelles

# Vignette 1

## Observations :

- Dégradation bio-psycho-sociale progressive
- Limitations fonctionnelles importantes et appauvrissement progressif de son réseau social chronique
- 6A71.4 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, avec symptômes psychotiques (CIM-11)

## Propositions :

➤ Antidépresseur - SSRI ou SNRI – Escitalopram (*pour éviter des effets secondaires*) ou Duloxétine / Venlafaxine

...avec RDVs rapprochés

- ✓ Nécessité d'instaurer un suivi psychiatrique/psychothérapeutique – Accompagnement « active »
- Combinaison des antidépresseurs (Mirtazapine – Venlafaxine) Attention à la prise de poids.
- Neuroleptique ou antiépileptique si pas d'amélioration – Quetiapine ou Lithium (*contrôle continue des taux*)
- ✓ Établir réseau multidisciplinaire et si accessible, effectuer des entretiens de famille ou de couple



## Motif de la consultation :

- Patient très angoissé et tendu, dans le cadre de la révision de sa rente AI (vécu d'injustice)
- Décompensation diabétique - passage par les urgences

## Eléments anamnestiques :

- 50 ans, marié, d'origine portugaise, en Suisse depuis 30 ans
- Décompensation de son diabète et une hypertension artérielle 2010 (*insuffisance rénale - effectuer des dialyses durant 1 ans - greffe rénale*)
- Rente AI à 100% depuis 2013 – Révision «apte à reprendre le travail à 100% »

## Symptômes :

- Tristesse, colère, baisse de l'élan vital, fatigabilité, pas d'anhédonie ou d'aboulie, bonne estime des soi, idées de désespoir face à sa situation financière, pas d'IS, troubles de sommeil importantes, ruminations, angoisses, tension musculaire, sentiment d'étouffement, boule à l'estomac, douleur thoracique

## Observations :

- Symptômes aigus anxieux et dépressifs, avec troubles du sommeil, face à la révision AI, sans autre pathologie psychiatrique
- Sentiment d'injustice, ambivalence entre envie de demander de l'aide et de « garder le contrôle »
- 6B43 Trouble d'adaptation (CIM 11)

## Propositions :

- ✓ Evaluation et clarification de la crise actuelle - Intervention psychothérapeutique de soutien (RDVs)
- ✓ Collaboration avec assistant.e social (*Rapport AI?*)
- ✓ Mobiliser l'entourage (*ressource*) du patient (*épouse, fils, etc.*)
- Si besoin - Trazodone / Agomélatine / Sertraline - introduction progressive / Atarax en réserve
- ✓ Proposer d'autres mesures de santé mentale (*p.ex. relaxation, activité physique, etc.*)

# Vignette 3

## Motif de la consultation :

- Patient avec des symptômes thymiques et des douleurs multiples et chroniques, changement de MF
- Traitement : Tramadol 200 mg, Gabapentine 300 mg, Lorazépam 2,5 mg

## Eléments anamnestiques :

- 45 ans, Divorcé et père de 3 enfants
- Décès de son père il y a 1 an - Conflit avec les membres de sa famille depuis 1 mois autour de l'héritage
- Chirurgie d'un hémolympangiome lombaire congénital il y a 4 ans, douleurs importantes - Depuis l'opération, il se sent « ne plus être le même », évoquant une erreur chirurgicale
- Fort sentiment d'injustice - symptômes dépressifs d'une gravité fluctuante

## Symptômes :

- Tendus, postures de douleurs, sentiment d'injustice, revendicateur, projectif, triste, sentiment de désespoir, idées suicidaires fluctuantes, anhédonie, aboulie, sentiment de dévalorisation, fatigue, baisse de l'appétit, troubles du sommeil, isolement social importante, symptômes anxieux, irritable, intolérance aux bruits, hypervigilance, consommation d'alcool

## Observations :

- Symptômes dépressifs présents depuis longtemps, pas connus avant l'opération – Polymédication (dépendance?)
- Demande de l'aide, étant revendicateur, contre le corps médical, lie les symptômes psychiques à sa santé physique,
- Difficulté de faire des deuils, de pertes répétitives (*santé physique, décès du père, divorce, conflit familial*)

## Diagnostic différentiel :

- 6A70.3 Épisode dépressif sévère / 6C20.2 Syndrome de détresse physique, / 6D10.1 Trouble de la personnalité

## Propositions :

- ✓ Clarifier la diagnostic, le traitement et les ressources actuels du patient (internes et externes). Evaluer le risque suicidaire (ne pas rester seul)
- ✓ Accompagner activement pour l'instauration d'un suivi psychiatrique psychothérapeutique / addictologique
- ✓ Soigner le lien médecin – patient en acceptant les limites thérapeutiques – Prescription « enjeu »
- Duloxetine<sup>-</sup> (pour les symptômes dépressifs et douleurs), diminution progressive du Tramadol
- Trazodone à la place de Lorazépam (attention au syndrome sérotoninergique)

# unisanté

Centre universitaire  
de médecine générale  
et santé publique · Lausanne

## Réflexions

## Expériences

# 5. Discussion ouverte

---

## Questions

## Emotions



MERCI

[informatiquegifs.com](http://informatiquegifs.com)