

21 SEPTEMBRE 2023

# FORMATION MEDICALE CONTINUE 2023/2024

## Psychiatrie

Dr Michael HENON

*Praticien Hospitalier, Chef de Service 59G17 Pôle Tourquennois*

*Président de CME, EPSM Lille Métropole*



# LA SECTORISATION EN PSYCHIATRIE



## **Quand ?**

Circulaire ministérielle 15 mars 1960

## **Pourquoi ?**

Suivi du patient en intra et extrahospitalier par la même équipe médico-sociale

## **Limites**

Application « rigide » de la politique de secteur

# ORGANISATION D'UN SECTEUR

## ■ HOSPITALISATION

Traditionnelle

## ■ ALTERNATIVES

Appartement thérapeutique

Post cure

HAD

## ■ CONSULTATIONS

CMP et équivalents

Urgences

Liaison CH

## ■ AUTRES

CATTP

HdJ

Equipes mobiles



# LE PÔLE TOURQUENNOIS



## Le Pôle

Fusion des secteurs 59G16 et 59G17

12 ETP Psychiatres théoriques

Dont 1 Chef de pôle et 2 Chefs de service

1 ETP Médecin Généraliste

120 ETP IDE théoriques (carence !)

## La population

Tourcoing/Neuville en Ferrain/Mouvoux

122 311 habitants (2020)

... et leurs spécificités

# LE PÔLE TOURQUENNOIS



## Le DAC

Porte d'entrée

Exception dans un secteur psychiatrique

Créé en 2017

Accolé à l'hospitalisation mais séparé physiquement

- 1er contacts
- Urgences (présentations spontanées, adressage par Généralistes/Urgences/Police/Services sociaux/Lycées...)
- Suivis courts (< 6mois)
- Offres spécifiques (PEP48, Psychotrauma, Sophro)



# LE PÔLE TOURQUENNOIS



## Le CMP A. RIMBAUD

- 1 CMP unique depuis 2017
- Psychiatre, IDE, IPA, Psychologues, Diététicienne, Psychomotriciennes
- Suivis, injections, Accueil d'Urgence patients connus



# LE PÔLE TOURQUENNOIS



**HdJ-CATTP-U2TR**





# LE PÔLE TOURQUENNOIS



## Les UTP

- **CIAC** 8 lits
- **Admissions** 12 lits
- **Soins Intensifs** 10 lits
- **Psy G** 18 lits
- **Unité 16-25** 10 lits

Prise en charge de crise (Risque suicidaire, décompensations)

Beaucoup de contraintes et de SDRE

Situations sociales complexes





# LE PÔLE TOURQUENNOIS



## Le CH de Tourcoing

- Urgences
- Liaison MCO



# LE PÔLE TOURQUENNOIS



## **Starther - L'Etape**

Appartements Thérapeutiques - Post cure

Orientation réhabilitation psycho-sociale

Etape fermée par manque d'IDE



## **Equipe Mobile**

Bientôt



# LE PÔLE TOURQUENNOIS



**PEP 48**



16-25 ans

Indicateurs prodromiques précoces	Indicateurs prodromiques tardifs	Symptômes psychotiques
<ul style="list-style-type: none"><li>- Retrait social</li><li>- Détérioration du fonctionnement</li><li>- Dépression</li><li>- Diminution de la concentration</li><li>- Diminution de la motivation</li><li>- Trouble du sommeil</li><li>- Anxiété</li><li>- Méfiance</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Comportement étrange</li><li>- Diminution de l'hygiène corporelle</li><li>- affects inappropriés</li><li>- Discours vague ou trop élaboré</li><li>- Discours circonstanciel</li><li>- Croyances bizarres ou pensées magiques</li><li>- Expériences perceptives inhabituelles</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Idées délirantes</li><li>- Hallucinations</li><li>- Pensée désorganisée</li><li>- Comportement moteur grossièrement désorganisé ou anormal</li><li>- Symptômes négatifs.</li></ul>



# LE PÔLE TOURQUENNOIS



## Nous solliciter ?

- 1er réflexe, le **DAC**, 9h-18h du lundi au vendredi (**Courrier svp !**) **03 20 68 37 80**
- L'IDG des UTP via le 03 62 59 00 00 si besoin
- 3114

## Les Urgences ?

- Intoxications
- Éléments somatiques
- Symptômes atypiques avec diagnostic différentiel somatique



# Les Certificats d'Hospitalisatio

Loi du 5 juillet 2011  
n

“  
Je soussigné ...  
Certifie avoir  
examiné...



# Différents modes pour différentes situations

## SDT

**art L3212-1-II-1**

Présence d'un tiers

- ✓ 1 demande de tiers
- ✓ 2 certificats
- ✓ Au moins 1 rédacteur n'appartenant pas à l'établissement d'accueil

## SDTU

**art L3212-3**

Présence de tiers

- ✓ 1 demande de tiers
- ✓ 1 certificat
- ✓ Rédacteur peut appartenir à l'établissement d'accueil
- ✓ Risque grave d'atteinte à l'intégrité + Urgence

## SPPI

**art L 3212-1-II-2**

Absence de tiers

- ✓ Pas de tiers, à motiver
- ✓ 1 seul certificat
- ✓ Le rédacteur n'appartient pas à l'établissement d'accueil
- ✓ Péril imminent
- ✓ Diligences relatives aux tiers



# Différents modes pour différentes situations

## SDRE

art L3213-1

Préfet / Maire

- ✓ 1 arrêté
- ✓ 1 certificat  
dactylographié
- ✓ Le rédacteur n'appartient  
pas à l'établissement  
d'accueil

# Les articles de

## Loi

« Art. L. 3212-1. - L. — Une personne atteinte de troubles mentaux ne peut faire l'objet de soins psychiatriques sur la décision du directeur d'un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 que lorsque les deux conditions suivantes sont réunies :

« 1° Ses troubles mentaux rendent **impossible son consentement** ;

« 2° Son état mental impose des **soins immédiats** assortis soit d'une **surveillance médicale constante** justifiant une hospitalisation complète, soit d'une surveillance médicale régulière justifiant une prise en charge sous la forme mentionnée au 2° de l'article L. 3211-2-1.



# Les articles de

## Loi

« Art. L. 3212-3. - En cas **d'urgence**, lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade, le directeur d'un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 peut, à titre exceptionnel, prononcer à la demande d'un tiers l'admission en soins psychiatriques d'une personne malade au vu d'**un seul certificat** médical émanant, le cas échéant, d'un médecin exerçant dans l'établissement. Dans ce cas, les certificats médicaux mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 3211-2-2 sont établis par deux psychiatres distincts.





# Les articles de

« Art. L. 3213-1.

## Loi

I.-Le représentant de l'Etat dans le département prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil, l'admission en soins psychiatriques des personnes dont **les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public**. Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'admission en soins nécessaire. Ils désignent l'établissement mentionné à [l'article L. 3222-1](#) qui assure la prise en charge de la personne malade.





# Recommandations



Mémo HAS mars 2018



- s'entretienne avec la personne ou au moins tente de le faire (en cas d'impossibilité, en exposer les raisons) ;
- examine et constate par lui-même les éventuels troubles mentaux ainsi que les éventuels troubles du comportement qui en résultent, le cas échéant, qu'il explicite les raisons pour lesquelles il n'a pas pu les constater lui-même (en cas d'impossibilité, en exposer les raisons et rédiger un avis médical) ;
- recherche le consentement de la personne ;
- recherche les éléments lui permettant de justifier la nécessité de dispenser des soins dans le cadre d'une mesure contrainte



# Recommandations

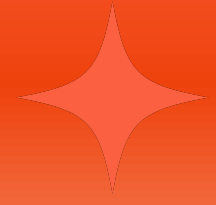


Mémo HAS mars 2018



- Dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement sur décision du représentant de l'État (SDRE), les certificats médicaux doivent être dactylographiés (art. R. 3213-3 du Code de la santé publique).
- Dans tous les autres cas, il est recommandé de dactylographier chaque certificat ou avis médical, quel que soit le cadre légal dans lequel il a été établi, afin de garantir une parfaite lisibilité.





# Modèles



<https://www.psychiaclic.fr/>



**Toujours disponible**



**Facilement accessible**



**Mis à jour**



## Admission en soins psychiatriques sans consentement d'une personne majeure

### Contenu des certificats

Les certificats doivent préciser clairement le cadre légal (le type de mesure) dans lequel ils ont été établis.

Si le certificat médical n'est pas suffisamment précis ou motivé, le Préfet ou le directeur d'établissement ne peut se prononcer, ni prendre la décision. Le cas échéant, la décision du Préfet ou du directeur d'établissement peut être annulée par la juridiction compétente.

### Sur la forme

Le certificat doit comporter l'identification du médecin c'est-à-dire son nom, son prénom, son numéro RPPS et sa structure de rattachement ou son adresse.

Le certificat doit être lisible ; il est rédigé en langue française.

Dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement sur décision du représentant de l'Etat (SDRE), les certificats médicaux doivent être dactylographiés. A défaut : préciser explicitement qu'ils n'ont pu être dactylographiés.

Chaque certificat doit permettre d'identifier clairement son auteur afin de pouvoir vérifier ses liens éventuels avec l'établissement d'accueil de la personne. La phrase suivante doit apparaître :

*(l'atteste que je ne suis ni parent ni allié au 4<sup>ème</sup> degré inclusivement ni avec le médecin auteur de l'autre certificat (pour les SDT), ni avec le directeur de l'établissement d'accueil, ni avec l'auteur de la demande d'admission (pour les SDTU), ni avec la personne hospitalisée*

Le certificat médical doit être **horodaté** et **signé**

### Sur le fond

Chaque certificat est unique et atteste de l'examen de la personne réalisé le jour de sa rédaction. A ce titre il doit être **explicite** c'est-à-dire **circonstancié, précis et motivé** selon chaque cas d'espèce, évitant ainsi les documents génériques. Le médecin ne peut certifier que ce qu'il a constaté lui-même, ce qui impose que la personne soit vue et examinée.

Compte tenu du droit au respect de la vie privée dont le droit au secret des informations relatives à l'état de santé fait partie, il n'y a **aucune obligation à mentionner le diagnostic**

Le médecin rédacteur doit procéder à une **description clinique symptomatologique** pouvant être illustrée par des faits comportementaux précis et/ou en citant des propos précis de la personne faisant apparaître que celle-ci pourrait se mettre en danger ou porter atteinte à autrui

--- FICHE MÉMO ---

#### Aide à la rédaction des certificats médicaux

La loi n°2011-803 du 05 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge (dont certaines dispositions ont été modifiées par la loi n°2013-869 du 27 septembre 2013) a réformé la loi n°90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.

### Justifier si le tableau clinique relève de soins psychiatriques

Il convient de définir et expliquer le lien entre la nature de la pathologie et son évolution probable ou prévisible ou possible et la nécessité d'une hospitalisation

Il est recommandé, pour apprécier la sévérité des troubles et la nécessité de soins immédiats de rechercher

- Un risque suicidaire
- Un risque d'atteinte potentielle à elle-même ou autrui
- Une prise d'alcool ou de toxiques associée
- Un délir ou des hallucinations
- Des troubles de l'humeur
- Le degré d'incurie en lien avec un trouble mental

### Décrire la capacité ou non de la personne à consentir les soins

En pratique il s'agit de justifier en quoi le discernement est ou n'est pas altéré ou aboli, justifier en quoi la personne est ou n'est pas en capacité à consentir

Préciser le cas échéant si la personne éprouve des difficultés à comprendre la langue française et si elle nécessite le recours à un interprète (dans cette hypothèse une mention devra apparaître sur le certificat médical avec l'identité du traducteur ou préciser que l'échange a pu avoir lieu de manière fluide dans la langue de la personne)

Justifier de la possibilité ou non de maintenir le consentement dans le temps et sa cohérence

### Conclure par le choix de la mesure

**SPI : en cas de danger ou péril imminent, le médecin doit en sus :**

- Expliciter en quoi l'état de santé de la personne représente un péril
- Justifier en quoi ce péril est imminent
- Justifier en quoi l'état de santé de la personne représente un danger pour elle-même
- Indiquer les diligences effectuées pour trouver un tiers demandeur et justifier de leur caractère infructueux

**SDTU : en cas de risque grave d'atteinte à l'intégrité de la personne, le médecin doit :**

- Expliciter le risque grave et les modalités d'atteinte à l'intégrité de la personne

**SDRE : le médecin doit :**

- Décrire les caractéristiques des troubles mentaux qui nécessitent des soins et qui permettront au Préfet de considérer qu'ils compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de façon grave, à l'ordre public ;
- Exposer les éléments de fait qui permettront au Préfet de considérer qu'il existe un trouble à l'ordre public

Ces informations peuvent être assorties d'éléments factuels constatés par le médecin permettant au magistrat d'appréhender les motifs de la mesure et d'en apprécier la proportionnalité eu égard à l'atteinte qu'elle suppose aux libertés fondamentales de la personne.

	SDT Classique L3212-1-II-1	SDTU en cas d'urgence L3212-3	SPI péril imminent L3212-1-II-2
Certificats médicaux	2 certificats médicaux dont l'un pouvant émaner d'un médecin de l'établissement d'accueil	1 certificat médical d'un médecin pouvant exercer ou non au sein de l'établissement d'accueil	1 certificat médical d'un médecin extérieur à l'établissement
Demande de tiers	Oui	Oui	Non mais motifs d'impossibilité de recours à un tiers
Mention particulière		Risque grave d'atteinte à l'intégrité + urgenc	Péril imminent Diligences relatives aux tiers





---

# Les antidépresseurs

---

---

○○○







**RAPPEL**

# La Dépression

## Clinique – Echelles



- Durée 15j, fixée
- Tristesse pathologique de l’humeur
- Ralentissement psychomoteur
- Perturbation triade instinctuelle
- Diminution marquée de l’intérêt, du plaisir
- Perte de confiance, culpabilité
- Trouble de concentration
- Idées suicidaires



criteria for depressive episodes

DSM-5	ICD-10
Depressed mood <sup>†</sup>	Depressed mood <sup>‡</sup>
Markedly diminished interest or pleasure <sup>†</sup>	Loss of interest and enjoyment <sup>‡</sup>
Significant weight loss or weight gain	Reduced energy and diminished activity <sup>‡</sup>
Insomnia or hypersomnia	Reduced concentration and attention
Psychomotor agitation or retardation	Reduced self-esteem and self-confidence
Fatigue or loss of energy	Ideas of guilt and unworthiness
Feelings of worthlessness or excessive or inappropriate guilt	Bleak and pessimistic views of the future
Diminished ability to think or concentrate, or indecisiveness	Ideas or acts of self-harm or suicide
Recurrent thoughts of death, recurrent suicidal ideation, or a suicide attempt	Disturbed sleep
	Diminished appetite

## l' échelle de Montgomery et Asberg MADRS

1. Tristesse apparente	6. Difficultés de concentration
2. Tristesse exprimée	7. Lassitude
3. Tristesse intérieure	8. Incapacité de ressentir
4. Réduction de sommeil	9. Pensées pessimistes
5. Réduction de l'appétit	10. Idées de suicide

### RAPPEL

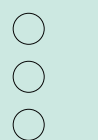
# La Dépression

## Echelles

### → MADRS

- 10 items (0-6)
- 0-6 RAS
- 7-19 EDM faible
- 20-34 EDM moyen
- 34-60 EDM sévère

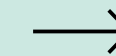
HDRS, ...





---

Choisir un traitement



EDM intensité légère

Ambulatoire

Psychothérapie

Surveillance



EDM intensité moyenne

Ambulatoire

Psychothérapie

Antidépresseur

Surveillance



EDM intensité forte

Ambulatoire / Hospitalisation

Antidépresseur

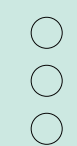


Mélancolie

Hospitalisation

Antidépresseur

Electroconvulsivothérapie





# Les classes d'antidépresseurs

Efficaces



Peu de différence



## ISRS

- CITALOPRAM
- ESCITALOPRAM
- PAROXETINE
- FLUOXETINE
- FLUVOXAMINE
- SERTRALINE

## IRS-NA

- DULOXETINE
- VENLAFAXINE
- MINALCIPRAN

## IMIPRAMINIQUES

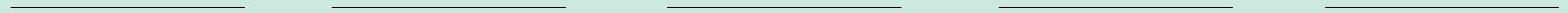
- CLOMIPRAMINE
- IMIPRAMINE
- ELAVIL
- LAROXYL
- LUDIOMIL
- QUITAXON
- SURMONTIL
- PROTHIADEN

## IMAO

- MARSILID
- MOCLAMINE

## AUTRES

- MIANSERINE
- MIRTAZAPINE
- TIANEPTINE
- AGOMELATINE
- VORTIOXETINE



---

# Sélection d'un antidépresseur



Today's Topics

Logigramme >

---

Particularités Cliniques >

---

Effets Secondaires >

---

Interactions >

---

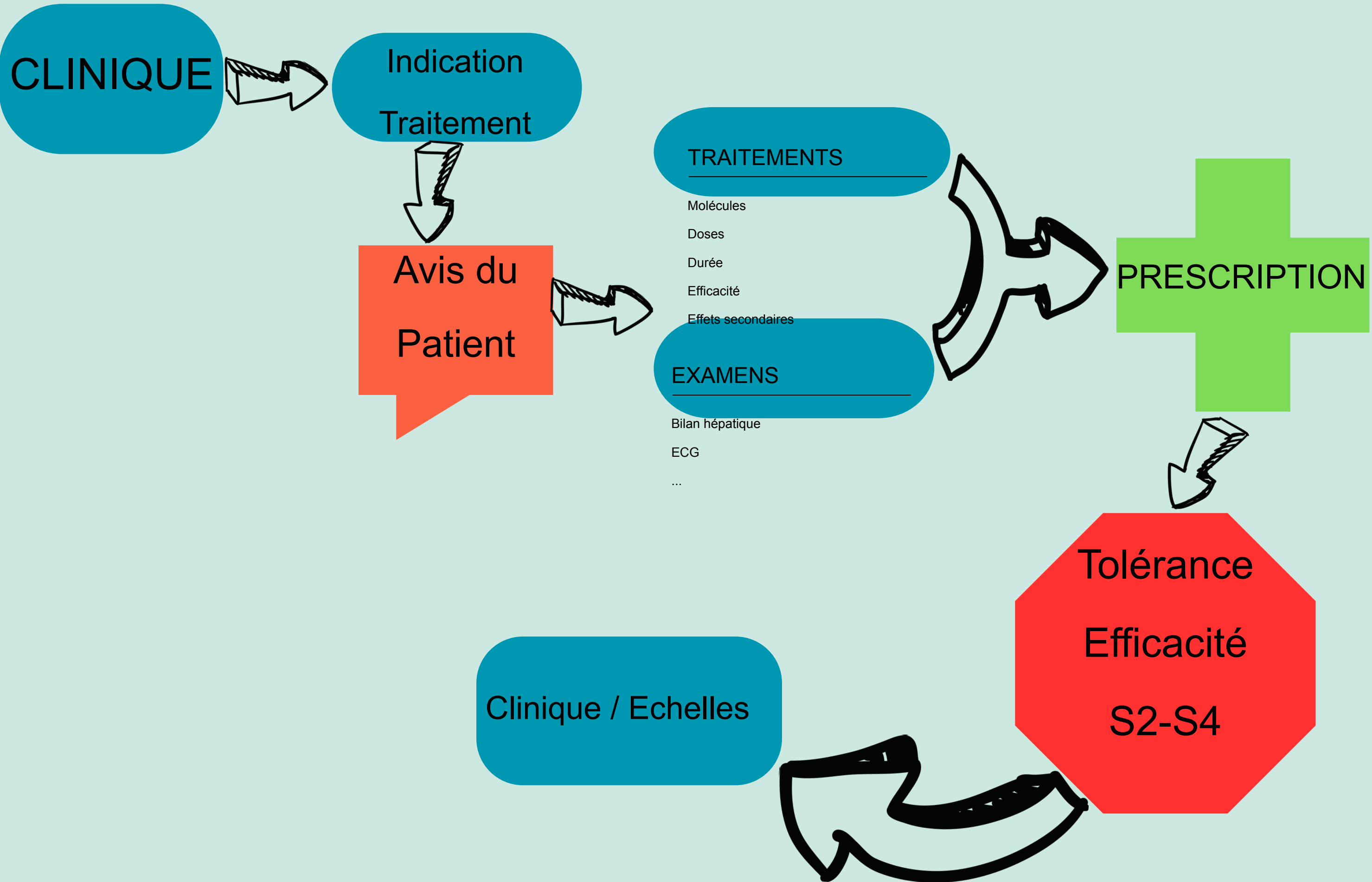
Délai de réponse >

---

Durée du traitement >

---







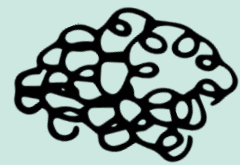
**Table 3.** Summary Recommendations for Antidepressants.

Antidepressant (Brand Name(s))	Mechanism	Dose Range
<b>First line (Level I Evidence)</b>		
Agomelatine <sup>a</sup> (Valdoxan)	MT <sub>1</sub> and MT <sub>2</sub> agonist; 5-HT <sub>2</sub> antagonist	25-50 mg
Bupropion (Wellbutrin) <sup>b</sup>	NDRI	150-300 mg
✓ Citalopram (Celexa, Cipramil)	SSRI	20-40 mg
Desvenlafaxine (Pristiq)	SNRI	50-100 mg
Duloxetine (Cymbalta)	SNRI	60 mg
✓ Escitalopram (Cipralext, Lexapro)	SSRI	10-20 mg
Fluoxetine (Prozac)	SSRI	20-60 mg
Fluvoxamine (Luvox)	SSRI	100-300 mg
Mianserin <sup>a</sup> (Tolvon)	α <sub>2</sub> -Adrenergic agonist; 5-HT <sub>2</sub> antagonist	60-120 mg
Milnacipran <sup>a</sup> (Ixel)	SNRI	100 mg
✓ Mirtazapine (Remeron) <sup>c</sup>	α <sub>2</sub> -Adrenergic agonist; 5-HT <sub>2</sub> antagonist	15-45 mg
Paroxetine (Paxil) <sup>d</sup>	SSRI	20-50 mg 25-62.5 mg for CR version
✓ Sertraline (Zoloft)	SSRI	50-200 mg
✓ Venlafaxine (Effexor) <sup>e</sup>	SNRI	75-225 mg
Vortioxetine (Brintellix, Trintellix) <sup>f</sup>	Serotonin reuptake inhibitor; 5-HT <sub>1A</sub> agonist; 5-HT <sub>1B</sub> partial agonist; 5-HT <sub>1D</sub> , 5-HT <sub>3A</sub> , and 5-HT <sub>7</sub> antagonist	10-20 mg
<b>Second line (Level I Evidence)</b>		
Amitriptyline, clomipramine, and others	TCA	Various
Levomilnacipran (Fetzima) <sup>f</sup>	SNRI	40-120 mg
Moclobemide (Manerix)	Reversible inhibitor of MAO-A	300-600 mg
Quetiapine (Seroquel) <sup>e</sup>	Atypical antipsychotic	150-300 mg
Selegiline transdermal <sup>a</sup> (Emsam)	Irreversible MAO-B inhibitor	6-12 mg daily transdermal
Trazodone (Desyrel)	Serotonin reuptake inhibitor; 5-HT <sub>2</sub> antagonist	150-300 mg
Vilazodone (Viibryd) <sup>f</sup>	Serotonin reuptake inhibitor; 5-HT <sub>1A</sub> partial agonist	20-40 mg (titrate from 10 mg)
<b>Third line (Level I Evidence)</b>		
Phenelzine (Nardil)	Irreversible MAO inhibitor	45-90 mg
Tranylcypromine (Parnate)		20-60 mg
Reboxetine <sup>a</sup> (Edronax)	Noradrenaline reuptake inhibitor	8-10 mg

---

# Particularités Cliniques

---



ANXIÉTÉ



TB COGNITIFS



TB SOMMEIL



TB SOMATIQUES

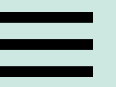


ELEMENTS  
PSYCHOTIQUES

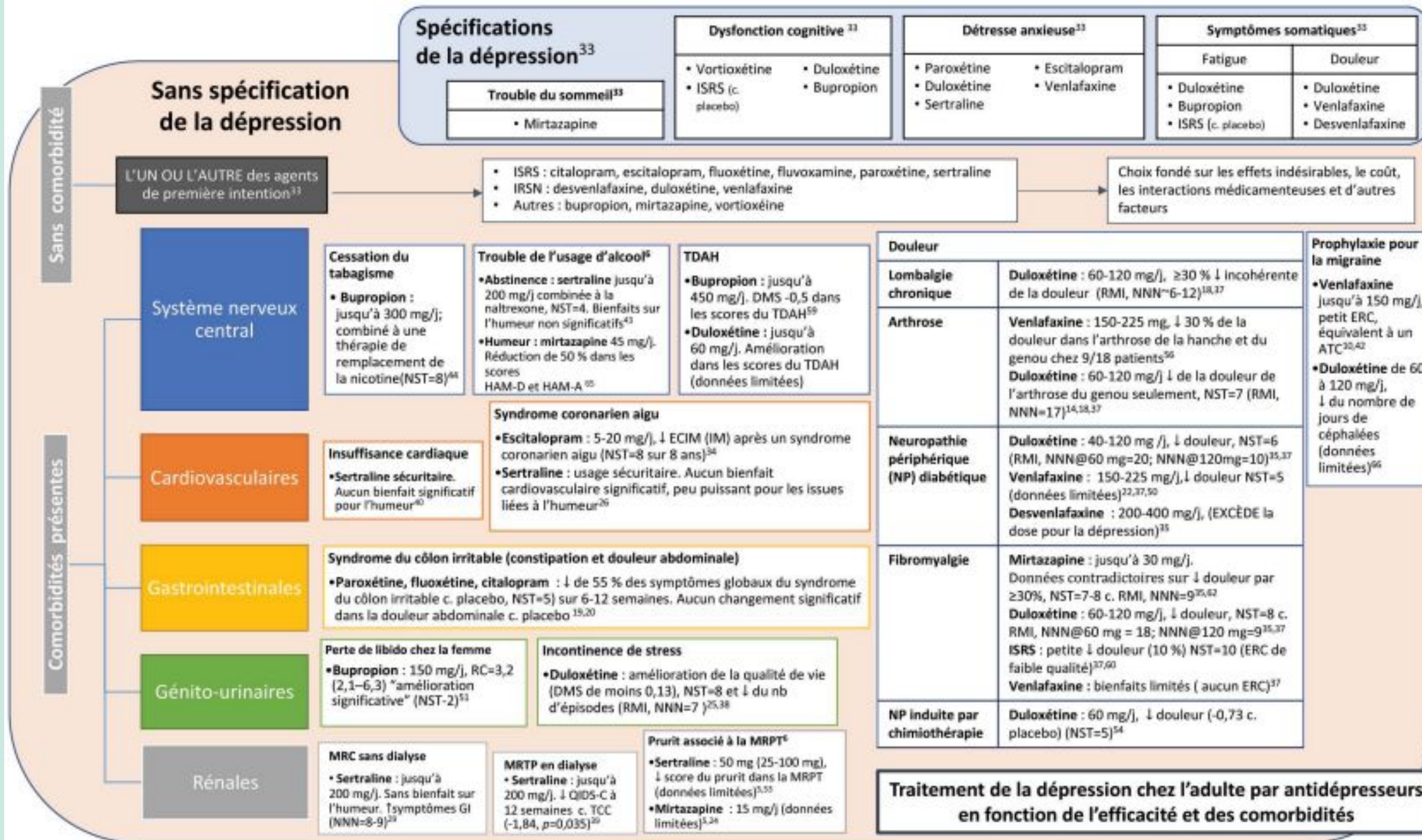


**Table 5.** Recommendations for Clinical Specifiers and Dimensions of Major Depressive Disorder.

Specifiers/ Dimensions	Recommendations (Level of Evidence)	Comments
With anxious distress <sup>a</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Use an antidepressant with efficacy in generalized anxiety disorder (Level 4)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No differences in efficacy between SSRIs, SNRIs, and bupropion (Level 2)</li> </ul>
With catatonic features <sup>a</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Benzodiazepines (Level 3)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No antidepressants have been studied</li> </ul>
With melancholic features <sup>a</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No specific antidepressants have demonstrated superiority (Level 2)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TCAs and SNRIs have been studied</li> </ul>
With atypical features <sup>a</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No specific antidepressants have demonstrated superiority (Level 2)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Older studies found MAO inhibitors superior to TCAs</li> </ul>
With psychotic features <sup>a</sup> ✓	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Use antipsychotic and antidepressant cotreatment (Level 1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Few studies involved atypical antipsychotics</li> </ul>
With mixed features <sup>a</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lurasidone<sup>b</sup> (Level 2)</li> <li>• Ziprasidone<sup>b</sup> (Level 3)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No comparative studies</li> </ul>
With seasonal pattern <sup>a</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No specific antidepressants have demonstrated superiority (Level 2 and 3)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SSRIs, agomelatine, bupropion, and moclobemide have been studied</li> </ul>
With cognitive dysfunction ✓	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vortioxetine (Level 1)</li> <li>• Bupropion (Level 2)</li> <li>• Duloxetine (Level 2)</li> <li>• SSRIs (Level 2)<sup>b</sup></li> <li>• Moclobemide (Level 3)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limited data available on cognitive effects of other antidepressants and on comparative differences in efficacy</li> </ul>
With sleep disturbances ✓	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agomelatine (Level 1)</li> <li>• Mirtazapine (Level 2)</li> <li>• Quetiapine (Level 2)</li> <li>• Trazodone (Level 2)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficial effects on sleep must be balanced against potential for side effects (e.g., daytime sedation)</li> </ul>
With somatic symptoms ✓	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Duloxetine (pain) (Level 1)</li> <li>• Other SNRIs (pain) (Level 2)</li> <li>• Bupropion (fatigue) (Level 1)</li> <li>• SSRIs<sup>b</sup> (fatigue) (Level 2)</li> <li>• Duloxetine<sup>b</sup> (energy) (Level 2)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Few antidepressants have been studied for somatic symptoms other than pain</li> <li>• Few comparative antidepressant studies for pain and other somatic symptoms</li> </ul>





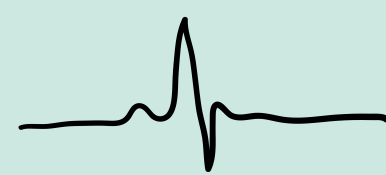


ATC—antidépresseur tricyclique, DMS—différence moyenne standardisée, ECIM—événement cardiovasculaire indésirable majeur, ERC—essai randomisé contrôlé, GI—gastro-intestinal, HAM-A—échelle d'anxiété de Hamilton, HAM-D—échelle de dépression de Hamilton, IM—infarctus du myocarde, IRSN—inhibiteur de la recapture de la sérotonine-norépinéphrine, ISRS—inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine, MRC—maladie rénale chronique, MRPT—maladie rénale en phase terminale, NNN—nombre nécessaire pour nuire, NP—neuropathie périphérique, NST—nombre de sujets à traiter, QIDS-C—Répertoire rapide de la symptomatologie dépressive - Cote du clinicien, RC—rapport de cotes, RMI—réaction médicamenteuse indésirable, TCC—thérapie cognitivo-comportementale, TDAH—trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité.

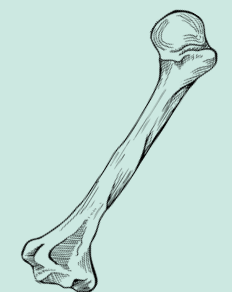
\*La liste complète des références pour les Figures 1a et 1b se trouve en anglais à l'Appendice 1 à <https://www.cfp.ca>. Allez au texte intégral de l'article en ligne et cliquez sur l'onglet CFPlus.

Traitement antidépresseur personnalisé pour les patients souffrant d'un trouble dépressif caractérisé

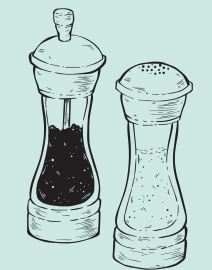
# Effets Secondaires



QTC ET TDP



CHUTES

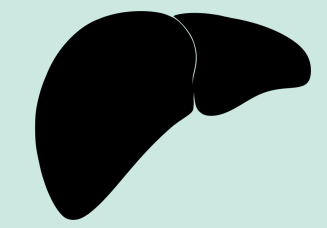


HYPONATRÉMIE



SAIGNEMENTS

ISRS



HÉPATIQUE

6 premières semaines

Asso AINS

Escitalopram

Citalopram

Quetiapine

ISRS et Sujet Agé

Agomélatine



# Interactions

Potential for Drug-Drug Interaction	Antidepressants	Atypical Antipsychotics
Minimal or low potential	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Citalopram</li> <li>• Desvenlafaxine</li> <li>• Escitalopram</li> <li>• Mirtazapine</li> <li>• Venlafaxine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paliperidone</li> </ul>
Moderate potential	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ • Agomelatine (1A2 substrate<sup>a</sup>)</li> <li>➔ • Bupropion (2D6 inhibitor)</li> <li>➔ • Duloxetine (2D6 inhibitor; 1A2 substrate<sup>a</sup>)</li> <li>• Levomilnacipran (3A4 substrate)</li> <li>• Sertraline (2D6 inhibitor)</li> <li>• Vilazodone (3A4 substrate)</li> <li>• Vortioxetine (2D6 substrate)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ • Aripiprazole (2D6, 3A4 substrate)</li> <li>➔ • Olanzapine (1A2 substrate<sup>b</sup>)</li> <li>• Risperidone (2D6, 3A4 substrate)</li> </ul>
Higher potential	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ • Fluoxetine (2D6, 2C19 inhibitor)</li> <li>➔ • Fluvoxamine (1A2, 2C19, 3A4 inhibitor)</li> <li>➔ • Moclobemide (MAO inhibitor precautions<sup>c</sup>)</li> <li>➔ • Paroxetine (2D6 inhibitor)</li> <li>➔ • Selegiline (MAO inhibitor precautions<sup>c</sup>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ • Clozapine (3A4, 1A2 substrate)</li> <li>• Lurasidone (3A4 substrate)</li> <li>• Quetiapine (3A4 substrate)</li> </ul>



Moderate and higher potential interactions are noted in parentheses. MAO, monoamine oxidase.

➔<sup>a</sup>Coadministration with CYP1A2 inhibitors (e.g., cimetidine, ciprofloxacin and other fluoroquinolone antimicrobials, ticlopidine) should be avoided because serum antidepressant levels will be higher, leading to increased potential for side effects.

➔<sup>b</sup>Also metabolized through the uridine diphosphate glucuronosyltransferase (UGT) pathway.

➔<sup>c</sup>Precautions similar to those of older MAO inhibitors. Avoid coadministration of other antidepressants, serotonergic drugs (e.g., meperidine), and sympathomimetic drugs (e.g., pseudoephedrine, stimulants). **Effet fromage ==> Tyramine**



DELAI DE REPONSE →



- Rien avant S2
- Effet S2-S4 prédictif de la réponse
- Switch S6-S12



DUREE DE TRAITEMENT →

RAS : 6–9 mois

Facteurs de risque : 2 ans

**Table 10.** Risk Factors to Consider Longer Term (2 Years or Longer) Maintenance Treatment with Antidepressants (Level 3 and 4 Evidence).

- Frequent, recurrent episodes
- Severe episodes (psychosis, severe impairment, suicidality)
- Chronic episodes
- Presence of comorbid psychiatric or other medical conditions
- Presence of residual symptoms
- Difficult-to-treat episodes



Syndrome de Discontinuation 

