



Psychotropes : Quelles recommandations en médecine générale ?

Docteur Valérie Melchior, Psychiatre

Médecins généralistes

- Abondamment sollicités par leur patientèle pour des problèmes de santé mentale
- En première ligne pour le dépistage des problèmes de santé mentale et la mise en place d'un traitement psychotrope



Difficultés rencontrées sur le terrain

- Dépression : diagnostic différentiel
- Prescriptions d'antidépresseurs : Lequel choisir ? Quand ? A quelle dose ?
Association ou pas ? Quelle place pour les neuroleptiques ?
- Prescriptions de benzodiazépines : risque de dépendance. Quelles alternatives ?
- ...

Plan de l'exposé

- Le patient déprimé
- Les antidépresseurs
- Le syndrome de discontinuation
- Le patient anxieux
- Les benzodiazépines
- Les stratégies alternatives



Le patient déprimé

Épisode dépressif caractérisé

_Au moins 1 des 2 symptômes cardinaux : l'**humeur dépressive** (vécu de tristesse) et l'**anhédonie** (manque de plaisir)

_Critères diagnostiques du DSM 5

_Deux patients déprimés peuvent être **très différents** l'un de l'autre : un ralenti, manquant d'énergie, mangeant plus que d'habitude et hypersomniaque et l'autre agité, perdant du poids et insomniaque

_Intensité de la dépression : **Légère** / **Moyenne à sévère** : implication quant au choix du traitement



DSM 5

- _ **A. Au moins cinq symptômes présents**, pendant une durée d'au moins 2 semaines parmi les suivants :
 - _ humeur dépressive quasiment toute la journée, presque tous les jours ;
 - _ anhédonie, diminution marquée de l'intérêt ou de plaisir pour quasi toutes les activités, presque tous les jours ;
 - _ perte ou gain de poids ou augmentation ou diminution de l'appétit presque tous les jours ;
 - _ insomnie ou hypersomnie ;
 - _ agitation ou ralentissement psychomoteur ;
 - _ fatigue ou perte d'énergie ;
 - _ sentiment de dévalorisation ou culpabilité excessive ;
 - _ diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision ;
 - _ pensées de morts récurrentes.

- _ **B. Altération du fonctionnement social ou professionnel**

- _ **C. Le tableau n'est pas imputable à une substance ou autre affection médicale** (comme l'hypothyroïdie) ou psychiatrique (comme la schizophrénie ou le trouble schizo-affectif)

Diagnostic différentiel

Exclure : au niveau médical

- Hypothyroïdie
 - Anémie
 - Maladies systémiques, cancers
 - ! Toxiques : alcool, cannabis, sevrage aux amphétamines...
 - Médicaments : bêta-bloquants, corticoïdes, méfloquine (Lariam®)
 - Tableaux neurologiques : début de maladie de Parkinson ou entrée en démence (surtout si aucun antécédent)
- > intérêt d'un bilan biologique systématique**

Diagnostic différentiel

Exclure : au niveau psychiatrique

_ Un **trouble de l'adaptation** avec une humeur dépressive : symptômes émotionnels et comportementaux en réponse à un ou plusieurs facteurs de stress -> psychothérapie + traitement symptomatique (insomnie, anxiété)

_ Un trouble dépressif dans le cadre d'une **schizophrénie**

_ Contexte de **dépression saisonnière** (hyperphagie, hypersomnie) -> luminothérapie

_ Maladie **bipolaire** (hyperphagie, ralentissement psychomoteur, début précoce de la première dépression, épisodes multiples, histoire familiale, instabilité de l'humeur, résistance au traitement, virage(hypo)maniaque sous anti-dépresseur, antécédent de dépression du post-partum)

_ **Burn-out** : Arrêt de travail + psychothérapie + traitement troubles du sommeil et de l'anxiété.
ATD si évolution vers une dépression

Plan de traitement

Dépression légère

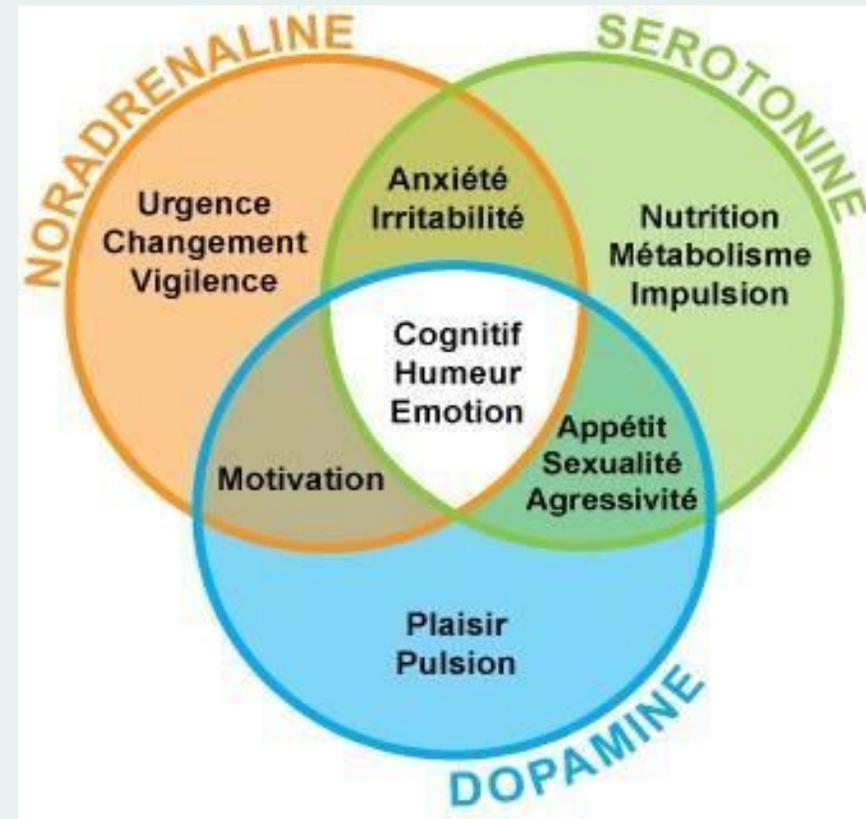
-Psychothérapie aussi efficace que la médication AD

Dépression modérée à sévère

-AD + psychothérapie : toujours + efficace que soit l'AD, soit la psychothérapie

Neurotransmetteurs

- Sérotonine : Humeur, appétit, anxiété, sommeil, régulation de la température / ES : nausées, fonction sexuelle
- Noradrénaline : attention, anxiété, humeur, éveil, énergie
- Dopamine : motivation, plaisir, récompense, fonctionnement moteur



SSRI

- _ Escitalopram et Citalopram : peu d'interactions, !! Prolongation espace QT
- _ Fluoxétine : longue demi-vie (peu de syndrome de discontinuation), beaucoup d'interactions médicamenteuses, le plus activateur des SSRI, TCA (boulimie)
- _ Sertraline : peu sédatif, peu d'effets indésirables cardiaques ! Estomac rempli
- _ Paroxétine : beaucoup d'effets secondaires (anticholinergique), beaucoup d'interactions, demi-vie courte, anxiolytique et sédatif
- _ Vortioxétine (Brintellix®) : récent -> peu de recul clinique. Mode d'action multimodal, peu de prise de poids, peu de troubles de la libido, peu d'impact sur le sommeil, moins d'émoussement affectif, pro-cognitif ?
nausées
- _ **Ralentissement** : Fluoxétine ou Sertraline / **Anxiété ou agitation** : Paroxétine ou Citalopram / Escitalopram : neutre

SSRI

Molécule	T1/2	Sédation	Poids	Libido	Risque	Intérêt
Fluoxétine	+++	+	+	+	Levée d'inhibition, interactions médicamenteuses	Stimulant, pro-cognitif, TCA (Boulimie)
Sertraline	++	+	++	+	Levée d'inhibition	Bon ratio bénéfice/risque
Paroxétine	+	++++	+++	++++	S. de discontinuation, Interactions médicamenteuses	Anxiolytique et sédatif
Citalopram	++	+++	+++	++	QTc	Anxiolytique et sédatif
Escitalopram	++	+	++	+++	QTc	IRS pur
Vortioxétine	++	+	+	+	Nausées	Peu de prise de poids, peu d'impact sur la libido, Pro-cognitif?

SNRI

- Venlafaxine : Sérotoninergique. Cible la noradrénaline à partir de 150mg et la dopamine à partir de 225 ou 300mg. Augmentation par paliers. Dose maximale : 375 mg. ! PA à partir de 225mg ou chez personnes âgées
- Duloxétine : augmentation par paliers. Dose maximale 120mg. Intérêt dans les douleurs neuropathiques. ! PA

Autres

— Mirtazapine : noradrénergique mais sédatif. Plus sédatif à 15 mg (effet antihistaminique). Favorise la prise de poids.

California Rocket Fuel : combinaison Venlafaxine à forte dose + Mirtazapine

— Trazodone : effet sédatif et anxiolytique. Intérêt dans l'insomnie. ! Priapisme, hypotension.

— Bupropion (Wellbutrin®) : dopaminergique et noradrénergique. Psychostimulant et pro-motivationnel, peu prise de poids. Peu d'effets sexuels. Association avec SSRI si trouble de la libido. ! Contre-indiqué si risque épileptique (épilepsie connue, tumeur du SNC, sevrage alcool ou benzodiazépines), si TCA ou si insuffisance hépatique. !! Anxiété, agitation à forte dose.

Avant de changer de molécule...

- _ Délai d'action du traitement AD : possible efficacité sur l'anxiété et le sommeil après 2 semaines, **4 à 6 semaines** pour une action sur la tristesse, l'anhédonie et la cognition.
- _ Si réponse au traitement légère : augmenter la dose
- _ S'assurer de la bonne observance thérapeutique
- _ Dosage éventuel

Si inefficacité ou réponse minimale

- _ Augmenter la dose
- _ Switch vers un autre AD : intraclasse (SSRI -> SSRI) ou interclasse (SSRI -> SNRI)
- _ Polythérapie :
 - SSRI + Bupropion si persistance anhédonie
 - Venlafaxine + Mirtazapine
 - AD + antipsychotique atypique à faible dose : Quétiapine XR 100 à 300mg, Risperidone 1 à 2mg, Olanzapine 2,5 à 5mg, Aripiprazole 2,5 à 5mg/j
 - (Psychiatre : régulateurs de l'humeur, Eskétamine...)
- _ Réévaluer diagnostic ? Trouble de personnalité associé ? Consommation de substances ?
- _ NE PAS OUBLIER LA PSYCHOTHERAPIE

Durée du traitement

- _ Premier épisode dépressif : au moins 6 mois après rémission
- _ Deuxième épisode : environ 2 ans de traitement
- _ + : encore plus long

Syndrome de discontinuation

- _ Lors de l'arrêt brutal d'un AD
- _ Surtout si demi-vie courte : Paroxétine, Venlafaxine
- _ Symptômes psychiques (dysphorie, irritabilité, insomnie, troubles cognitifs, fatigue...) et physiques (vertiges, sensations de chocs électriques, nausées, sueurs, frisson
- _ -> diminution très progressive

Le patient anxieux

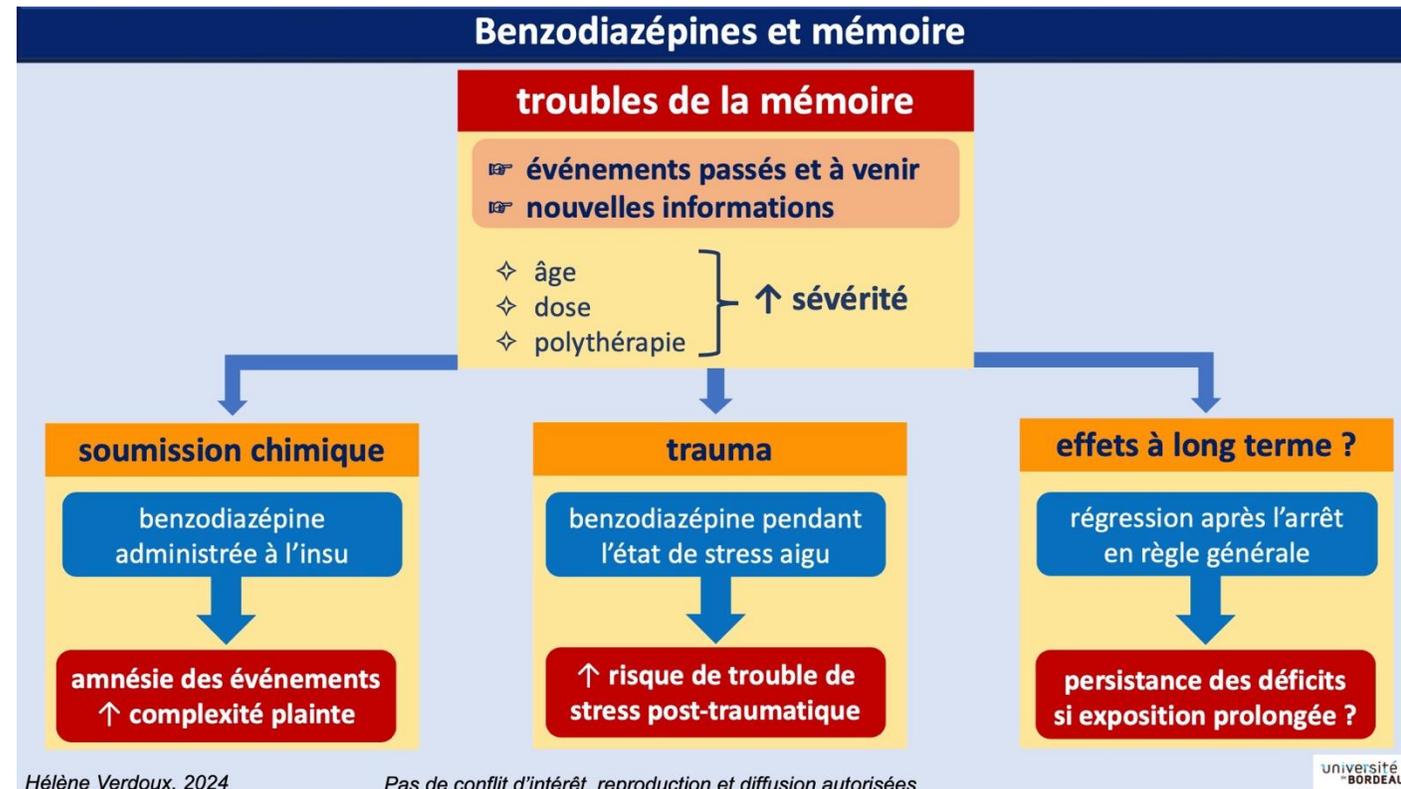
Nombreux troubles anxieux différents

- ! Diagnostic différentiel
- Intérêt ++ de la psychothérapie
- Traitement médicamenteux de fond = AD (SSRI, Mirtazapine, Venlafaxine...)
- BZD : il ne s'agit jamais d'un traitement au long court. Si prescription : schéma dégressif d'emblée. Durée la plus courte possible (maximum 1 à 3 mois).
Information au patient indispensable



Benzodiazépines

- Fréquemment prescrites pour leurs effets anxiolytiques et hypnotiques
- Risque de dépendance +++
- Sédation, altération de la vigilance, troubles cognitifs, confusion, risque de chute -> ! Chez la personne âgée
- Effet amnésiant -> vivement déconseillé après exposition à 1 évènement traumatique-> !!!
Augmentation du risque de PTSD
- ! Prescription si consommation alcool



Alternatives aux BZD

- _ Neuroleptiques à petite dose (Quétiapine 25-50mg, Amisulpride 2x 50mg...) pour une durée limitée
- _ Amisulpiride, Sulpiride : ! hyperprolactinémie
- _ Si tension interne, agitation, risque suicidaire, impulsivité : Olanzapine (! Effets métaboliques et prise de poids au long cours)
- _ Patient impulsif : Dipipéron 40mg (Ex : 2x ½ + ½ SN, à majorer en fonction de la réponse)
- _ Troubles du sommeil
 - Hygiène du sommeil, relaxation
 - Trazodone 100mg, Mirtazapine 15mg, Quétiapine 25 à 50mg, Atarax (! QT long)
 - Mélatonine

Sevrage BZD

- _ ! Au risque d'épilepsie
- _ Sevrage progressif, surtout si prise de longue date
- _ Collaboration avec la pharmacie si usage chronique

Et si vous réduisiez le dosage ?

Avoir un sommeil de meilleure qualité, se réveiller frais et dispos... Qui n'en a pas rêvé ? Une meilleure hygiène du sommeil et l'arrêt progressif des somnifères peuvent vous aider à y parvenir !



Votre médecin et votre pharmacien peuvent vous aider

Depuis le 1^{er} février 2023, votre médecin et votre pharmacien peuvent vous proposer un **sevrage progressif des somnifères à l'aide de préparations magistrales** que votre pharmacien réalisera spécialement pour vous. Grâce à leurs conseils et aux préparations de votre pharmacien, vous mettez toutes les chances de réussite de votre côté ! Et si vous hésitez encore, sachez que les préparations et l'accompagnement sont **intégralement remboursés** par votre mutuelle.



**Intéressé(e) par un arrêt progressif des somnifères ?
Bravo ! Vous faites le bon choix !**

Voici comment bénéficier de ce nouveau service en pharmacie

Qui peut en bénéficier ?

Toute personne adulte vivant à domicile et prenant de manière chronique (c'est-à-dire depuis au moins 3 mois) un somnifère (une seule benzodiazépine ou un médicament apparenté appelé « Z-drug »).



Quand pouvez-vous commencer ?

Ce service de sevrage peut être proposé en pharmacie depuis le 1^{er} février 2023, uniquement **sur prescription médicale**. Après vous avoir donné les informations nécessaires, votre médecin vous fournit une ordonnance ainsi qu'un formulaire qu'il remplit et signe avec vous. Vous présentez ensuite ce document à votre pharmacien, qui le signera à son tour.



Ne pas oublier les choses simples...

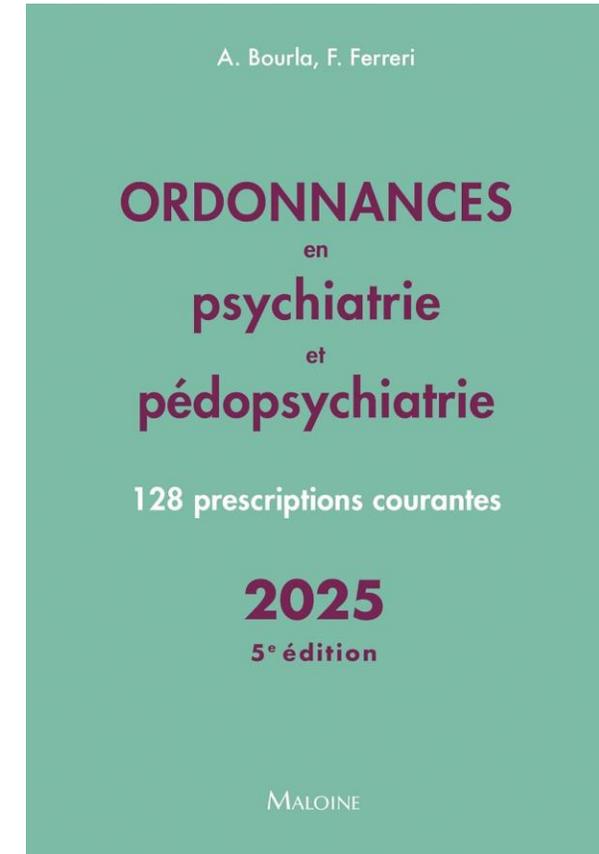


- _ Hygiène de vie
- _ Hygiène alimentaire : fruits et légumes, poissons gras, oléagineux, glucides complexes...
- _ Activité physique
- _ Prescription de nature
- _ Compléments alimentaires (Lavande, Safran, Oméga 3...)



Bibliographie

- Constant, E. (2019). Stratégie du médecin généraliste face au patient déprimé. *Louvain Medical Juillet*.
- Bourla, A., & Ferreri, F. (2024). *Ordonnances en psychiatrie et pédopsychiatrie: 128 prescriptions courantes-2025*. Maloine.
- Guelfi, J. D., & Crocq, M. A. *Mini Dsm-5-Tr-Critères Diagnostiques*. Elsevier Health Sciences.
- Hélène Verdoux, Professeure de Psychiatrie à l'Université de Bordeaux (fiches disponibles sur LinkedIn)
- <https://www.cbip.be/fr/programme-de-sevrage-aux-benzodiazepines-un-bilan-positif/>, consult le 10/11/24





Citadelle Hopital

Merci pour votre attention !



HÔPITAL DE LA CITADELLE

Journée Médicale

SAMEDI 23.11.24



MediC+mpta

Bureau Comptable spécialisé
en professions (para)médicales

