

QUESTIONS ET RÉPONSES :

TROUBLE DÉPRESSIF MAJEUR



Comité scientifique



Dr Nader Habib, MD, médecin de famille au GMF Samson à Laval et administrateur associé, président du comité scientifique



Dre Sophie Mazur, MD, médecin de famille, Priveo Santé à Laval



Dr Fiore Lalla, MD, psychiatre, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal



Madame Annie-Claude Auger, IPSSM, Clinique Guimond-Auger Soins en Santé Mentale



Dr Serge Lessard, MD, psychiatre et directeur médical de la Clinique Introspect



Mme Nicole Parent, Ph. D., directrice générale, Médecins francophones du Canada



2

Divulgence des biais et conflits d'intérêts (comité scientifique)

Dr Nader Habib, MD

- Conférencier, modérateur, membre de comités consultatifs et comités scientifiques : Covis, Bausch Health, Otsuka, Pfizer, Astellas, GlaxoSKB, Novo Nordisk, Amgen, Eli Lilly, Bayer, AstraZeneca

Dr Fiore Lalla,

- Conférencier : Otsuka, Lundbeck, Eisai et Pfizer

Dr Serge Lessard, MD

- Travailleur autonome pour OHIP, conférencier/aviséur : Abbvie, Biron, Eisai, Elvium, Idorsia, Lundbeck, Otsuka, Takeda, Vectura Fertin

Dre Sophie Mazur, MD

- Conférencière : Takeda, Elvium, Novo Nordisk, Otsuka, Eisai, Idorsia

Madame Annie-Claude Auger, IPSSM

- Propriétaire de la Clinique Guimond-Auger, conférencière/modératrice : Otsuka

Mme Nicole Parent, Ph. D.

- Salariée: Directrice générale, Médecins francophones du Canada

Ce programme de formation a reçu un soutien financier d'Otsuka Canada Pharmaceutique, sous la forme d'une subvention à visée éducative sans restriction.

3

Présentation du conférencier



Dr Serge Lessard,
Psychiatre
Directeur médical de la Clinique Introspect



Professeur adjoint
Université d'Ottawa



Chargé de cours
Université de Copenhague



Commission de révision
Ontario

4

Objectifs d'apprentissage

- › Identifier les causes de la non-réponse au traitement initial du TDM;
- › Appliquer les dernières recommandations du CANMAT 2023;
- › Différencier les manifestations cliniques de la dépression chez les hommes et les femmes;
- › Préciser les interventions nécessaires afin de prévenir le suicide;
- › Reconnaître l'impact d'un arrêt de travail prolongé et les stratégies pour un retour progressif et durable.

TDM : trouble dépressif majeur
CANMAT : Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments

5



Section 1. Les causes de la non-réponse au traitement initial



6

VRAI OU FAUX

VRAI OU FAUX

La réponse au traitement signifie la réduction de l'intensité des symptômes de plus de 50 % tandis que la rémission signifie la disparition des symptômes.

VRAI

Les preuves de l'efficacité de l'exercice physique sont équivalentes à celles de l'efficacité de la psychothérapie.

FAUX

Il existe 3 stades de gravité au TDM : léger, modéré et grave.

VRAI

Patten, *et al.* Journal of Affective Disorders 2009;117:S5-S14.
McIntyre & O'Donovan. *Can. J. Psychiatry* 2004;49(3 Suppl 1):10S-16S.
Lam *et al.* *Can J Psychiatry*. 2024;Sous presse (DOI 10.1177/07067437241245384)

7

Comment choisir le traitement initial

Éléments à prendre en compte pour sélectionner le(s) traitement(s) :

- › Prise de décision en collaboration
- › Attitudes et préférences des patients
- › Connaissance éclairée des traitements
- › Qualité des preuves
- › Disponibilité des traitements
- › Risque de retard dans l'initiation du traitement
- › Sévérité de la dépression

Gravité de la dépression	Recommandations pour le traitement initial ¹
Légère , avec un risque faible	<ul style="list-style-type: none">› Psychothérapie (de préférence) ou pharmacothérapie (niveau 1)› Exercice, certains traitements MCA, les INS guidés peuvent être considérés comme des monothérapies* (niveau 4).
Modérée à sévère , avec un risque faible à modéré	<ul style="list-style-type: none">› Pharmacothérapie ou psychothérapie (niveau 1) (envisager une combinaison ; niveau 1)› Traitement d'appoint avec l'exercice physique, certains traitements de médecine douce, INS* (niveau 4)
Risque grave ou élevé	<ul style="list-style-type: none">› Sans symptômes psychotiques : utiliser une pharmacothérapie-psychothérapie séquentielle (niveau 2)› En cas de symptômes psychotiques : utiliser une combinaison d'antidépresseurs et d'antipsychotiques (niveau 1).› Pour les situations très graves ou mettant en jeu le pronostic vital, envisager l'ITEC (niveau 3).

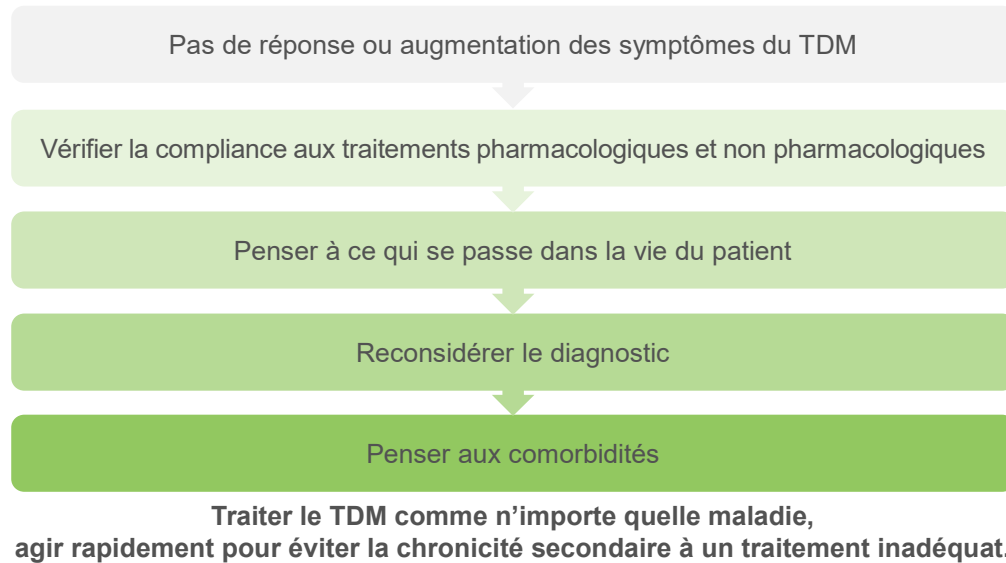
¹Les preuves de l'efficacité et de la sécurité de la pharmacothérapie et de la psychothérapie sont plus solides que celles de l'exercice physique, des traitements de médecine complémentaire et alternative et des interventions de santé numérique.
Le niveau de preuve se réfère au choix du traitement, et non aux traitements eux-mêmes.

*Surtout si les patients le préfèrent ; MCA, médecine complémentaire et alternative ; INS, interventions numériques en matière de santé ; TEC, thérapie électroconvulsive.

Lam *et al.* *Can J Psychiatry*. 2024;Sous presse (DOI 10.1177/07067437241245384)

8

Obstacles rencontrés tout au long du parcours



9

Diagnostic différentiel du TDM

- ✓ Symptômes d'allure dépressive secondaire à une substance ou un médicament
- ✓ Trouble de déficit de l'attention avec/sans hyperactivité (TDAH)
- ✓ Trouble obsessionnel-compulsif (TOC)
- ✓ Trouble d'anxiété généralisée (TAG)
- ✓ Autre trouble de l'humeur
- ✓ Hypothyroïdie
- ✓ Sclérose en plaques
- ✓ Trouble de l'adaptation
- ✓ Apnée du sommeil

Malhi, et al. *Lancet* 2018;24(392):2299-312.
American Psychiatric Association, 2021.

10

Facteurs qui contribuent à la non-réponse au traitement

Facteurs liés au patient	Facteurs liés aux médicaments
<ul style="list-style-type: none">› Diagnostic erroné› Caractéristiques de la maladie› Comorbidités<ul style="list-style-type: none">• Psychiatriques• Non psychiatriques› Consommation de substances psychoactives› Facteurs de stress aigus ou chroniques	<ul style="list-style-type: none">› Dose inadéquate› Durée insuffisante› Mauvaise adhésion› Effets secondaires se transformant en symptômes› Variabilité pharmacogénétique

Lam et al. Can J Psychiatry. 2024;Sous presse (DOI 10.1177/07067437241245384)

11



Section 2. Les facteurs qui peuvent nuire ou influencer la rémission



12

VRAI OU FAUX

VRAI OU FAUX

Les 3 plus importants facteurs de risque de la non-réponse au traitement de la dépression sont le sexe masculin, la consommation de drogues et la bipolarité.

FAUX
sévérité, durée et l'idéation suicidaire

La durée d'une dépression avant le traitement est le prédicteur le plus significatif du pourcentage d'amélioration à 2 ans.

VRAI
Et la sévérité

Les hommes sont plus à risque de résistance au traitement dans le TDM.

FAUX

Shane J. O'Connor, MSc ; Nilay Hewitt, PhD ; Joanna Kuc, MSc ; et Lucinda S. Orsini, DPM, MPH
Hung C-I et al. PLoS One 2017; 12(9): e0185119.

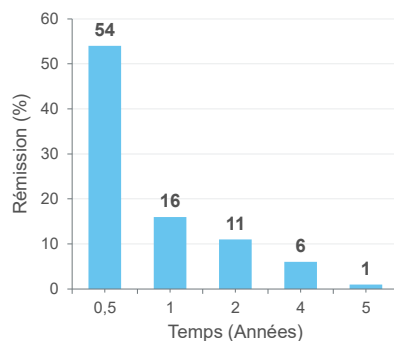
13

Un besoin d'agir rapidement : Les taux de rémission diminuent avec le temps pendant le TDM

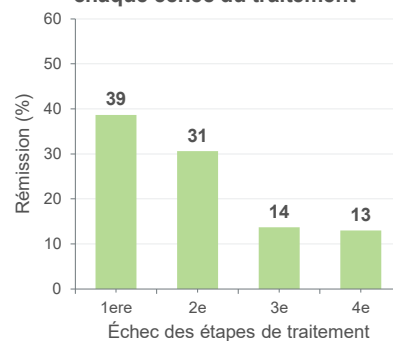
"Lorsque la dépression n'est pas traitée de toute urgence, la souffrance du patient est prolongée"¹



Diminution des taux de rémission avec le temps²



Atteindre la rémission est plus difficile à chaque échec du traitement^{3,4}



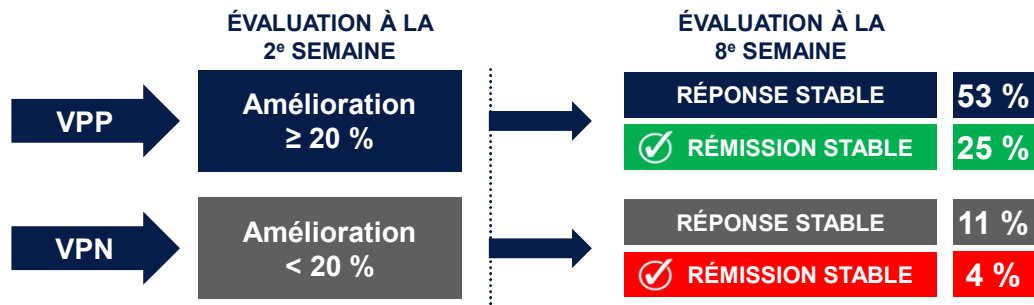
1. Oluboka OJ, et al. Int J Neuropsychopharmacol. 2018;21:128-144; 2. Keller et al. Arch Gen Psychiatry 1992;49(10):809-816; 3. Greden. Am J Psychiatry. 2013;170:578-581; 4. Greden et al. Treatment resistant depression: overview of the University of Michigan Depression Center Roadmap, in Treatment Resistant Depression: A Roadmap for Effective Care. Edited by Greden et al. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2011.

14

L'atténuation des symptômes à la 2^e semaine est un facteur prédictif important d'une issue favorable

L'atténuation des symptômes de dépression en 2 semaines est un facteur prédictif d'une atténuation ultérieure de ceux-ci (de la 4^e à la 52^e semaine)

C'est la VPN qui est la plus fiable : en l'absence d'une diminution de 20 % de l'intensité des symptômes, il est peu probable que le patient entre en rémission



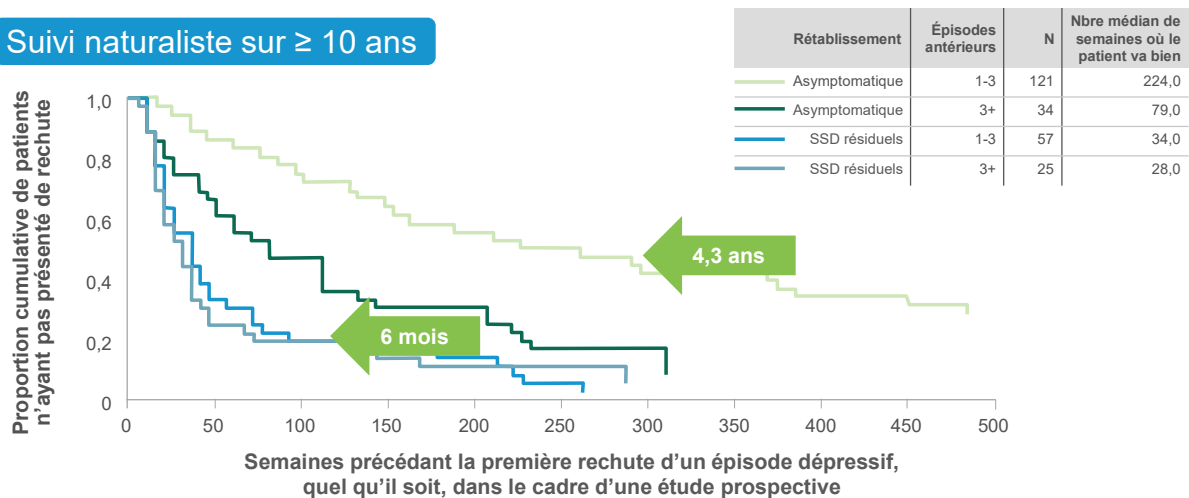
VPN : valeur prédictive négative; VPP : valeur prédictive positive.

Henkel, et al. *J Affect Disord.* 2009;115:439-49. Szegedi, et al. *J Clin Psychiatry.* 2003;64:413-20. Szegedi, et al. *J Clin Psychiatry.* 2009;70:344-53.

15 15

Les symptômes résiduels et le nombre d'épisodes de TDM peuvent influencer sur l'évolution de la maladie

Suivi naturaliste sur ≥ 10 ans



SSD : symptômes subsyndromiques de dépression

Judd LL, et al. *J Affect Disord.* 1998;50(2-3):97-108. © Elsevier (1998).

16

La durée de la thérapie pour la dépression dépend de l'historique individuel et de la réponse au traitement

1^{er} épisode

Le traitement doit se poursuivre pendant 6 à 12 mois à partir du moment de la rémission pour prévenir une rechute.

2^e épisode

Un minimum de 2 ans de traitement à partir du moment de la rémission est recommandé.

3^e épisode ou plus et tout épisode après 50 ans

Un traitement à vie est conseillé pour gérer les symptômes et prévenir de futurs épisodes.



Preventing recurrent depression: long-term treatment for major depressive disorder, Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2007;9(3):214-23.

17



Section 3. La non-réponse au traitement : options et stratégies



18

VRAI OU FAUX

VRAI OU FAUX

En l'absence d'une réponse rapide aux anti-dépresseurs (8 semaines), 50 % des patients obtiendront une rémission.

**FAUX
(20%)**

Le cannabis n'est pas recommandé en traitement de la dépression.

VRAI

Parmi les facteurs de risque modifiables de risque suicidaire dans le TDM, on compte l'anxiété et les troubles du sommeil.

VRAI

Parmi les signaux d'alarme de risque suicidaire, il y a le sentiment de rage, la culpabilité, la honte, la douleur physique ou psychologique et le sentiment d'être un fardeau pour les autres.

VRAI

Rush, 2020. What to expect when switch to a second antidepressant medication following an ineffective Initial SSRI : A Report From the Randomized Clinical STAR*D Study. J Clin Psychiatry, ;81(5)
D'après Lam, R. W., Kennedy, S. H., Adams, C. et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT), 2023 Update on Clinical Guidelines for Management of Major Depressive Disorder in Adults. Can J Psychiatry, 2024. Publié en ligne le 6 mai avant impression. DOI : 10.1177/07067437241245384.





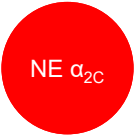
19

Résumé des recommandations du CANMAT à propos des traitements d'appoint administrés contre la dépression difficile à traiter

Traitement	Agent d'appoint	Niveau d'évidence	Dose cible
Première ligne	Aripiprazole	●	De 2 à 10 mg
	Brexipiprazole	●	De 0,5 à 2 mg
	Bupropion	●	De 150 à 450 mg
	Eskétamine pour voie intranasale	●	De 56 à 84 mg, par voie intranasale
	Kétamine racémique pour voie i.v.	●	De 0,5 à 1 mg/kg, par voie i.v.
	Olanzapine	●	De 2,5 à 10 mg
Deuxième ligne	Quétiapine à libération prolongée	●	De 150 à 300 mg
	Risperidone	●	De 1 à 3 mg
	Lithium	●	De 600 à 1200 mg (taux sérique thérapeutique : de 0,5 à 0,8 mmol/L)
	Cariprazine	●	De 1,5 à 3 mg
	Mirtazapine/miansérine	●	De 30 à 60 mg/30 à 90 mg
	Modafinil	●	De 100 à 400 mg
	Triiodothyronine	●	De 25 à 50 mcg
	Autres antidépresseurs, dont les ADT	●	Varie en fonction du médicament
	Stimulants	●	Varie en fonction du médicament
	Lamotrigine	●	De 100 à 300 mg
Troisième ligne	Kétamine racémique pas pour voie i.v.	●	Varie en fonction du médicament
	Pramipéxole	●	De 1 à 2 mg, 2 fois par jour
	Ziprasidone	●	De 20 à 80 mg, 2 fois par jour
	Thérapie assistée par les psychédéliques	●	Doses modérées ou élevées alliées à une psychothérapie
Déconseillé	Cannabis (données probantes insuffisantes sur son efficacité; risque d'effet nocif)	S.O.	S.O.

20

Pharmacologie des récepteurs du brexiprazole et de l'aripiprazole

					
	Agonisme partiel	Antagonisme	Agonisme partiel*	Antagonisme	Antagonisme
Brexiprazole	Très forte affinité <u>Plus faible activité intrinsèque</u> Ki = 0,30 nM	Très forte affinité Ki = 0,47 nM	Très forte affinité Ki = 0,12 nM	Très forte affinité Ki = 0,17 nM	Très forte affinité Ki = 0,59 nM
Aripiprazole	Très forte affinité Ki = 0,87 nM	Forte affinité Ki = 4,7 nM	Forte affinité Ki = 1,3 nM	Affinité modérée Ki = 35 nM	Affinité modérée Ki = 38 nM

* In vitro (agonisme complet in vivo)

† Les valeurs Ki sont des comparaisons indirectes; provenant de différentes expérimentations
Les valeurs Ki ont été déterminées in vitro dans des cellules surexprimant les récepteurs humains.

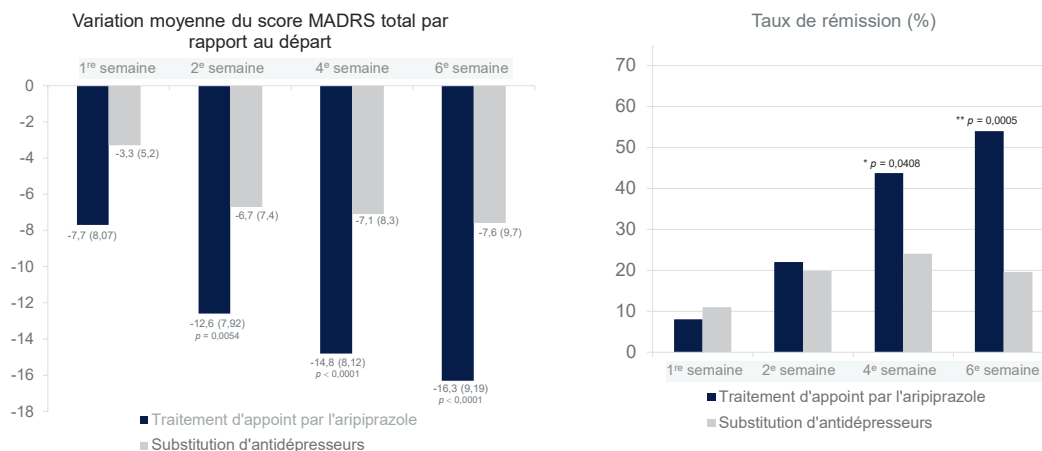
Références : Maeda K. J Pharmacol Exp Ther. 2014;350:589-604.; Shapiro DA et al. Neuropsychopharm 28:1400-1411.; Oosterhof CA et al. J Pharmacol Exp Ther 2014;351:585-395.

La dose maximale approuvée de brexiprazole pour le TDM au Canada est de 2 mg/jour. Aucun avantage supplémentaire n'a été démontré à des doses supérieures à 2 mg/jour.

21

Comparaison du traitement d'appoint et de la substitution dans le TDM

Traitement d'appoint par l'aripiprazole ou substitution d'antidépresseurs



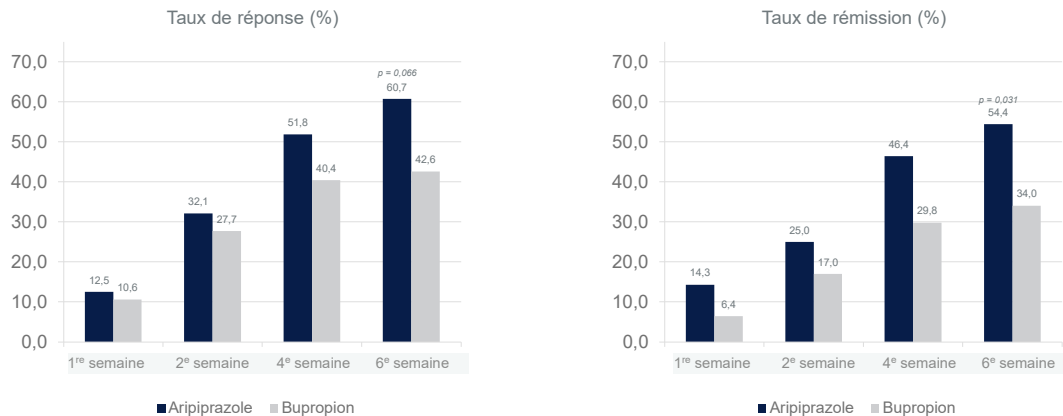
Moyenne (écart-type); dose moyenne d'aripiprazole : 3,8 mg/j

MADRS : *Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale* (échelle d'évaluation de la dépression de Montgomery et d'Åsberg); TDM : trouble dépressif majeur.

Han, et al. J Psychiatric Res. 2015;66-67:84-94.

22 22

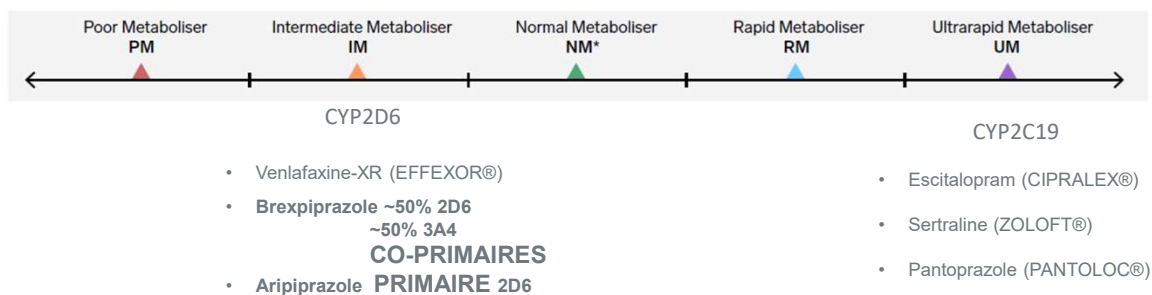
Comparaison de deux traitements d'appoint lors du traitement d'un TDM *Thérapies d'appoint à l'aripiprazole ou au bupropion*



Dose moyenne d'aripiprazole : 2,99 mg/j; dose moyenne de bupropion : 199,29 mg/j; TDM : trouble de dépression majeur
 Cheon, et al. J Clin Psychopharmacol. 2017;37(2):193-9.

23 23

Cas clinique #1, homme, 41 ans, restaurateur

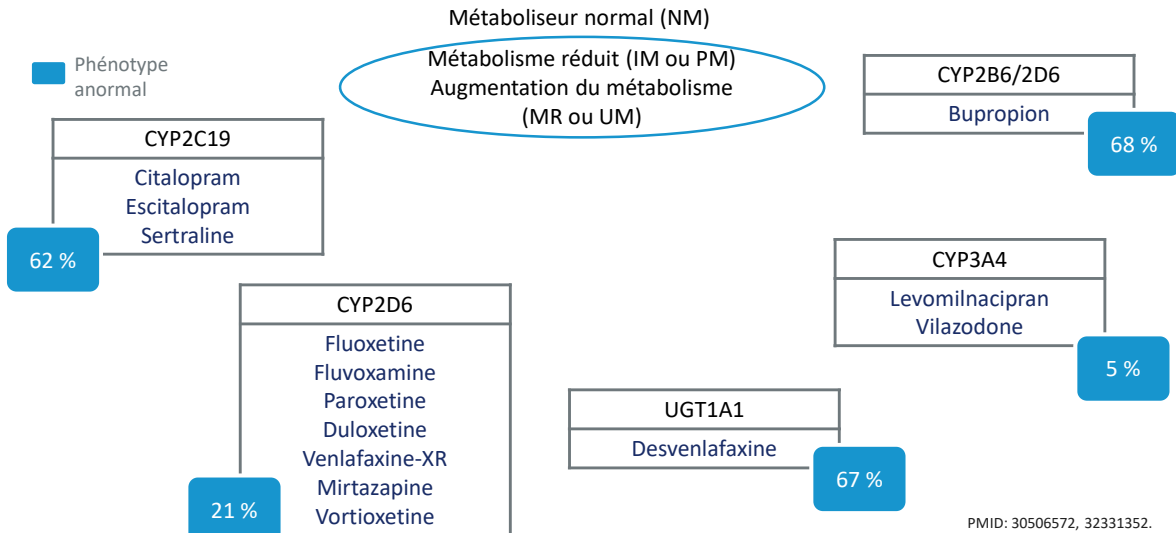


BREX: AUCUNE des deux voies n'est vraiment « primaire »; Ils sont co-primaires.

- Implication clinique importante : si une voie est inhibée, l'autre peut compenser dans une certaine mesure
- Entraîne des fluctuations moins extrêmes des niveaux de médicaments comparativement à un médicament qui dépend fortement d'une seule voie.

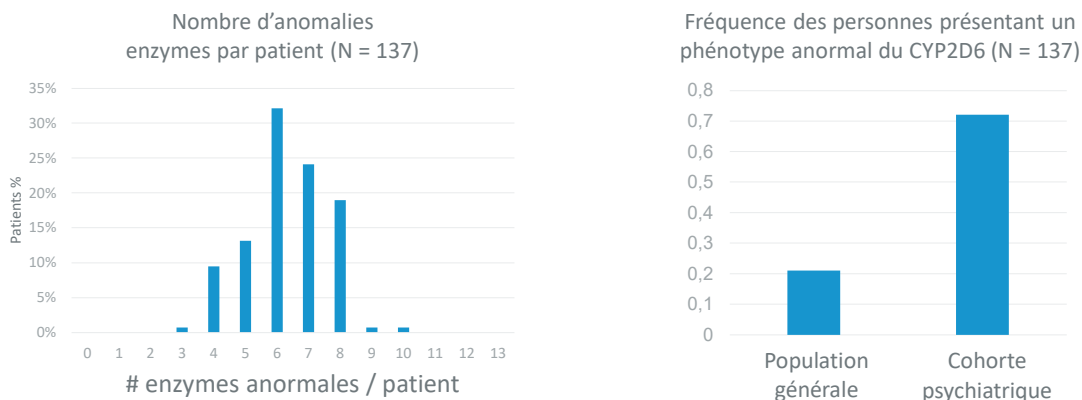
24

Quelle est la fréquence des phénotypes anormaux dans la population générale?



25

La fréquence des phénotypes anormaux était plus élevée dans une cohorte psychiatrique



Cameron M, Binder S, Chokka PR, Duncan D, Gignac M, Handelman K, Katzman MA, Khattak S, Kunicki S, Lessard S, Oluboka T, Sadek J, Sauriol D, Swainson J, Tourjman V. CADDRA Conference (2023).

26




Première ligne de traitement psychologique

Recommandation	Traitement psychologique	Niveau d'évidence
1 ^{ère} intention	<ul style="list-style-type: none"> › Thérapie cognitivo-comportementale › Thérapie interpersonnelle › Activation comportementale 	
2 ^e intention	<ul style="list-style-type: none"> › Système de psychothérapie par analyse cognitivo-comportementale › Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience › Thérapie de résolution des problèmes › Psychothérapie psychodynamique à court terme › Traitement psychologique transdiagnostique des troubles émotionnels 	
3 ^e intention	<ul style="list-style-type: none"> › Thérapie d'acceptation et d'engagement › Psychothérapie psychodynamique à long terme › Thérapie métacognitive › Entretien motivationnel (niveau 4) 	

Lam et al. Can J Psychiatry. 2024; Sous presse (DOI 10.1177/07067437241245384)

27

Résumé des recommandations pour les interventions sur le mode de vie

Ligne de traitement	Intervention sur le mode de vie	Niveau de preuve
Première ligne	<ul style="list-style-type: none"> › Exercice supervisé (d'intensité faible à modérée, de durée de 30 à 40 minutes par session, 3 à 4 fois par semaine, pendant au moins 9 semaines) pour l'EDM de sévérité légère › Luminothérapie (10 000 lux de lumière blanche pendant 30 minutes par jour) pour les EDM saisonniers (hiver) 	
Deuxième ligne	<ul style="list-style-type: none"> › Luminothérapie pour l'EDM non-saisonnier de sévérité légère › Exercice d'appoint pour l'EDM de sévérité modérée › Luminothérapie d'appoint pour l'EDM non saisonnier de sévérité modérée › Hygiène du sommeil d'appoint et TCC-I 	
Troisième ligne	<ul style="list-style-type: none"> › Alimentation saine d'appoint (alimentation variée à forte teneur en fruits, légumes et fibres, et faible teneur en gras saturés et en glucides) › Régime méditerranéen d'appoint › Privation de sommeil d'appoint (thérapie de l'éveil) 	
Données probantes insuffisantes	<ul style="list-style-type: none"> › Probiotiques 	n/a

Abréviations: EDM: épisode dépressif majeur; TCC-I: Thérapie cognitivo-comportementale-intervention. / Lam et al. Can J Psychiatry. 2024; Sous presse (DOI 10.1177/07067437241245384)

28

GUIDE D'AUTOSOINS POUR LA DÉPRESSION
2^E ÉDITION

**DÉVELOPPER DES STRATÉGIES
POUR SURMONTER
LA DÉPRESSION**

GUIDE DESTINÉ AUX ADULTES

TROIS FAÇONS DE SURMONTER LA DÉPRESSION

PRÉSENTE SECTION, VOUS APPRENDREZ TROIS STRATÉGIES
VOUS AIDER À STABILISER VOTRE HUMEUR, À RÉDUIRE VOTRE
PRESSION ET À ÉVITER QU'ELLE RÉAPPARAISSE.
VOICI LES STRATÉGIES:

**RÉACTIVER SA VIE
PENSER DE MANIÈRE RÉALISTE
RÉSOLURE LES PROBLÈMES AVEC EFFICACITÉ**

Chaque une de ces stratégies permet de combattre la dépression et nous
par étape comment les utiliser. Il est préférable d'aborder ces stratégies
une nouvelle tâche ou un nouveau sport : il est très important de vous

est utile de partager le guide avec leur conjoint, un ami proche, un conseiller
nille; cette personne peut vous aider à vous entraîner lorsque vous manquez
tion. Si personne de votre entourage ne peut jouer ce rôle, continuez à
d'autosoin. Plus vous vous exercerez, plus elles deviendront faciles et le
re.

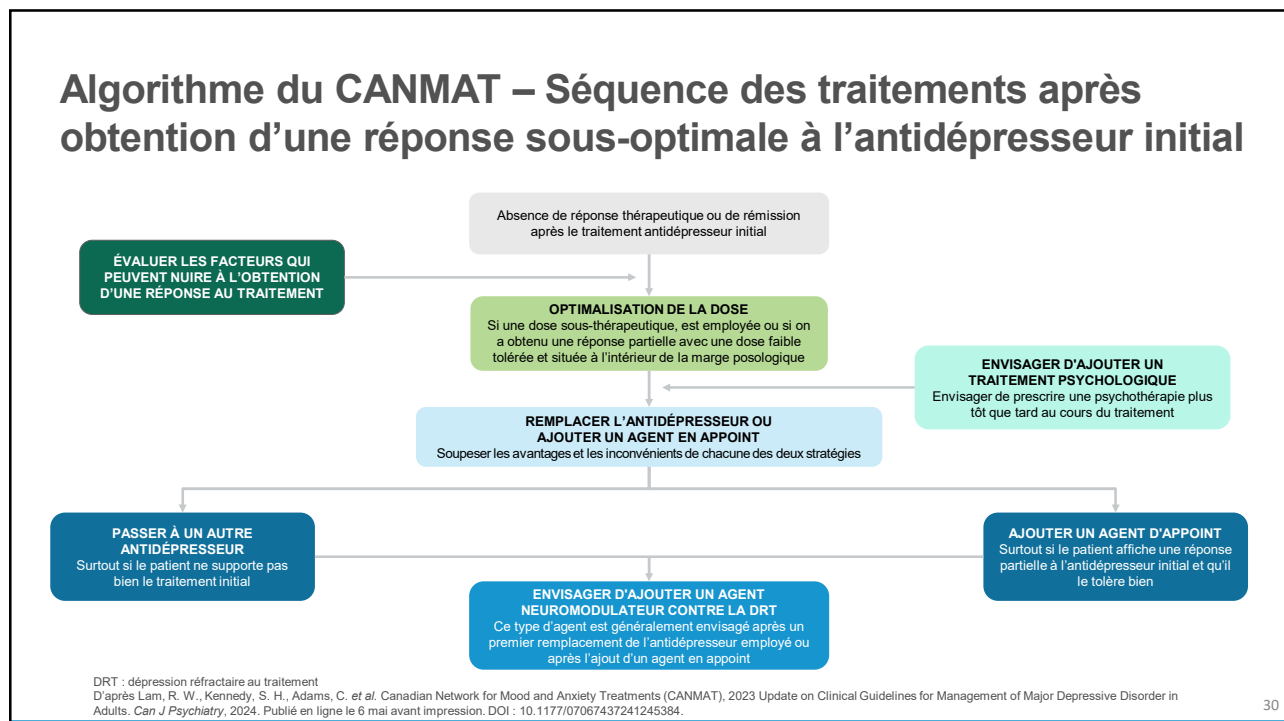
<https://psychhealthandsafety.org/asw/>

SFU SIMON FRASER UNIVERSITY
FACULTY OF HEALTH SCIENCES

BC Mental Health & Addiction Services
Services de santé mentale et de dépendance

18

29



30

Revue systématique et méta-analyse des traitements d'augmentation et de combinaison pour les dépressions résistantes au traitement à un stade précoce

- › Six directives thérapeutiques recommandent l'augmentation après l'échec d'un traitement antidépresseur, tandis que quatre la recommandent après l'échec de deux essais d'antidépresseurs.
- › Plusieurs lignes directrices recommandent plus d'une classe pharmacologique comme traitement adjuvant de première intention.
- › **Les antipsychotiques atypiques sont considérés comme des stratégies d'augmentation de première intention dans sept lignes directrices.**

Scott, et al. "Systematic review and meta-analysis of augmentation and combination treatments for early-stage treatment-resistant depression". *Journal of Psychopharmacology* 37.3 (2023) : 268-278.

31

Messages clés des sections 1 à 3

1. Une réponse précoce aux antidépresseurs est nécessaire pour garantir une amélioration et une rémission à long terme.
2. CANMAT indique quels antidépresseurs optimaux et le délai nécessaire pour une réponse (semaines et non mois).
3. L'optimisation de la dose est essentielle dans les premières semaines si aucune amélioration n'est détectée.
4. On peut augmenter la réponse et l'observance du traitement en travaillant le plus tôt possible sur les symptômes du sommeil et de l'anxiété.
5. En général, le traitement doit être plus long que celui recommandé précédemment, et les patients en rechute ou gravement atteints doivent être traités pendant 2 ans ou plus.
6. Une luminothérapie (10 000 lux) de 30 à 60 minutes ou des exercices quotidiens peuvent être utilisés comme interventions clés en matière de style de vie, quels que soient les aspects saisonniers des dépressions.
7. La psychothérapie n'est pas adaptée à toutes les dépressions : les dépressions en rechute, les dépressions graves et celles présentant des éléments psychotiques ou obsessionnels peuvent s'aggraver ; obtenez d'abord une réponse rapide.
8. L'activation comportementale et la TCC sont les ressources les plus efficaces et disponibles en ligne.

32

Section 4. Différencier les manifestations cliniques de la dépression chez les hommes et les femmes



33

VRAI OU FAUX

VRAI OU FAUX

Selon l'échelle MADRS, il n'y a pas de différence significative entre les sexes pour ce qui est de la sévérité de la dépression.

VRAI

Les femmes souffrent davantage de dépression avec des symptômes physiques.

VRAI

L'abus de substances est un symptôme de dépression selon le DSM-5.

FAUX

MADRS : Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale
DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

Patten, et al. *Journal of Affective Disorders* 2009;117:S5-S14. Altemus, M., Sarvaiya, N., & Neill Epperson, C. (2014). Sex differences in anxiety and depression: clinical perspectives. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 35(3), 320-330. Damien, J., & Mendrek, A. (2017). Santé mentale et douleur : les différences hommes-femmes. *Douleur Analgésie*. Kornstein, S. G. (1997). Gender differences in depression: implications for treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(15), 12-18. Olgiati, P., Pecorino, B., & Serretti, A. (2024). Suicide ideation and male-female differences in major depressive disorder. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 28(1), 53-62. Sloan DM, Sandt AR. Gender Differences in Depression. *Women's Health*. 2006;2(3):425-434. Marcus, S. M., Kerber, K. B., Rush, A. J., Wisniewski, S. R., Nierenberg, A., Balasubramani, G. K., ... & Trivedi, M. H. (2008). Sex differences in depression symptoms in treatment-seeking adults: confirmatory analyses from the Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression study. *Comprehensive psychiatry*, 49(3), 238-246. Otten, D., Tibubos, A. N., Schomerus, G., Brähler, E., Binder, H., Kruse, J., ... & Beutel, M. E. (2021). Similarities and differences of mental health in women and men: a systematic review of findings in three large German cohorts. *Frontiers in Public Health*, 9, 553071. Schuch, J. J., Roest, A. M., Nolen, W. A., Penninx, B. B., & De Jonge, P. (2014). Gender differences in major depressive disorder: results from the Netherlands study of depression and anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 156, 156-163.

34

Symptômes émotionnels

Hommes	Femmes
<ul style="list-style-type: none"> • Manifestations émotionnelles souvent masquées par une irritabilité, de l'agressivité ou des comportements colériques. • Plus grande tendance à l'anesthésie émotionnelle, avec une difficulté à exprimer la tristesse de manière explicite. • Angoisse. 	<ul style="list-style-type: none"> • Symptômes plus « <i>classiques</i> » comme la tristesse, le sentiment de culpabilité, et des pleurs fréquents. • Forte prévalence d'anxiété comorbide. • Ruminations fréquentes, associées à une focalisation sur des pensées négatives répétitives.

Kornstein, S. G. (1997). Gender differences in depression: implications for treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(15), 12-18.
 Kuehner, C. (2017). Why is depression more common among women than among men? *The Lancet Psychiatry*, 4(2), 146-158.
 Seney, M. L., Glausier, J., & Sibille, E. (2022). Large-scale transcriptomics studies provide insight into sex differences in depression. *Biological psychiatry*, 91(1), 14-24.
 Schuch, J. J., Roest, A. M., Nolen, W. A., Penninx, B. B., & De Jonge, P. (2014). Gender differences in major depressive disorder: results from the Netherlands study of depression and anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 156, 156-163.

35

Symptômes somatiques

Hommes	Femmes
<ul style="list-style-type: none"> • Somatisation sous forme de douleurs musculaires et troubles digestifs. • Troubles cardiovasculaires. • Perte de poids. 	<ul style="list-style-type: none"> • Présentation fréquente de symptômes somatiques comme des maux de tête, des douleurs chroniques (ex. : fibromyalgie), et de la fatigue. • Gain de poids.

Altman, M., Sarvaiya, N., & Neill Epperson, C. (2014). Sex differences in anxiety and depression: clinical perspectives. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 35(3), 320-330.
 Damien, J., & Mendrek, A. (2017). Santé mentale et douleur : les différences hommes-femmes. *Douleur Analgésie*.
 Kornstein, S. G. (1997). Gender differences in depression: implications for treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(15), 12-18.
 Ogiati, P., Pecorino, B., & Serretti, A. (2024). Suicide ideation and male-female differences in major depressive disorder. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 28(1), 53-62.
 Sloan DM, Sandt AR. Gender Differences in Depression. *Women's Health*. 2006;2(3):425-434.

36

Comorbidités fréquentes

Hommes	Femmes
<ul style="list-style-type: none"> Abus de substances (alcool, drogues), troubles de la personnalité antisociale, comportements violents. Attaques de panique. Troubles du sommeil dominés par des réveils précoces. 	<ul style="list-style-type: none"> Anxiété, troubles alimentaires (anorexie, boulimie). Troubles du sommeil plus fréquents, notamment insomnie de latence. Trouble de personnalité : cluster B.

Altman, M., Sarvaiya, N., & Neill Epperson, C. (2014). Sex differences in anxiety and depression: clinical perspectives. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 35(3), 320-330.

Marcus, S. M., Kerber, K. B., Rush, A. J., Wisniewski, S. R., Nierenberg, A., Balasubramani, G. K., ... & Trivedi, M. H. (2008). Sex differences in depression symptoms in treatment-seeking adults: confirmatory analyses from the Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression study. *Comprehensive psychiatry*, 49(3), 238-246.

Otten, D., Tibubos, A. N., Schomerus, G., Brähler, E., Binder, H., Kruse, J., ... & Beutel, M. E. (2021). Similarities and differences of mental health in women and men: a systematic review of findings in three large German cohorts. *Frontiers in Public Health*, 9, 553071.

Schuch, J. J., Roest, A. M., Nolen, W. A., Penninx, B. B., & De Jonge, P. (2014). Gender differences in major depressive disorder: results from the Netherlands study of depression and anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 156, 156-163.

37

Évolution et rémission

	Hommes	Femmes
Âge de début	Dépression commence à un âge plus avancé.	Dépression commence généralement plus tôt chez les femmes, souvent liée à des périodes d'ajustements hormonaux (puberté, post-partum, ménopause).
Rémission	Rémission complète plus fréquente par rapport aux femmes.	Durée de rémission plus longue et rémission complète moins fréquente en partie liée à des syndromes prémenstruels.
Récidive	Moins nombreux que chez les femmes.	Plus grand nombre d'épisodes dépressifs par rapport aux hommes.
Saisonnalité		Dépression liée à la saisonnalité plus fréquente.

Kuehner, C. (2017). Why is depression more common among women than among men? *The Lancet Psychiatry*, 4(2), 146-158.

Kornstein, S. G. (1997). Gender differences in depression: implications for treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(15), 12-18.

Sloan DM, Sandt AR. Gender Differences in Depression. *Women's Health*. 2006;2(3):425-434.

Tournier, M. (2018). Épidémiologie. Dans F. Bellivier & E. Haffen (dir.), *Actualités sur les maladies dépressives* (pp. 17-25). Lavoisier.

Seney, M. L., Glausier, J., & Sibille, E. (2022). Large-scale transcriptomics studies provide insight into sex differences in depression. *Biological Psychiatry*, 91(1), 14-24.

38

Prise en charge par la première ligne

› Traitement différencié :

- Prendre en compte les comorbidités fréquentes (anxiété chez les femmes, abus de substances chez les hommes).
- Adapter les interventions psychothérapeutiques : par exemple, la thérapie cognitivo-comportementale axée sur les comportements pour les hommes, et la gestion émotionnelle pour les femmes.

› Surveillance du risque suicidaire :

- Chez les hommes, cibler les comportements impulsifs et l'accès aux moyens létaux.
- Chez les femmes, identifier les signes précoces de tentatives et les périodes hormonales critiques.

Schuch, J. J., Roest, A. M., Nolen, W. A., Penninx, B. W., & De Jonge, P. (2014). Gender differences in major depressive disorder: results from the Netherlands study of depression and anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 156, 156–163.

Tremblay, G., Morin, M. A., Desbiens, V., & Bouchard, P. (2007). Conflits de rôle de genre et dépression chez les hommes. Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes.

Piccinelli, M., & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression: Critical review. *The British Journal of Psychiatry*, 177(6), 486-492.

Shi, P., Yang, A., Zhao, Q., Chen, Z., Ren, X., & Dai, Q. (2021). A hypothesis of gender differences in self-reporting symptom of depression: implications to solve under-diagnosis and under-treatment of depression in males. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 589687.

39



Section 5. Identifier le risque de suicide et réduire le risque du passage à l'acte chez les hommes et les femmes



40

VRAI OU FAUX

VRAI OU FAUX

Le TDM représente 50 % des cas de suicides complétés

FAUX
87%

Selon une étude américaine, 25 % des personnes transgenres ont déjà tenté de se suicider.

FAUX
40%

James, S. E., et al. (2016). "The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey." National Center for Transgender Equality.

41

Quelques statistiques sur le suicide

1. Une crise suicidaire est presque toujours accompagnée d'ambivalence.
2. La personne qui songe au suicide ne veut pas mourir, elle ne veut plus souffrir.
3. Les facteurs de risque suicidaire sont connus mais il est difficile de dire à quel moment le geste sera posé.
4. La présence d'un proche empathique et le suivi psychothérapeutique sont des facteurs de protection.
5. Présentement, plateau d'un peu plus de 1 000 suicides/année au Québec.
6. 2,5 % des patients avec ATCD de tentative de suicide se sont suicidé dans les 5 ans après la 1^{ère} hospitalisation.
7. Les femmes se suicident surtout de 35 et 49 ans.
8. Les hommes se suicident surtout de 50 à 64 ans.
9. 80 % des personnes décédées par suicide souffraient d'un trouble de santé mentale : 42 % de trouble dépressif, 60 % de trouble de l'humeur, dépression ou maladie bipolaire.

La Presse 5 février 2025, propos du professeur Brian Mishara, cofondateur du Centre de prévention du suicide de Montréal (anciennement Suicide Action Montréal) recueillis par Louise Leduc.

42

Prévalence du risque suicidaire dans le Trouble Dépressif Majeur (TDM)

› Risque suicidaire dans le trouble dépressif majeur (TDM) :

- Environ **55 % des personnes atteintes de TDM** présentent des pensées suicidaires à un moment donné de leur vie.
- **31%** tentent le suicide au moins une fois dans leur vie.
- Le TDM représente jusqu'à **87 % des cas de suicides complétés**.

› Différences de genre :

- **Hommes** : Le taux de suicide chez les hommes souffrant de TDM est 4 à 5 fois plus élevé que chez les femmes.
- **Femmes** : ont un **risque de tentatives de suicide multiplié par 2** par rapport aux hommes.

Dong, M., Zeng, L.-N., Lu, L., Li, X.-H., Ungvari, G. S., Ng, C. H., ... Xiang, Y.-T. (2019). Prevalence of suicide attempt in individuals with major depressive disorder: a meta-analysis of observational surveys. *Psychological Medicine*, 49(10), 1691–1704.
Lundberg J, Cars T, Lampa E, et al. (2023). Determinants and Outcomes of Suicidal Behavior Among Patients With Major Depressive Disorder. *JAMA Psychiatry*. 80(12):1218–1225.
Cai, H., Xie, X. M., Zhang, Q., Cui, X., Lin, J. X., Sim, K., ... & Xiang, Y. T. (2021). *Prevalence of suicidality in major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis of comparative studies*. *Frontiers in psychiatry*, 12, 690130.
Nock, M. K., et al. (2008). *Suicide and suicidal behavior*. *Lancet*, 373(9672), 1372-1381.

43

Différence de genre dans l'expression du risque suicidaire

Hommes	Femmes
<ul style="list-style-type: none">• Méthodes plus létales : Les hommes préfèrent des moyens plus violents, comme la pendaison et les armes à feu.• Moins d'expression émotionnelle : Les hommes expriment moins leurs émotions et sont moins enclins à chercher de l'aide, ce qui entraîne un risque accru de suicide.• Abus de substances : Les hommes ont un taux plus élevé d'abus d'alcool et de drogues, facteurs de risque importants pour le suicide.	<ul style="list-style-type: none">• Méthodes moins létales : Les femmes utilisent davantage des moyens comme la médication.• Rôle des facteurs hormonaux : Les fluctuations hormonales, notamment liées à la grossesse, au post-partum et à la ménopause, sont des périodes à risque accru chez les femmes.• Taux élevé de troubles comorbides : Les femmes dépressives sont plus susceptibles de souffrir de troubles anxieux, alimentaires, TPL augmentant leur risque suicidaire.

TPL : trouble de la personnalité limitée
Nock, M. K., et al. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Lancet*, 373(9672), 1372-1381.
Riera-Serra, P., Navarra-Ventura, G., Castro, A., Gili, M., Salazar-Cedillo, A., Ricci-Cabello, I., Roldán-Espinola, L., Coronado-Simsic, V., García-Toro, M., Gómez-Juanes, R., & Roca, M. (2024). Clinical predictors of suicidal ideation, suicide attempts and suicide death in depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 274(7), 1543–1563.
Olgiati, P., Pecorino, B., & Serretti, A. (2024). Suicide ideation and male-female differences in major depressive disorder. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 28(1), 53-62.
Oquendo, M. A., Bongiovi-Garcia, M. E., Galfalvy, H., Goldberg, P. H., Grunebaum, M. F., Burke, A. K., & Mann, J. J. (2007). Sex differences in clinical predictors of suicidal acts after major depression: a prospective study. *The American journal of psychiatry*, 164(1), 134–141.

44

Approche de prévention selon le genre

La psychothérapie reste la pierre angulaire du traitement du TDM.

Hommes	Femmes
<ul style="list-style-type: none">› Encourager la recherche de l'aide professionnelle malgré la stigmatisation (TCC : thérapie cognitivo-comportementale).› Interventions centrées sur la réduction de l'abus de substances et le renforcement du soutien social.› Approches axées sur la gestion du stress et des émotions.	<ul style="list-style-type: none">› Stratégies intégrées visant à traiter les comorbidités comme l'anxiété et les troubles alimentaires.› Programmes de soutien post-partum pour les femmes en période de grossesse et post-partum.› Interventions en cas de violence conjugale et soutien psychologique renforcé pour les femmes victimes de violences.

Devries, K. M., et al. (2013). Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: A systematic review of longitudinal studies. *PLoS Medicine*, 10(5), e1001439.
O'Hara, M. W., & McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 379–407.
Tremblay, G., Morin, M. A., Desbiens, V., & Bouchard, P. (2007). Conflits de rôle de genre et dépression chez les hommes. Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes.

45



Section 6. Arrêt de travail et retour progressif



46

Formulaires d'invalidité et réintégration au travail

- > **N'ayez pas peur des formulaires d'invalidité : obtenez les services dont le patient a besoin**
 - > Insistez sur un nombre approprié de séances d'ergothérapie et de psychothérapie.
- > **Optimisez et utilisez l'environnement de travail pour la réhabilitation du patient.**
 - > Décrivez les facteurs de stress liés au travail et proposez des tâches à temps partiel ou modifiées lorsque c'est possible.
- > **Utilisez les formulaires d'invalidité comme votre thérapeute personnel.**
 - > Décrivez la complexité du cas, y compris la personnalité et les environnements de travail traumatisants.



47

Formulaires d'invalidité et réintégration au travail (suite)

- > **N'oubliez pas de prendre en compte la réaction d'adaptation dans l'équation.**
 - > Toutes les larmes et tous les malheurs ne sont pas synonymes de dépression.
- > **Ce travail, sous sa forme actuelle, est-il le bon pour votre patient ?**
 - > Surtout si le malheur est chronique.
- > **Dites aux patients de ne pas perdre contact avec leurs amis de travail.**
 - > Être informé est une protection et aide à éliminer l'anxiété anticipatoire.
- > **N'ayez pas peur de parler au médecin de la compagnie d'assurance (avec permission).**
 - > Un bon compromis peut être atteint et désamorcer une situation tendue.



48

Messages clés des sections 4 à 6

1. Le changement d'antidépresseur en cas de non-réponse est une alternative, mais semble moins efficace que l'utilisation d'un antipsychotique d'appoint atypique (CANMAT 2023).
2. Peu de différences entre les sexes, sur la sévérité de la dépression, mais les femmes présentent plus de symptômes physiques.
3. 80 % des personnes décédées par suicide souffraient d'un trouble de santé mentale.
4. Les femmes se suicident entre 35 et 49 ans et les hommes entre 50 et 60 ans.
5. Bien évaluer la pertinence d'un arrêt de travail du patient en considérant son milieu de travail (toxique ou non, approprié ou non) ainsi que sa condition psychologique et ses fragilités.

49

Ressources

POUR VOS PATIENTS

- › Développer des stratégies pour surmonter la dépression : <https://psychhealthandsafety.org/asw/>
- › CAP Santé Mentale (autrefois connu sous le nom Avant de Craquer) : 1-855-272-7837
- › AMI Québec - pour aider les membres de l'entourage à vivre avec les conséquences de la maladie mentale en offrant des services de soutien : <https://www.lappui.org/fr/organisation/ami-quebec>
- › Arborescence (autrefois connu sous le nom AQPAMM) : 514-524-7131

POUR LES PROFESSIONNELS

- › Approche STAT-C en santé mentale (suivi thérapeutique d'un arrêt de travail en collaboration interprofessionnelle)

50



Merci de votre attention

Il nous fera plaisir de répondre à vos questions



MÉDECINS
FRANCOPHONES
DU CANADA

medecinsfrancophones.ca

