

## À PROPOS DE L'AUTEURE

### Jennifer Swainson, M.D., FRCPC, Psychiatre

La D<sup>re</sup> Jennifer Swainson est psychiatre à l'Hôpital communautaire Misericordia d'Edmonton. Elle se spécialise dans le traitement des troubles de l'humeur complexes et de leurs comorbidités. Elle est certifiée par l'American Board of Obesity Medicine et s'intéresse aux relations de réciprocité entre les troubles de l'humeur, le sommeil et l'obésité, ainsi qu'aux considérations thérapeutiques qui en découlent en cas de concomitance. La D<sup>re</sup> Swainson a siégé à de nombreux comités consultatifs du College of Physicians and Surgeons of Alberta (CPSA) en ce qui concerne le suivi par le CPSA des médicaments à haut risque, et les considérations pour une prescription sûre de la kétamine dans le traitement de la dépression. Elle est coauteure des lignes directrices 2023 sur le traitement de la dépression du Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) et a été l'auteure principale de la mise à jour 2021 du groupe de travail du CANMAT sur la kétamine dans le traitement de la dépression. Elle participe à la recherche clinique et est l'auteure de nombreuses autres publications sur la kétamine et l'eskétamine dans le traitement de la dépression, en plus de militer pour une utilisation sûre et accessible de la kétamine dans le traitement des troubles de l'humeur. La D<sup>re</sup> Swainson enseigne activement aux étudiants et aux résidents et intervient fréquemment auprès de médecins de famille en lien avec les troubles de l'humeur et l'insomnie.



#### Affiliations

Professeure clinicienne agrégée, Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta), médecin agrégée, American Board of Obesity Medicine

## MISE À JOUR SUR LA DÉPRESSION : EXPOSÉ SUR LES LIGNES DIRECTRICES 2023 DU CANADIAN NETWORK FOR MOOD AND ANXIETY TREATMENTS (CANMAT) ET CONSEILS POUR LEUR MISE EN APPLICATION DANS LES SOINS PRIMAIRES

### Introduction

Les lignes directrices du Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) sur la dépression, publiées pour la dernière fois en 2016, ont été actualisées à partir de la littérature publiée jusqu'en 2023, et publiées en 2024 (Lam et al., *Canadian J Psych*, sous presse, 2024). Ce document de 92 pages – qui s'appuie sur des données probantes issues de la littérature et sur un consensus d'experts entre les 57 coauteurs – aborde de manière approfondie les aspects de la prise en charge de la dépression. Bien que consciencieux, ce document reste difficile à lire et à appliquer dans la pratique quotidienne d'un

clinicien de soins primaires à l'horaire très chargé. Nous présentons ici un résumé des données probantes concernant le traitement de la dépression, ainsi que des conseils pratiques pour la prise de décision clinique dans le cadre des soins primaires.

### Dépistage et diagnostic

Le CANMAT 2023 recommande un dépistage chez les patients présentant des facteurs de risque de dépression à l'aide d'un instrument d'autoévaluation validé, comme le questionnaire PHQ-2 (*Patient Health Questionnaire-2*) et, en cas de résultat positif, le questionnaire PHQ-9. Les facteurs de risque cités dans les lignes directrices du CANMAT comprennent des antécédents d'événements

préjudiciables dans l'enfance, des antécédents familiaux de troubles de l'humeur, des problèmes médicaux chroniques et non psychiatriques (dont l'obésité conformément aux recommandations d'Obésité Canada), des comorbidités psychiatriques, des troubles liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues, l'insomnie et le travail de nuit, le sexe féminin (en particulier durant la puberté, la grossesse, la période post-partum et la périménopause), de récents événements de vie stressants, des tensions professionnelles et des inégalités en matière de revenus, le deuil, la victimisation par les pairs, l'intimidation et la cyberintimidation, la dysphorie de genre, un mode de vie sédentaire et un temps d'écran important.

(Les questionnaires PHQ-2 et PHQ-9 en anglais peuvent être consultés à cette adresse :

<https://www.albertahealthservices.ca/frm-19825.pdf>)

Un score au questionnaire PHQ-9 supérieur à 10 ainsi qu'un taux de sensibilité et de spécificité de 88 % indiquent une dépression majeure.<sup>1</sup> En plus du score total, la fréquence des symptômes doit être prise en compte. Un trouble dépressif majeur est suggéré si la personne répond « Plus de la moitié du temps » à au moins cinq éléments, mais le questionnaire doit être suivi d'un entretien clinique afin d'évaluer les symptômes individuels, et de déterminer les diagnostics différentiels psychiatriques et médicaux qui pourraient contribuer aux symptômes. Les cliniciens devraient envisager d'effectuer un dépistage du trouble bipolaire chez les patients atteints de dépression, car un épisode dépressif nécessiterait un traitement par un stabilisateur de l'humeur.<sup>2</sup> La monothérapie par antidépresseur chez un patient atteint de trouble bipolaire, quant à elle, risque peu d'être efficace et pourrait même s'avérer préjudiciable, risquant de provoquer une manie ou une hypomanie. L'outil RMS (*Rapid Mood Screener*) est une échelle d'autoévaluation à 6 points avec un taux de sensibilité de 88 % et un taux de spécificité de 80 % pour le trouble bipolaire de type I.<sup>3</sup> Parmi les antécédents d'une personne, les facteurs pouvant indiquer la bipolarité comprennent les antécédents familiaux de trouble bipolaire, l'âge précoce du premier épisode dépressif (soit l'adolescence), les caractéristiques dépressives atypiques (comme l'hypersomnie et l'augmentation de l'appétit), la dépression pendant la grossesse ou le post-partum, des symptômes prémenstruels liés à l'humeur, la culpabilité pathologique, la paralysie de plomb et la dépression psychotique.<sup>4</sup>

### **CONSEIL : Effectuer un dépistage d'abord à l'aide du PHQ-2 chez les patients à risque :**

- Au cours des deux dernières semaines, avez-vous été dérangé(e) par le peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses?
- Au cours des deux dernières semaines, vous êtes-vous senti(e) triste, déprimé(e) ou désespéré(e)?

Si l'une des réponses est OUI, passez au PHQ-9

Si le PHQ-9 est positif, poursuivez avec une évaluation clinique

## **Traitement**

Il est primordial de traiter rapidement la dépression, car la dépression de longue durée est associée à une plus grande résistance au traitement et à une probabilité réduite de rémission. La psychoéducation permet d'indiquer aux patients qu'ils doivent absolument se présenter à leurs rendez-vous de suivi pour que leur traitement soit optimisé. Les patients doivent également être informés qu'un traitement précoce est plus susceptible de donner des résultats favorables.

## **Modification du mode de vie et médicaments complémentaires et non conventionnels**

Les traitements basés sur le mode de vie et les médicaments complémentaires et non conventionnels n'atteignent pas le niveau de preuve de la pharmacothérapie; cependant, les lignes directrices du CANMAT 2023 soulignent qu'ils pourraient être utilisés en monothérapie dans le cas d'une dépression légère (score au PHQ-9 de 5 à 9) si le patient préfère cette option. Ces traitements peuvent être considérés comme des mesures d'appoint pour le traitement de la dépression modérée à grave (score au PHQ-9 supérieur à 9).

Les interventions sur le mode de vie, notamment la luminothérapie, une alimentation saine (régime méditerranéen ou régime « sain » évitant les aliments transformés et les sucres ajoutés), l'exercice, l'abandon du tabagisme et l'hygiène du sommeil, ont toutes démontré un bénéfice potentiel dans la prise en charge de la dépression. Parmi ces interventions, la luminothérapie et l'exercice physique sont les plus étayés. Les suppléments dont l'efficacité dans le traitement de la dépression a été démontrée comprennent les oméga-35 (CANMAT 2023) et la vitamine D.<sup>5</sup> Les traitements complémentaires et non conventionnels dont l'efficacité dans le traitement de la dépression a été démontrée comprennent l'acupuncture, le L-méthylfolate, le millepertuis (mais pas en concomitance avec des antidépresseurs en raison du risque de syndrome sérotoninergique), la S-adénosylméthionine, la déhydroépiandrostérone, le safran, la lavande et la rhodiola.

**CONSEIL :** Une dépression légère présentant peu d'altérations fonctionnelles peut être traitée par des interventions sur le mode de vie, des traitements complémentaires et non conventionnels ou une psychothérapie, mais assurez-vous que le patient fasse le suivi pour évaluer l'efficacité de cette approche thérapeutique.

## **Psychothérapie**

La psychothérapie est souvent utilisée en association avec la pharmacothérapie dans les cas de dépression modérée à grave, mais elle peut aussi être efficace seule dans les cas de dépression légère. Les données probantes les plus solides concernent la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), la thérapie interpersonnelle et

Antidépresseur	Class	Intervalle de doses habituel	Éléments à prendre en considération
Bupropion (le plus souvent utilisé sous sa forme XL)	IRND	150 à 300 mg	• Profil d'effets indésirables favorable
Citalopram	Multimodal	10 à 40 mg	• Le CANMAT souligne que le QTc pourrait être problématique
Desvenlafaxine	Multimodal	10 à 20 mg	• Profil d'effets indésirables favorable
Escitalopram	IRND	50 à 100 mg	
Fluoxétine	IRND	60 à 120 mg	
Fluvoxamine	IRND	40 à 120 mg	
Paroxétine	IRND	75 à 225 mg	• Associée à une prise de poids importante • Syndrome d'interruption important
Sertraline	ISRS	20 à 40 mg	
Duloxétine	ISRS	10 à 20 mg	• Envisager l'utilisation en cas de douleur neuropathique comorbide ou de fibromyalgie
Lévomilnacipran	ISRS	20 à 60 mg	
Venlafaxine-XR	ISRS	100 à 300 mg	• Syndrome d'interruption important
Vilazodone	ISRS	20 à 50 mg	• Profil d'effets indésirables favorable
Vortioxétine	ISRS	50 à 200 mg	• Profil d'effets indésirables favorable
Mirtazapine	NaSSA	30 à 60 mg	• Envisager l'utilisation si une prise de poids est souhaitée (faible indice de masse corporelle)

**Tableau 1.** Antidépresseurs de première intention potentiels et intervalles de doses; avec l'aimable autorisation de Jennifer Swainson, M.D.

**Abréviation : QTc :** Intervalle QT corrigé

la thérapie comportementale à raison d'au moins une fois, mais de préférence deux fois par semaine. Les lignes directrices 2023 du CANMAT soulignent cependant qu'il existe peu de données probantes sur la thérapie ayant lieu moins d'une fois par semaine dans la phase aiguë du traitement. Compte tenu des obstacles réels en ce qui concerne la rapidité d'accès à la thérapie, et malgré le peu de données probantes à l'appui, les interventions de santé numériques guidées, comme la TCC en ligne, pourraient s'avérer utiles et sont d'ailleurs répertoriées dans les lignes directrices comme options de traitement.

Plusieurs options de psychothérapie de deuxième

intention ont été ajoutées aux lignes directrices : la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience, la thérapie psychodynamique brève et la thérapie transdiagnostique des troubles émotionnels. La « thérapie métacognitive » a aussi été ajoutée à la liste des thérapies de troisième intention. Bien que les données probantes ne soutiennent pas l'utilisation éclectique courante de plusieurs formes de thérapie (CANMAT 2023), les thérapies non conventionnelles sont difficiles – voire impossibles – à étudier. D'un point de vue pratique, la thérapie optimale est possiblement celle à laquelle votre patient a accès, et il a déjà été noté que la relation patient-thérapeute est la plus susceptible de produire des résultats positifs.<sup>6</sup>

**CONSEIL :** Dans les cas de dépression aiguë, une psychothérapie fréquente, dispensée une ou deux fois par semaine, procure le plus de bienfaits. Il est également important d'instaurer une relation patient-thérapeute positive.

## Pharmacothérapie

Le document du CANMAT présente plusieurs options de pharmacothérapie et décrit les effets secondaires potentiels. Ici, les choix de traitement seront présentés en fonction de l'équilibre entre l'efficacité et les effets secondaires. Plus particulièrement, le risque à long terme de prise de poids et d'effets métaboliques est pris en compte en raison de la fréquence des affections comorbides associées dans les soins primaires.

## Choix de l'antidépresseur initial

Les lignes directrices du CANMAT fournissent une liste de 17 antidépresseurs de première intention, dont 14 sont disponibles au Canada. Les nouveaux médicaments de première intention ajoutés depuis les lignes directrices 2016 sont le lévomitnacipran, un inhibiteur du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN), et la vilazodone (multimodale). La combinaison de dextrométhorphan et de bupropion, approuvée aux États-Unis mais non disponible au Canada, a également été ajoutée (deuxième intention).

Une méta-analyse récente des antidépresseurs a révélé que la vortioxétine (antidépresseur multimodal) était l'antidépresseur le plus efficace et le plus acceptable, suivi par l'escitalopram.<sup>7</sup> L'amitriptyline, l'escitalopram, la mirtazapine, la paroxétine, la venlafaxine et la vortioxétine auraient une efficacité légèrement supérieure, mais ces différences globales n'ont pas été jugées suffisantes pour faire une distinction claire entre ces agents de première intention et les autres (CANMAT 2024). L'amitriptyline est considérée comme un traitement de deuxième intention en raison de son profil d'effets secondaires.

Compte tenu du nombre d'options thérapeutiques de première intention, le choix initial de l'antidépresseur doit être fait en collaboration avec le patient et en tenant compte du profil d'effets secondaires. La prise de poids, la sédation et les effets secondaires sexuels sont fréquemment rapportés comme effets secondaires à long terme pouvant entraîner une non-observance thérapeutique, une baisse de la qualité de vie et, dans le cas de la prise de poids, une morbidité médicale. Selon les données disponibles et le consensus des auteurs du CANMAT, seuls quatre des quatorze agents de première intention sont décrits comme ayant un profil d'effets secondaires favorable dans ces trois domaines (**Tableau 1**). Il s'agit du bupropion, un inhibiteur du recaptage de la norépinéphrine et de la dopamine (IRND), de la desvenlafaxine (IRSN), de la vilazodone (antidépresseur multimodal) et de la vortioxétine (antidépresseur multimodal). Les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) et la duloxétine sont

généralement associés à des effets secondaires sexuels importants; pour cette raison, ils ne constitueraient pas un premier choix de traitement optimal. La mirtazapine et la paroxétine sont associées à la prise de poids la plus importante, et la mirtazapine est aussi associée à une sédation significative. Bien que n'importe quel agent de première intention puisse convenir et que d'autres, comme le coût, les préférences du patient, les comorbidités et le potentiel d'interactions médicamenteuses, doivent être pris en compte, un algorithme simple et pratique consiste à choisir l'un des quatre antidépresseurs ayant le profil d'effets secondaires le plus favorable (**Tableau 1**).

**CONSEIL :** Tenez compte de l'efficacité et de la tolérabilité lors du choix d'un antidépresseur. Le CANMAT cible quatre antidépresseurs de première intention qui ont un profil d'effets indésirables plus favorable si l'on considère les risques à long terme de prise de poids, de sédation et d'effets secondaires sexuels. Il existe des antidépresseurs dont les profils d'effets indésirables à long terme sont meilleurs que ceux des ISRS couramment.

## Suivi du premier essai d'un antidépresseur

Un suivi doit être assuré dans un délai de deux à quatre semaines suivant l'instauration du traitement par les antidépresseurs. À ce stade, l'efficacité et la tolérabilité doivent être évaluées. Si la réponse est faible au bout de quatre semaines après l'optimisation de la dose, une réponse ou une rémission au bout de huit à douze semaines est peu probable. Par ailleurs, il convient d'évaluer les facteurs qui contribuent à l'absence de réponse, notamment l'observance thérapeutique, l'adéquation de la dose et de la durée du traitement, et les comorbidités psychiatriques ou médicales, et de s'assurer d'avoir posé le bon diagnostic.

Après avoir confirmé le diagnostic de dépression caractérisée, la décision concernant les prochaines étapes doit être prise en collaboration avec le patient. Une augmentation de la dose peut être envisagée si le traitement initial est bien toléré.

Si l'antidépresseur initial est mal toléré, s'il n'a pas produit de réponse ou si le patient le souhaite, il est possible de changer d'antidépresseur. Même si, selon le CANMAT, il existe peu de données probantes permettant de privilégier le passage à une autre classe d'antidépresseurs, il est courant d'essayer un agent ayant un mécanisme différent, en tenant compte du profil d'effets indésirables.

*Si une dose optimisée d'antidépresseur provoque une réponse partielle et est bien tolérée, l'étape suivante consisterait à ajouter un médicament d'appoint. Il est peu probable que des changements répétés d'antidépresseurs soient bénéfiques.*

Type de traitement	Traitement d'appoint	Dose cible <sup>1</sup>	Facilité/pertinence de l'utilisation en soins primaires
<b>Première intention</b>	Aripiprazole	2 à 10 mg	OUI
	Brexpiprazole*	0,5 à 2 mg	OUI
<b>Deuxième intention</b>	Bupropion	150 à 450 mg	OUI
	Eskétamine intranasale*	56 à 84 mg par voie intranasale	NON, doit être administrée sous supervision
	Kétamine racémique intraveineuse (i.v.)*	0,5 à 1,0 mg/kg par voie i.v.	NON, doit être administrée sous supervision
	Olanzapine	2,5 à 10 mg	PAS de façon régulière – prise de poids
	Quétiapine XR*	150 à 300 mg	PAS de façon régulière – prise de poids
	Rispéridone*	1 à 3 mg	PAS de façon régulière – prise de poids
	Lithium	600 à 1 200 mg (taux sérique thérapeutique : 0,5 à 0,8 mmol/L))	OUI, mais vérifier la TSH et la CR, et relever le taux cible de Li
	Cariprazine*	1,5 à 3 mg	OUI
	Mirtazapine/miansérine	30 à 60 mg/30 à 90 mg	OUI, mais relever la fatigue et la prise de poids
	Modafinil	100 à 400 mg	OUI, mais le coût peut s'avérer problématique
	Triiodothyronine	25 à 50 mcg	OUI
	<b>Troisième intention</b>	Autres antidépresseurs, y compris les tricycliques	Varie en fonction des médicaments
Stimulants		Varie en fonction des médicaments	OUI – voir les tableaux posologiques des stimulants du CADDRA
Lamotrigine*		100 à 300 mg	OUI – commencer à 25 mg et augmenter chaque semaine en raison du risque de maladie de Stevens-Johnson
Kétamine racémique non i.v.*		Varie en fonction des médicaments	NON
Pramipexole*		1 à 2 mg deux fois par jour	OUI
Ziprasidone		20 à 80 mg deux fois par jour	OUI, mais rarement utilisée en psychiatrie en raison d'une efficacité clinique limitée
<b>Expérimental</b>	Psychothérapie assistée par les psychédéliques*	Doses modérées à élevées accompagnées d'une psychothérapie	NON
<b>Non recommandé</b>	Cannabis* (données probantes insuffisantes quant à son efficacité; risque de préjudices)	SANS objet	SANS objet

**Tableau 2.** Options de traitement d'appoint pour la dépression; avec l'aimable autorisation de Jennifer Swainson, M.D.

\* Tableau adapté pour les soins primaires à partir des lignes directrices 2023 du CANMAT sur la dépression.

1 Les intervalles de doses sont tirés des monographies des produits; en contexte clinique, des doses inférieures et supérieures à ces intervalles peuvent être utilisées. **Abréviations :** **CADDRA** : Canadian ADHD Resource Alliance; **CANMAT** : Canadian Network for Mood And Anxiety Treatments; **CR** : créatinine; **i.v.** : intraveineux; **Li** : lithium; **TSH** : thyroïdostimuline

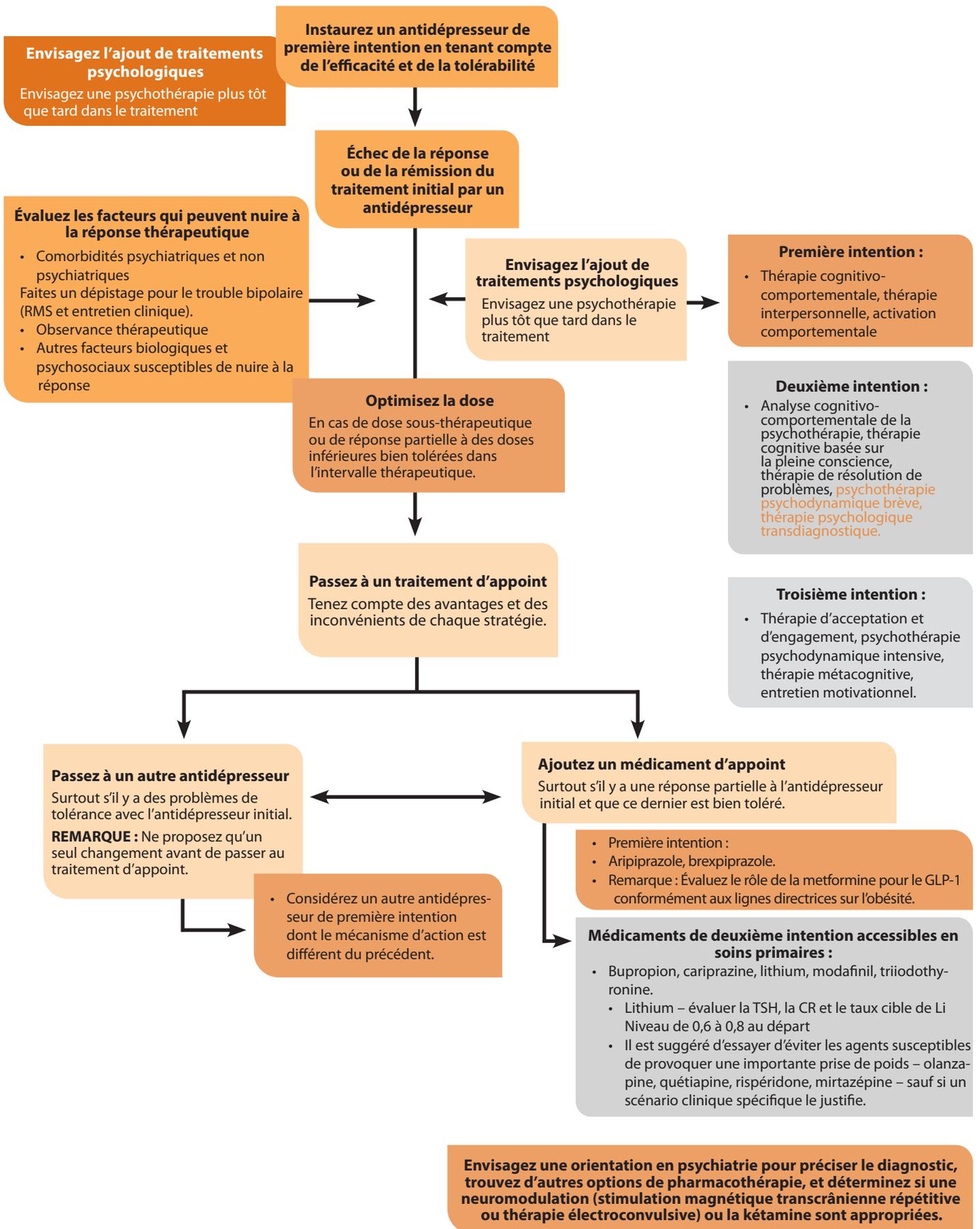


Figure 1. Algorithme pour le traitement initial par des antidépresseurs; d'après l'article du CANMAT.

**CONSEIL :** Si vous changez d'antidépresseur, ne le faites qu'une seule fois avant d'ajouter un traitement d'appoint sur la base de données probantes.

### Traitements d'appoint

Les deux seuls médicaments d'appoint de première intention sont des antipsychotiques atypiques de troisième génération, soit l'ariprazole et le brexpiprazole (**Tableau 2**). Un autre médicament de troisième génération atypique, la cariprazine, a été ajouté aux lignes directrices. Bien qu'elle soit indiquée comme traitement d'appoint de la dépression aux États-Unis, il s'agit d'une utilisation non conforme à l'étiquette au Canada. Elle est considérée comme un traitement de deuxième intention selon le CANMAT 2023. Il semble que ces antipsychotiques de troisième génération soient différents des antipsychotiques de deuxième génération en raison de leur mécanisme d'agonisme partiel de la dopamine et du fait qu'ils sont moins susceptibles que plusieurs autres antipsychotiques atypiques d'être associés à une prise de poids, mais plus susceptibles de provoquer des effets secondaires extrapyramidaux tels que l'akathisie. En général, les traitements d'appoint les plus probants doivent être utilisés en premier. Pour atténuer le risque de prise de poids causée par les antipsychotiques atypiques, l'ajout de metformine ou d'agonistes du GLP-1 (*glucagon-like peptide-1*) peut être envisagé.<sup>8</sup>

Les antidépresseurs tels que le bupropion ou la mirtazapine, le lithium, la triiodothyronine ou le modafinil constituent d'autres stratégies d'appoint de deuxième intention. La rispéridone et la quétiapine ont été reléguées aux traitements de deuxième intention dans les lignes directrices de 2023 en raison de préoccupations concernant les effets métaboliques et de l'échec des essais sur la rispéridone. L'olanzapine reste un traitement de deuxième intention en raison de ses effets métaboliques importants.

**CONSEIL :** Si vous avez recours à des antipsychotiques atypiques comme traitement d'appoint, utilisez l'ariprazole, le brexpiprazole ou la cariprazine avant la rispéridone, la quétiapine ou l'olanzapine, en raison des meilleures données probantes sur l'efficacité ou d'un meilleur profil métabolique.

### Nouvelles méthodes d'appoint

La kétamine intraveineuse et l'eskétamine intranasale sont désormais reconnues dans les lignes directrices de 2023 comme des traitements d'appoint efficaces en deuxième intention en raison des limites d'accès pour les patients. Les deux traitements doivent être administrés et suivis dans un établissement de soins de santé et ne sont généralement pas adaptés à la plupart des pratiques de soins primaires.

Par ailleurs, le système public en santé mentale offre peu de possibilités pour ces traitements. Les formes

de kétamine non intraveineuse sont maintenant considérées comme un traitement d'appoint de troisième intention, même si les données sont limitées en ce qui concerne la posologie ou la fréquence optimales; il faut donc bien réfléchir avant de prescrire ce type de traitement.<sup>9</sup> Le CANMAT a déjà indiqué que la kétamine non intraveineuse ne devrait être utilisée que par un spécialiste ou en collaboration avec lui.<sup>9,10</sup> En outre, les directives de prescription et les exigences de surveillance peuvent varier selon l'ordre provincial.

Bien que la psilocybine et le « microdosage » fassent l'objet de nombreuses discussions dans les médias grand public et en ligne, la psilocybine demeure un traitement expérimental et n'est pas recommandée pour traiter la dépression.<sup>11</sup> Le cannabis n'est pas non plus recommandé en raison de son manque d'efficacité, et il a été constaté qu'il aggravait l'évolution de la dépression et des troubles bipolaires.<sup>12</sup>

**CONSEIL :** Il faut activement dissuader d'utiliser tout traitement non médical/automédication par la kétamine ou la psilocybine.

### Rémission

Lorsqu'un patient atteint la rémission après un premier épisode, l'antidépresseur doit être maintenu pendant six à douze mois. En cas d'antécédents d'épisodes multiples ou de facteurs de risque de récurrence, il doit être poursuivi pendant au moins deux ans. Les facteurs de risque comprennent des symptômes dépressifs résiduels, des épisodes dépressifs plus graves, des épisodes dépressifs antérieurs, des comorbidités médicales ou psychiatriques, un soutien limité, des facteurs de stress dans la vie et des antécédents de maltraitance durant l'enfance.

**CONSEIL :** Si le patient a besoin d'un traitement d'appoint pour atteindre la rémission, alors la dépression est plus difficile à traiter et risque de récidiver.

### Quand consulter en psychiatrie?

Avant de consulter un psychiatre, il faut essayer deux antidépresseurs et au moins un traitement d'appoint. Si le patient ne répond pas à cette séquence de traitements, il peut être considéré qu'il est atteint d'une dépression résistante ou difficile à traiter, et qu'il peut tirer des bienfaits d'une pharmacothérapie plus complexe, d'interventions comme la kétamine intraveineuse, ou d'une neuromodulation comme la thérapie électroconvulsive ou la stimulation magnétique transcrânienne répétitive. Une consultation en psychiatrie peut également aider à élucider les comorbidités ou d'autres facteurs qui contribuent à l'absence de réponse au traitement d'un patient.

## Conclusion

Dans une clinique de soins primaires très achalandée, il peut s'avérer utile de diagnostiquer la dépression à l'aide d'outils gérés par les patients. Le traitement de la dépression peut allier des modifications du mode de vie, une psychothérapie et une pharmacothérapies. Les options de pharmacothérapie sont nombreuses et il est possible de les simplifier en tenant compte du profil d'effets indésirables et en sélectionnant les agents les moins susceptibles de présenter des risques d'effets indésirables à long terme.

## Correspondance

**Jennifer Swainson, M.D., FRCPC, Psychiatre**

**Courriel :** jns1@ualberta.ca

## Divulcation de renseignements financiers

Aucune déclaration

## Références

1. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001;16(9):606-613. doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x
2. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, Bond DJ, Frey BN, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2018;20(2):97-170. doi:10.1111/bdi.12609
3. McIntyre RS, Patel MD, Masand PS, Harrington A, Gillard P, McElroy SL, et al. The Rapid Mood Screener (RMS): a novel and pragmatic screener for bipolar I disorder. *Curr Med Res Opin.* 2021;37(1):135-144. doi:10.1080/03007995.2020.1860358
4. Mitchell PB, Goodwin GM, Johnson GF, Hirschfeld RM. Diagnostic guidelines for bipolar depression: a probabilistic approach. *Bipolar Disord.* 2008;10(1 Pt 2):144-152. doi:10.1111/j.1399-5618.2007.00559.x
5. Sarris J, Ravindran A, Yatham LN, Marx W, Rucklidge JJ, McIntyre RS, et al. Clinician guidelines for the treatment of psychiatric disorders with nutraceuticals and phytochemicals: The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) and Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Taskforce. *World J Biol Psychiatry.* 2022;23(6):424-455. doi:10.1080/15622975.2021.2013041
6. Parikh SV, Quilty LC, Ravitz P, Rosenbluth M, Pavlova B, Grigoriadis S, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 2. Psychological Treatments. *Can J Psychiatry.* 2016;61(9):524-539. doi:10.1177/0706743716659418
7. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Chaimani A, Atkinson LZ, Ogawa Y, Leucht S, Ruhe HG, Turner EH, Higgins JPT, Egger M, Takeshima N, Hayasaka Y, Imai H, Shinohara K, Tajika A, Ioannidis JPA, Geddes JR. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet.* 2018 Apr 7;391(10128):1357-1366. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32802-7. Epub 2018 Feb 21. PMID: 29477251; PMCID: PMC5889788.
8. Obesity Canada. The Role of Mental Health in Obesity Management. University of Alberta, Edmonton, Alberta: Obesity Canada; 2024 [updated 2024]. [Available from: <https://obesitycanada.ca/guidelines/mentalhealth/>].
9. Chrenek C, Duong B, Khullar A, McRee C, Thomas R, Swainson J. Use of ketamine for treatment resistant depression: updated review of literature and practical applications to a community ketamine program in Edmonton, Alberta, Canada. *Front Psychiatry.* 2023;14:1283733. doi:10.3389/fpsy.2023.1283733
10. Swainson J, McGirr A, Blier P, Brietzke E, Richard-Devantoy S, Ravindran N, et al. The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Task Force Recommendations for the Use of Racemic Ketamine in Adults with Major Depressive Disorder: Recommendations Du Groupe De Travail Du Réseau Canadien Pour Les Traitements De L'humeur Et De L'anxiété (Canmat) Concernant L'utilisation De La Kétamine Racémique Chez Les Adultes Souffrant De Trouble Dépressif Majeur. *Can J Psychiatry.* 2021;66(2):113-125. doi:10.1177/0706743720970860
11. Rosenblat JD, Husain MI, Lee Y, McIntyre RS, Mansur RB, Castle D, et al. The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Task Force Report: Serotonergic Psychedelic Treatments for Major Depressive Disorder. *Can J Psychiatry.* 2023;68(1):5-21. doi:10.1177/0706743722111371
12. Tourjman SV, Buck G, Jutras-Aswad D, Khullar A, McInerney S, Saraf G, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Task Force Report: A Systematic Review and Recommendations of Cannabis use in Bipolar Disorder and Major Depressive Disorder. *Can J Psychiatry.* 2023;68(5):299-311. doi:10.1177/07067437221099769