

# L'évaluation de la dépression au cabinet

par Marie Joyal

2

Myriam se représente à votre cabinet dix jours plus tard. Elle vous semble encore plus fatiguée et ralentie, elle se met à pleurer dès le début de l'entretien. « Docteur, ce n'est pas juste une dépression, je suis certaine d'avoir une maladie. » Elle vous parle de sa mère qui a déjà souffert d'une grave forme d'anémie et de sa collègue de travail qui lui a conseillé de faire vérifier sa thyroïde.

LE MÉDECIN DE PREMIÈRE LIGNE est confronté à plusieurs modes de présentation de la dépression. En fait, la plupart des patients déprimés consultent au départ pour des symptômes somatiques, tels que des douleurs, de la fatigue ou des troubles du sommeil. Donc, en plus d'établir le diagnostic chez un patient qui mentionne une humeur triste, le médecin doit pouvoir reconnaître la dépression derrière ses différents visages<sup>1</sup>. Dans le *Michigan Depression Project*<sup>2</sup>, qui portait sur la dépression en première ligne, seulement 35 % des cas de dépression majeure ont été découverts par les médecins (le pourcentage varie cependant de 18,4 % pour les dépressions légères à 70 % pour les formes graves). Quant à la présence parallèle d'autres troubles toujours en première ligne, elle est la règle. Par exemple, dans l'étude *Prime MD 1000*, plus de 65 % des patients atteints d'un trouble de l'humeur présentaient également un trouble anxieux, un trouble somatoforme ou un abus de drogues ou d'alcool,

et 82 % des sujets avaient au moins un problème médical d'ordre général, quel qu'il soit<sup>3</sup>. Le traitement de la dépression majeure ayant fait ses preuves, il importe de déceler les patients atteints, de poser un diagnostic précis et d'élaborer un plan de traitement structuré.

## Évaluation et diagnostic différentiel

Que le patient présente principalement des symptômes d'allure dépressive ou que l'on soupçonne une dépression chez un patient affichant des symptômes physiques inexplicables, l'évaluation initiale passe par une anamnèse et un examen physique complet, notamment un examen neurologique détaillé et une évaluation des fonctions mentales supérieures au besoin, à la recherche d'une affection médicale générale. On tentera également de savoir si le patient prend des médicaments ou consomme des drogues ou de l'alcool, ce qui pourrait expliquer le tableau clinique. Ce n'est qu'une fois cette étape franchie et ces possibilités éliminées que nous pouvons envisager la présence d'un épisode dépressif majeur (*figure*).

Doit-on faire passer des examens de laboratoire à tous les patients présentant des symptômes dépressifs ? Quel

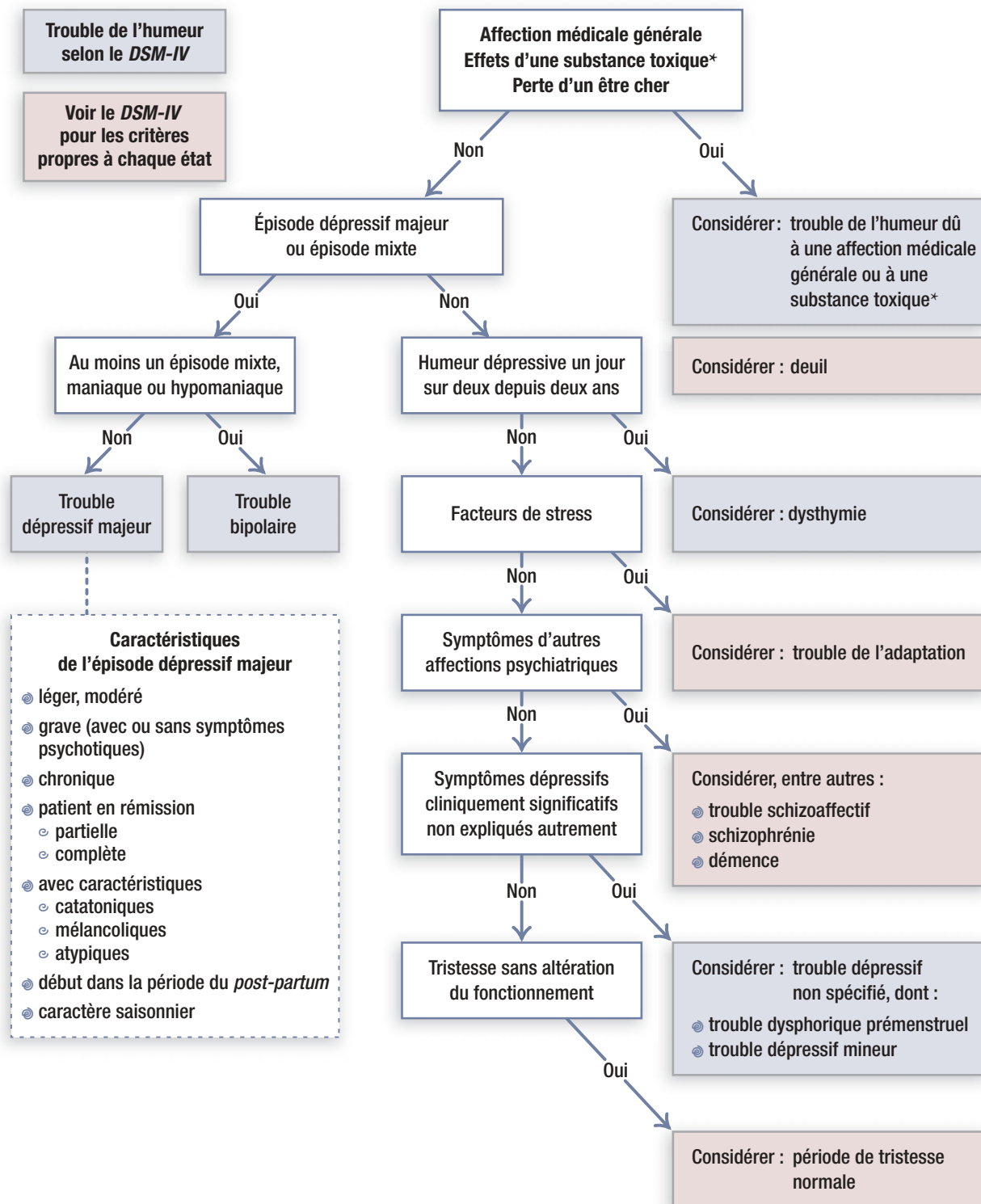
La D<sup>e</sup> Marie Joyal, omnipraticienne, exerce au CLSC de Sainte-Rose à Laval et enseigne à l'Unité de médecine familiale de Verdun.

31

**Que le patient présente principalement des symptômes d'allure dépressive ou que l'on soupçonne une dépression chez un patient affichant des symptômes physiques inexplicables, l'évaluation initiale passe par une anamnèse et un examen physique complet, notamment un examen neurologique détaillé et une évaluation des fonctions mentales supérieures au besoin, à la recherche d'une affection médicale générale. On tentera également de savoir si le patient prend des médicaments ou consomme des drogues ou de l'alcool, ce qui pourrait expliquer le tableau clinique. Ce n'est qu'une fois cette étape franchie et ces possibilités éliminées que nous pouvons envisager la présence d'un épisode dépressif majeur.**

R É P È R E

Humeur triste ou perte d'intérêt: démarche diagnostique



\* Substance toxique : alcool, médicaments, drogues, etc.

## Trouble dépressif majeur : troubles concomitants, fréquence et répercussions

### Axe I

- Troubles anxieux
  - La moitié (50 %) des patients présentant un trouble dépressif majeur (TDM) répondront, à vie, aux critères d'un trouble anxieux<sup>5</sup>.
  - La gravité des symptômes et le risque suicidaire sont accrus.
  - La réponse à un antidépresseur en monothérapie est réduite.
- Abus de drogues ou d'alcool
  - Le tiers (33 %) des patients présentant un TDM ont des antécédents d'abus de drogues ou d'alcool<sup>5</sup>.
  - La consommation pose un défi diagnostique : troubles concomitants ou trouble de l'humeur dû à une drogue ou à l'alcool.
  - La consommation pose aussi un défi thérapeutique : diminution de l'observance et de la réaction au traitement, augmentation du risque suicidaire, altération possible de la pharmacocinétique des antidépresseurs.
- Démence
  - Les patients atteints de la maladie d'Alzheimer en soins ambulatoires souffrent de TDM dans une proportion de 22 %<sup>5</sup>.
  - Plus du tiers des patients atteints d'une première dépression à un âge avancé souffriront de la maladie d'Alzheimer dans les deux années suivantes<sup>6</sup>.
  - Le traitement de la dépression chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer peut améliorer la qualité de vie de ces derniers, même si leurs fonctions cognitives restent inchangées.

### Axe II

- La fréquence de troubles de la personnalité chez les patients atteints de TDM serait de 30 % à 40%, mais les statistiques varient grandement d'une étude à l'autre<sup>5</sup>.
- Les troubles de la personnalité et le TDM peuvent, à un moment donné, présenter un tableau semblable. C'est en recueillant l'histoire longitudinale du malade qu'on peut arriver à les différencier.
- Le pronostic du TDM est assombri en présence de troubles de la personnalité.

### Axe III

- L'affection médicale générale pose un défi diagnostique : troubles concomitants ou trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale.
- La fréquence du TDM est de 12 % à 36 % chez les patients atteints d'une affection médicale générale, mais elle est plus élevée pour certaines maladies<sup>7</sup>.
- Les maladies suivantes sont souvent associées à un tableau dépressif : maladies neurologiques dégénératives ou vasculaires (Parkinson, sclérose en plaques, accident vasculaire cérébral), troubles endocriniens (diabète, problèmes thyroïdiens), maladies cardiovasculaires (athérosclérose coronarienne, infarctus), certains cancers, infection par le VIH ou sida, douleur chronique. Leur pronostic est alors plus sombre.
- Le traitement du TDM doit tenir compte de l'affection associée et des interactions médicamenteuses dans le choix d'un antidépresseur.

bilan doit-on faire ? Les ouvrages de référence proposent un bilan initial restreint pouvant inclure hémogramme, TSH, électrolytes, créatinine, enzymes hépatiques. Toute évaluation supplémentaire sera entreprise en fonction des éléments recueillis à l'anamnèse et au cours de l'examen physique. Il faut rester particulièrement vigilant devant un

patient déprimé dont l'état n'évolue pas comme prévu ou devant celui présentant un premier épisode à un âge avancé puisque le trouble dépressif majeur (TDM) apparaît habituellement dans la vingtaine ou au début de la trentaine.

Plusieurs problèmes médicaux sont fréquemment associés à un tableau dépressif (*encadré 1*). Au plan diagnostique,

les relations entre les affections médicales générales et la dépression sont parfois complexes. En raison du chevauchement des symptômes, il peut être difficile de distinguer le trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale d'un TDM coexistant avec une affection médicale générale. Ce n'est que lorsque les symptômes sont clairement la conséquence directe d'un trouble physique et représentent davantage qu'une simple adaptation à la maladie que nous posons un diagnostic de trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale (plutôt qu'un diagnostic de TDM) à l'axe I. Dans les deux cas, l'affection médicale est mentionnée à l'axe III.

*Myriam s'avère un peu difficile à interroger, car vous devez composer avec sa concentration déficiente, ses pleurs répétés et son inquiétude marquée. Vous lui indiquez que malgré certains symptômes (fatigue et lourdeur des membres) qu'elle a mentionnés, l'examen sommaire fait à l'urgence et l'anamnèse ne vous orientent pas vers une hypothyroïdie ni vers une autre maladie. La voilà plus calme. Vous abordez ses antécédents familiaux. Sa mère n'a jamais eu de récidive de son anémie du post-partum, et il n'y a pas d'autres maladies dans sa famille. Un de ses proches a-t-il déjà souffert de dépression? Consulté en psychiatrie? Elle se rappelle que son père avait pris des médicaments et été en arrêt de travail pendant deux mois lorsqu'elle était jeune. Il était apathique. On lui avait alors dit qu'il souffrait de surmenage. Plus tard, il avait été hospitalisé pendant trois semaines pour épuisement. A-t-elle déjà vu son père euphorique, irritable ou n'ayant plus besoin de dormir par période?*

La recherche d'une réduction des besoins de sommeil, de la présence d'idées de grandeur ou d'humeur irritable ou exaltée chez le patient ou un de ses proches permet de dépister une maladie bipolaire qui aurait pu passer inaperçue jusque-là chez un patient ou dans sa famille. Elle est également utile pour repérer un épisode mixte actuel

(la présence de symptômes dépressifs et maniaques simultanément), cela étant un critère d'exclusion d'un épisode dépressif majeur.

*Au chapitre des habitudes, Myriam prend environ deux ou trois verres d'alcool par semaine. Elle ne fume pas et ne prend aucun médicament. Elle vous avoue aujourd'hui consommer du cannabis, « un peu comme tout le monde ».*

La consommation d'alcool et de drogues doit être activement recherchée chez tout patient qui présente des symptômes dépressifs. Il faut suivre le même raisonnement qu'avec un problème médical : s'agit-il d'un trouble de l'humeur induit par ces substances ou d'un épisode dépressif majeur? En règle générale, il suffit d'un mois de sobriété pour faire disparaître les symptômes en cas de consommation d'alcool ou de drogues. Par contre, si les symptômes dépressifs ont précédé le début de la consommation, s'ils persistent plus d'un mois après l'arrêt, s'ils sont disproportionnés en regard du type et de la durée de la consommation ou si le patient a des antécédents clairs de TDM, la probabilité d'un épisode dépressif est beaucoup plus grande.

Dans la réalité, il peut être difficile de convaincre un patient de cesser sa consommation. En effet, ce dernier peut refuser de croire que sa consommation est à l'origine du problème, il peut s'en servir comme autotraitement pour ses malaises ou encore le problème peut être d'une telle ampleur qu'il nécessite une approche de type désintoxication que le patient n'est pas prêt à entreprendre. Chez un tel patient, on peut envisager l'utilisation des antidépresseurs, mais plusieurs obstacles sont à prévoir. L'observance thérapeutique et la réaction au traitement peuvent être amoindries. Par exemple, le cannabis et même le tabac, en stimulant les isoenzymes du cytochrome P450, pourraient entraîner une chute des taux sériques de l'antidépresseur. En outre, une étude a montré qu'une consommation d'al-

**La consommation d'alcool et de drogues doit être activement recherchée chez tout patient qui présente des symptômes dépressifs. Il faut suivre le même raisonnement qu'avec un problème médical : s'agit-il d'un trouble de l'humeur induit par une substance toxique ou d'un épisode dépressif majeur? En règle générale, il suffit d'un mois de sobriété pour faire disparaître les symptômes causés par la consommation d'alcool ou de drogues. Par contre, si les symptômes dépressifs ont précédé le début de la consommation, s'ils persistent plus d'un mois après l'arrêt de la consommation, s'ils sont disproportionnés en regard du type et de la durée de la consommation ou si le patient a des antécédents clairs de TDM, la probabilité d'un épisode dépressif est beaucoup plus grande.**

R E P È R E

## Ressources

## Bibliothérapie

Burns David D. *Être bien dans sa peau*. 5<sup>e</sup> éd. Québec : Éditions Héritage inc. 1994. On retrouve dans ce livre l'inventaire de Beck proposé aux patients.

## Information et sites Internet

Vous pouvez remplir le questionnaire de l'échelle de dépression de Hamilton et obtenir les résultats en ligne à l'adresse suivante : [www.paris-nord-sftg.com/outils.hamilton.0312.php3](http://www.paris-nord-sftg.com/outils.hamilton.0312.php3)

- Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments
  - Services offerts : information au public et aux professionnels (lignes directrices du traitement des troubles dépressifs 2001)
  - Site Internet : [www.canmat.org](http://www.canmat.org)
- Association québécoise de soutien aux personnes souffrant de troubles anxieux, dépressifs ou bipolaires
  - Services offerts : ligne d'écoute, d'information et de référence, conférences, groupes d'entraide et documents d'information (dépliants et documents vidéo)
  - Site Internet : [www.revivre.org](http://www.revivre.org)
- Fondation des maladies mentales
  - Services offerts : répertoire provincial des ressources en santé mentale, information et dépliants
  - Site Internet : [www.fmm-mif.ca](http://www.fmm-mif.ca)
- Association canadienne pour la santé mentale
  - Services offerts : information, publications et dépliants
  - Site Internet : [www.acsmmontreal.qc.ca](http://www.acsmmontreal.qc.ca)

Documents d'information destinés aux patients (dépliants ou documents vidéo) pouvant être obtenus par les médecins auprès des sociétés pharmaceutiques.

cool, même modérée, augmenterait la résistance au traitement<sup>4</sup>. Enfin, pour les patients qui croient se soigner en consommant des drogues ou de l'alcool, nous pouvons leur répondre que les études tendent à montrer que la dépression est le plus souvent attribuable à la consommation, sauf pour le trouble bipolaire où le contraire est plus fréquent.

*Myriam se fait vague quant à sa consommation de cannabis et vous devez insister. Auparavant, elle en consommait environ deux fois par mois avec ses amis. Depuis quelques semaines, c'est plutôt deux fois par semaine. Vous concluez que l'augmentation est survenue après l'installation du tableau dépressif et qu'il n'y a pas d'abus ni de dépendance. Avant de passer à l'examen physique, vous voulez vérifier comment les symptômes dépressifs ont évolué depuis sa visite à l'urgence.*

Certains outils, dont la validité n'est plus à démontrer, peuvent nous aider à suivre l'évolution du patient d'une visite à l'autre : les échelles de Beck et de Hamilton sont les plus connues (encadré 2). Pour les patients qui n'acceptent

pas un diagnostic pourtant clair de dépression, il n'est pas rare qu'un résultat positif ébranle leur conviction et permette d'ouvrir une porte sur le traitement.

En début d'évaluation, il faut toujours vérifier si les symptômes actuels représentent un réel changement par rapport au fonctionnement antérieur. L'omission de cette étape peut résulter en un diagnostic erroné de TDM. Quand l'humeur dépressive est présente depuis longtemps, plusieurs hypothèses diagnostiques doivent être envisagées, allant du TDM à la dysthymie et même au trouble de la personnalité. À titre d'exemple, pensons au patient atteint d'un trouble de la personnalité (axe II) qui se présente en état de crise. Absence de plaisir, trouble du sommeil, difficultés de concentration, idées suicidaires, découragement sont certes au nombre des symptômes, mais ce n'est que par un interrogatoire serré que nous pourrions établir s'ils sont présents, quoique fluctuants, depuis fort longtemps et reflètent davantage un fonctionnement répétitif et mal adapté

## Trouble dépressif majeur : psychoéducation, quelques données

La maladie	
Les causes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le trouble dépressif majeur relève de facteurs génétiques et environnementaux.</li> <li>Il est de 1,5 à 3 fois plus fréquent chez les parents biologiques des patients atteints que dans la population en général.</li> </ul>
La fréquence	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elle varie de 7,8 % à 17 % à vie selon les études<sup>5</sup>.</li> </ul>
L'évolution naturelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>Après un an, en l'absence de traitement, seulement 40 % des patients sont guéris et 40 % répondent encore aux critères d'un TDM<sup>8</sup>.</li> <li>Après un premier épisode, le risque de récurrence est de 50 % ; après un deuxième, de 70 % ; après un troisième, de 90 %.</li> </ul>
Le traitement	
Les étapes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le traitement de la phase aiguë dure de six à douze semaines et vise le soulagement, puis la rémission des symptômes.</li> <li>Le traitement d'entretien dure de six mois à deux ans et vise la prévention des rechutes et récurrences.</li> </ul>
Les médicaments	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le délai d'action est de deux à quatre semaines ; il est fréquent que les effets secondaires précèdent les effets bénéfiques.</li> <li>Certains symptômes (appétit, sommeil, anxiété) s'améliorent souvent avant d'autres (énergie, concentration, sensation de bien-être).</li> <li>L'amélioration est souvent en dents de scie au début.</li> <li>Si la prise de l'antidépresseur cesse moins de six mois après la rémission, le taux de rechute est de 35 % à 40 % alors qu'il est de 10 % à 25 % si elle est maintenue<sup>5</sup>.</li> <li>Aucune dépendance n'est décrite même si des symptômes de sevrage peuvent se produire chez certains patients.</li> </ul>
La psychothérapie	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'efficacité des thérapies cognitive comportementale et interpersonnelle est égale à celle du traitement médicamenteux dans le TDM léger et modéré, mais pourrait être moindre dans les cas graves.</li> <li>La psychothérapie peut permettre d'éviter les rechutes.</li> </ul>
L'approche combinée	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'utilisation combinée de la psychothérapie et du traitement médicamenteux peut être plus efficace que l'utilisation séparée de l'une ou l'autre des méthodes dans la dépression grave ou chronique.</li> </ul>

typique de ces patients<sup>9</sup>. Mais attention, la désorganisation d'un patient déprimé pourrait être faussement attribuée à un trouble de la personnalité. De surcroît, le TDM et le trouble de la personnalité coexistent souvent. Parfois, seule l'évolution nous permettra de trancher.

Par ailleurs, une autre échelle, soit celle de l'évaluation globale du fonctionnement (EGF), est privilégiée par le DSM-IV pour quantifier le degré d'adaptation psychologique, social et professionnel à l'axe V.

Myriam refuse d'envisager tout traitement médicamenteux avant d'avoir reçu ses résultats d'examen. Vous convenez d'un prochain rendez-vous dans une semaine et lui recom-

mandez de cesser sa consommation de cannabis. Vous conseillez votre examen mental au dossier. La patiente semblait fatiguée et un peu ralentie. Le cours et la forme de sa pensée étaient normaux. Par ailleurs, elle se sentait passablement coupable d'être malade, mais sans intensité délirante. Elle n'a pas d'hallucinations. Ses fonctions mentales n'ont pas été testées formellement, mais son niveau d'attention était à la limite de la normale. Les idées suicidaires étaient absentes.

Une semaine plus tard, l'état de Myriam est inchangé. Elle est démolie d'apprendre qu'elle n'a aucun problème physique, car cela lui confirme sa faiblesse et son incompétence. Peut-on guérir d'une dépression ? Elle se souvient d'un voisin dépres-



*sif qui avait fini ses jours dans un asile. Quant aux médicaments, on lui en a dit bien du mal.*

## Plan de traitement

### La psychoéducation

La psychoéducation, de même qu'une attitude empathique, jettent les bases d'une bonne alliance thérapeutique, elle-même nécessaire à la réussite du traitement. Le patient doit comprendre la nature et l'évolution de la maladie ainsi que les options thérapeutiques qui s'offrent à lui. L'encadré 3 résume quelques données servant à étayer nos explications. Le plan de traitement suppose des choix initiaux. Les patients s'interrogent souvent sur la pertinence de prendre un médicament ou encore craignent les effets secondaires. Certains préfèrent voir un psychologue. D'autres pensent que le repos ou le temps viendront à bout de leurs problèmes, surtout en présence d'éléments déclencheurs, comme un divorce ou une perte d'emploi. À ces patients, il faut prendre le temps de bien expliquer le rôle des éléments déclencheurs. Il est vrai qu'ils peuvent précipiter une dépression, mais à partir du moment où les critères d'un épisode dépressif sont présents, il faut retenir ce diagnostic et traiter le patient en conséquence. Cela ne signifie pas que les facteurs de stress soient sans importance. À preuve, nous les notons à l'axe IV et, évidemment, nous en tenons compte dans notre traitement. Toutefois, nous devons écarter le diagnostic de trouble de l'adaptation, même si le facteur de stress est majeur.

Il importe aussi d'informer le patient de l'importance d'une bonne hygiène de vie dans le processus de guérison. À cette étape, des objectifs simples en rapport avec l'alimentation, l'activité physique ou les habitudes de sommeil sont négociés avec le patient et ajustés au fil des rencontres.

### Les options thérapeutiques

En l'absence de traitement, le taux de guérison atteint seulement 40 % après un an tandis que de 5 % à 10 % des patients satisfont encore aux critères de TDM après deux ans d'évolution. Compte tenu des répercussions person-

nelles, familiales et professionnelles d'une dépression ainsi que du risque suicidaire inhérent, il semble bien dangereux de s'en remettre au temps, surtout qu'il existe des traitements efficaces ayant fait leurs preuves.

Dans la dépression légère et modérée, les études ont montré l'efficacité égale de la pharmacothérapie et des psychothérapies cognitive comportementale et interpersonnelle appliquées selon des normes strictes. Le choix du patient dépend toutefois de l'accessibilité de ces ressources. Dans le réseau public, l'accès à la psychothérapie est souvent soumis à des délais d'attente importants. Le suivi en clinique privée représente un fardeau financier trop important pour certains patients. Par contre, dans la dépression grave, la psychothérapie utilisée seule peut induire une réaction initiale moins bonne que les médicaments; ces derniers doivent donc être employés dès le début du traitement.

Pour ce qui est de l'approche combinée (utilisation conjointe de la pharmacothérapie et de la psychothérapie), elle serait plus efficace que l'une ou l'autre des approches utilisées séparément dans la dépression chronique ou grave.

Au chapitre des avantages respectifs, soulignons que la psychothérapie peut permettre d'éviter les récurrences, ce qui est d'un intérêt certain en cas d'épisodes dépressifs récurrents. Quant au traitement médicamenteux, malgré son délai d'action, il atténue plus rapidement les symptômes et reste la meilleure option pour un patient qui n'a pas l'énergie, la concentration, le goût, ni la capacité d'introspection nécessaires pour entreprendre une psychothérapie ou encore pour un patient qui ne réagit pas de façon significative à la psychothérapie après quelques semaines de traitement, délai qu'il est judicieux de déterminer dès le départ avec le patient.

Enfin, selon la situation clinique, diverses approches peuvent être ajoutées à l'arsenal thérapeutique (par exemple, thérapie conjugale ou familiale, réorientation de carrière).

L'encadré 2 propose différentes ressources en santé mentale pouvant être utiles aux professionnels de la santé de même qu'aux patients.

**En l'absence de traitement, le taux de guérison atteint seulement 40 % après un an tandis que de 5 % à 10 % des patients satisfont encore aux critères de TDM après deux ans d'évolution. Compte tenu des répercussions personnelles, familiales et professionnelles d'une dépression ainsi que du risque suicidaire inhérent, il semble bien dangereux de s'en remettre au temps, surtout qu'il existe des traitements efficaces ayant fait leurs preuves.**

## S U M M A R Y

**Initial evaluation of depression in the office.** Initial evaluation of a patient with depressive symptoms must begin with a full physical examination to rule out a medical condition or the presence of medication, alcohol or drugs as the cause of the mood disorder. Major depressive disorder usually presents with comorbidity either on axis I (anxiety disorders, substance abuse, dependence, or dementia), axis II (mainly borderline personality disorder) or axis III (neurological, cardiac or endocrine disease, some cancers, HIV, chronic pain). Comorbidity is challenging for both diagnosis and treatment. Cognitive-behavioural and interpersonal therapies are as effective as antidepressive medication in light or moderate depression but medication should be used in severe depression. The treatment objective is full remission of symptoms and recovery of previous functioning.

**Key words:** evaluation, comorbidity, treatment plan, depression

### Les objectifs du traitement

Les recommandations actuelles sont de viser la rémission, soit la disparition de tous les symptômes dépressifs et la restauration du niveau de fonctionnement antérieur. L'importance des troubles concomitants peut rendre l'atteinte de cet objectif plus difficile. Toutefois, dans la plupart des cas, le retour au fonctionnement antérieur peut être assuré par un traitement adéquat. Dans le meilleur des cas, l'issue d'un épisode dépressif majeur sera une amélioration de la qualité de vie du patient.

*Myriam hésite encore. Ses préférences se portent vers la psychothérapie. Elle refuse toujours les médicaments. Elle veut vérifier le régime d'assurances collectives de son mari. Parlant d'assurances, il vous reste encore à remplir son formulaire d'invalidité. Toutefois, cela devrait aller rondement, votre évaluation vous ayant permis de faire le tour des cinq axes de diagnostic. Nous reverrons Myriam bientôt. Il sera alors grand temps de prendre une décision sur le traitement, ce dont elle est bien consciente. ☘*

**Date de réception :** 10 novembre 2003

**Date d'acceptation :** 9 mars 2004

**Mots-clés :** évaluation, troubles concomitants, plan de traitement, dépression

### Bibliographie

1. Wittchen HU, Lieb R, Wundreich U, Schuster P. Comorbidity in primary care. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (suppl 7) : 29-36.
2. Schwenk TL, Klinkman MS, Coyne JC. Depression in the family physician's office: what the psychiatrist needs to know: the Michigan Depression Project. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (suppl 20) : 94-100.
3. Klinkmann MS. The role of algorithms in the detection and treatment of depression in primary care. *J Clin Psychiatry* 2003; 64 (suppl 2) : 19-23.
4. Casteneda R, Susmann N, Westreich L, Levy R, O'Malley M. A review of the effect of moderate alcohol intake on the treatment of anxiety and mood disorders. *J Clin Psychiatry* 1996; 57 (3) : 207-12.
5. L'Association des psychiatres du Canada et le Canadian Network for

Mood and Anxiety Treatments. Lignes directrices du traitement des troubles dépressifs. *Can J Psy* 2001; 46 (suppl 1).

6. Groulx B. Dépression et démence : ce que les cliniciens doivent savoir (première partie). *La revue canadienne de la maladie d'Alzheimer* 2000; 4 (2) : 9-11.
7. Tasman A, Kay J, Lieberman JA. *Psychiatry*. 1<sup>re</sup> édition. Philadelphie : WB Saunders Company, 1997.
8. American Psychiatric Association. *DSM-IV Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. 4<sup>e</sup> éd. Paris : Masson, 1996.
9. Brochu M. Le suivi des troubles de la personnalité en première ligne, comment y survivre. *Le Médecin du Québec* 2001; 36 (5) : 57-63.

— ACCENTUER —  
LA QUALITÉ DES SOINS  
dans les interventions pour la  
**MPOC**

**26 - 28 novembre 2004**

**Delta Centre-Ville • Montréal (Québec)**

présenté par :

The Canadian COPD Alliance  
L'Alliance des MPOC du Canada

Pour plus de renseignements :

**613-747-0262 ou [www.lung.ca/CCA](http://www.lung.ca/CCA)**