

## SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

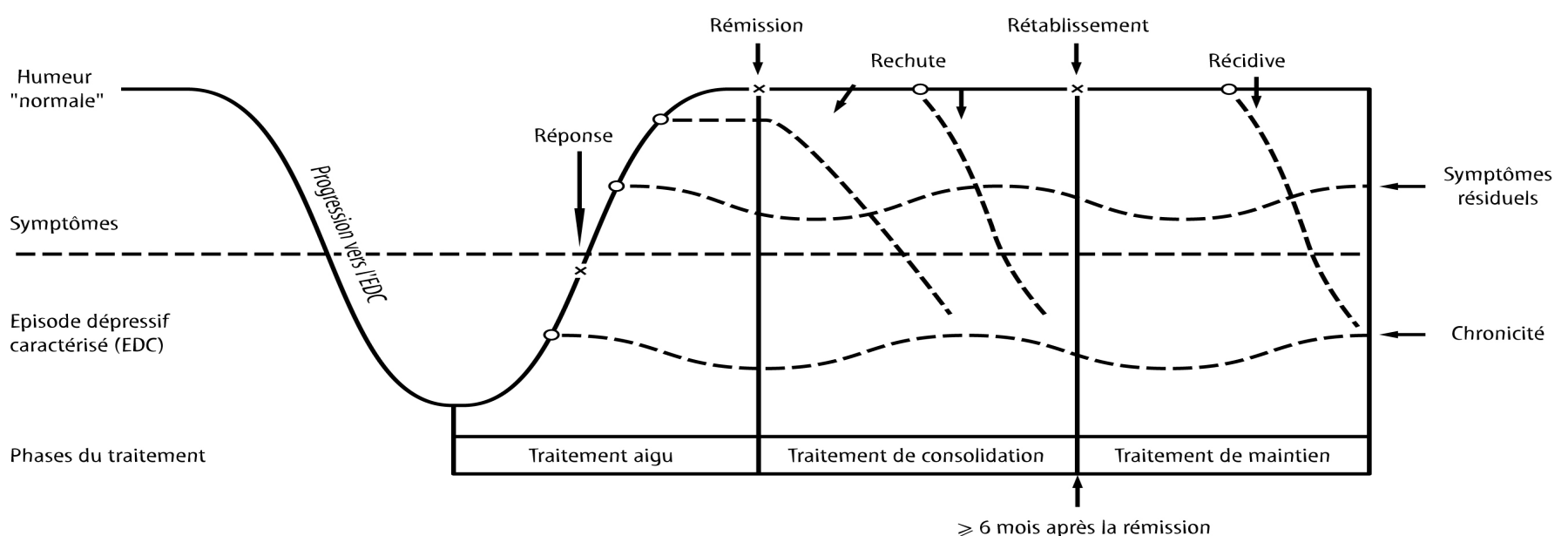
# Prise en charge des complications évolutives d'un épisode dépressif caractérisé de l'adulte

Avril 2007

**OBJECTIF** : diminuer la morbi-mortalité (prévention du suicide) des complications évolutives d'un épisode dépressif caractérisé (EDC) par la prise en charge des :

- **Récidives** : mise en place d'un traitement préventif si nécessaire
- **Symptômes résiduels** (EDC en rémission partielle) : identification des facteurs de risque de récurrence et de passage à la chronicité
- **EDC chroniques** (EDC > 2 ans) : reconnaissance et prise en charge

### Distinguer rechute, récurrence et forme chronique



### Facteurs de risque de récurrence ou de passage à la chronicité d'un EDC à prendre en compte dans la prise en charge

- Sexe féminin
- Nombre, durée, espacement (au moins 2 EDC en 4 ans en plus de l'épisode en cours), sévérité des EDC précédents
- Persistance de symptômes résiduels pendant le traitement ou la rémission de l'EDC
- Autres facteurs de risque :
  - âge au premier EDC > 60 ans ou < 30 ans
  - récurrence rapide
  - antécédents familiaux d'EDC
  - prise en charge inadaptée ou observance insuffisante du patients lors du ou des EDC précédents
  - non-prise en compte des événements de vie qui ont précipité l'apparition du ou des EDC précédents
  - traumatismes, séparations ou deuils précoces
  - troubles anxieux et troubles de la personnalité
  - addictions, y compris le tabagisme

- environnement familial, social et/ou professionnel insuffisant ou stressant, contexte économique précaire

## Evaluation d'un patient ayant une complication évolutive d'un EDC

### Evaluation à réaliser ou à compléter par un psychiatre

#### En prévention des récurrences, évaluer :

- l'absence de **symptômes résiduels** ou de **prodromes** d'un nouvel épisode, et en particulier l'absence d'idées suicidaires
- les **facteurs de risque de récurrence**

#### En cas de symptômes résiduels, évaluer :

- le **type** de symptômes résiduels
- leur **chronologie** d'apparition
- leur **sévérité** (présence d'idées suicidaires)
- leur **retentissement sur la qualité de vie** du patient, et de son entourage en **tenant compte du fonctionnement** du patient **avant** l'EDC

#### En cas de dépression chronique, évaluer :

- le **nombre** et l'**intensité** des symptômes dépressifs, pour affirmer le diagnostic d'EDC
- la **durée des symptômes** (> 2 ans)
- le **risque suicidaire**
- la **participation iatrogène** à la chronicité
- le **retentissement sur la qualité de vie** du patient (y compris des éventuels bénéfices secondaires) et de son entourage

#### Quelle que soit la complication évolutive, évaluer :

- l'histoire des troubles dépressifs, en particulier du 1<sup>er</sup> épisode
- les modalités de la prise en charge antérieure des troubles dépressifs, en particulier pour le dernier épisode (médicaments et/ou psychothérapie, et dans les deux cas : nature, durée, efficacité, tolérance, adhésion du patient au traitement)
- le fonctionnement du patient entre les épisodes
- les comorbidités psychiatriques ou somatiques et les addictions
- les traitements en cours
- l'environnement familial, le niveau de soutien psychosocial (appartenance ou pas à un groupe), le contexte économique et professionnel
- l'organisation de la personnalité et l'estime de soi
- l'efficience cognitive du patient et ses capacités d'adaptation

#### Cas particulier de la personne âgée, rechercher :

- des comorbidités somatiques masquant les symptômes dépressifs ou associées
- des troubles cognitifs
- une altération de l'état général
- une insuffisance hépatique ou rénale

- **tout risque d'interactions médicamenteuses** surtout en cas de prescription d'antidépresseur

## Stratégie thérapeutique

### Quelle que soit la complication évolutive traitée :

- **informer** le patient et, avec son accord, son entourage
- **établir avec le patient une relation d'aide**, avec la collaboration si besoin de l'entourage et d'autres professionnels, de santé ou non
- **mettre en place un plan de traitement impliquant un psychiatre au moins en début et en fin de traitement**

#### En prévention des récurrences, indications du traitement de maintien :

- si 2 EDC en 4 ans, voire 1 seul : **psychothérapie seule**
- si 3 EDC ou plus, soit en 4 ans, soit plus espacés mais avec un cumul de facteurs de risque :  
**antidépresseurs +/- psychothérapie**
- si antidépresseurs, utiliser la molécule et la posologie qui ont permis d'obtenir la rémission des symptômes du dernier EDC
- si dépression saisonnière : **luminothérapie**
- lithium en cas d'échec des stratégies précédentes
- électroconvulsivothérapie en dernier recours

#### En cas de symptômes résiduels, évaluer :

- en 1<sup>re</sup> intention, **optimiser le traitement existant** : associer ou intensifier une psychothérapie et/ou augmenter la posologie de l'antidépresseur si possible
- en 2<sup>e</sup> intention, **changer d'antidépresseur**
- utiliser, en complément du traitement existant, un traitement spécifique des symptômes résiduels (anxiolytiques ou hypnotiques pour une courte durée si possible ; traitement des troubles sexuels)

#### En cas de dépression chronique :

- après rémission des symptômes, traitement de maintien par :  
**antidépresseurs +/- psychothérapie** pendant une durée de **18 mois à 2 ans**
- utiliser la molécule et la posologie qui ont permis d'obtenir la rémission des symptômes
- lithium en cas d'échec des stratégies précédentes
- si besoin hospitalisation en milieu psychiatrique
- électroconvulsivothérapie en dernier recours

### Quel que soit le type de traitement :

- **réévaluer** au minimum une fois par an le rapport bénéfices/risques du maintien du traitement par rapport à son arrêt
- **considérer la fin de la prise en charge comme une phase thérapeutique à part entière** :
  - informer le patient des modalités d'arrêt en début ou en cours de traitement et planifier cet arrêt
  - pour une psychothérapie : prévoir éventuellement un espacement progressif des

- consultations avant l'arrêt
- pour les antidépresseurs, diminuer les posologies progressivement de façon à prévenir la survenue d'un syndrome d'arrêt et augmenter la fréquence des consultations du fait du risque de réapparition des symptômes

### Décider d'une hospitalisation en milieu psychiatrique :

- en cas de **crise suicidaire d'urgence élevée**, y compris sans le consentement du patient
- pour évaluer une situation complexe
- dans des situations où l'accueil en milieu spécialisé peut avoir un aspect curatif (pour une rupture nécessaire avec le milieu familial ou pour donner au patient et/ou à son entourage un moment de répit)
- en cas de difficultés de surveillance du patient en ambulatoire
- en cas de changement de traitement

### Cas particulier de la personne âgée

- Il est possible de **débuter une psychothérapie** à un âge > 65 ans
- Sauf cas particuliers, les ISRS, IRSN, IMAO sélectif A et les « autres antidépresseurs » tels que la miansérine, la mirtazapine et la tianeptine sont recommandés en 1<sup>re</sup> intention
- **L'adaptation posologique éventuelle du traitement antidépresseur doit être plus prudente que chez la personne jeune.** Mais il est important d'aboutir et de maintenir pendant toute la durée du traitement une posologie identique à la posologie recommandée par le résumé des caractéristiques du produit.

HAS

Ce document présente les points essentiels des recommandations professionnelles :  
« Prise en charge des complications évolutives d'un épisode dépressif caractérisé chez l'adulte » -  
Recommandation pour la pratique clinique – Avril 2007

Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité  
sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)