



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

GUIDE - AFFECTION DE LONGUE DURÉE

Affections psychiatriques de longue durée

Troubles dépressifs récurrents ou persistants de l'adulte

Février 2009

Ce guide médecin est téléchargeable sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé
Service communication

2 avenue du Stade de France - F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. :+33 (0)1 55 93 70 00 - Fax :+33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

Liste des abréviations	5
1. Introduction.....	6
1.1 Objectif	6
1.2 Professionnels concernés	7
1.3 Méthode.....	7
1.4 Généralités sur les troubles dépressifs de l'ALD 23 (Affections psychiatriques de longue durée) : troubles dépressifs récurrents ou persistants	7
1.5 Définitions.....	8
1.6 Dépression récurrente.....	8
1.7 Symptômes résiduels et rémission partielle	9
1.8 Formes chroniques des épisodes dépressifs caractérisés	9
2. Évaluation avec le patient	10
2.1 Objectifs.....	10
2.2 Professionnels impliqués.....	10
2.3 Évaluation quelle que soit la complication évolutive	11
2.4 Particularités de l'évaluation en fonction de la complication évolutive.....	12
2.5 Cas particulier de la personne âgée.....	13
3. Prise en charge thérapeutique d'un patient ayant des troubles dépressifs récurrents ou persistants relevant de l'ALD 23.....	14
3.1 Objectifs.....	14
3.2 Professionnels impliqués.....	14
3.3 Moyens thérapeutiques	14
3.4 Stratégie thérapeutique	18
4. Suivi	20
4.1 Durée du traitement.....	20
4.2 Rythme des consultations	20
4.3 Modalités d'arrêt du traitement de maintien	20
4.4 Examens complémentaires	21
Annexe 1. Liste des participants.....	23

Annexe 2. Critères diagnostiques d'un épisode dépressif caractérisé	24
Annexe 3. Critères diagnostiques des complications évolutives d'un épisode dépressif caractérisé	26
Annexe 4. Échelle d'évaluation globale du fonctionnement	28
Annexe 5. Critères de définition de l'urgence de la crise suicidaire	30
Annexe 6. Échelles d'activités de la vie quotidienne	31
Annexe 7. Associations de patients	32
Annexe 8. Antidépresseurs	33
Annexe 9. Références	36

Mise à jour des guides et listes ALD

Les guides médecin élaborés par la Haute Autorité de Santé sont révisés tous les 3 ans.

Dans l'intervalle, la liste des actes et prestations (LAP) est actualisée au minimum une fois par an et disponible sur le site Internet de la HAS (www.has-sante.fr).

Liste des abréviations

ALD	Affection de longue durée
AMM	autorisation de mise sur le marché
Anaes	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
CIM-10	Classification internationale des maladies (10 ^e édition)
DSM-IV TR	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (4 ^e édition – texte révisé)
ECT	Électroconvulsivothérapie
HAS	Haute Autorité de Santé
ISRS	Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine
IRSN	Inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
TCC	Thérapie cognitive et comportementale

1. Introduction

1.1 Objectif

L'objectif de ce guide médecin est d'expliciter la prise en charge optimale des seuls patients dépressifs admis dans le cadre de l'ALD 23 : « Affections psychiatriques de longue durée ». Ce guide ne porte pas sur les critères d'admission (annexe au décret du 4 octobre 2004).

Les troubles dépressifs admis au sein de l'affection de longue durée « Affections psychiatriques de longue durée » sont :

- Les troubles dépressifs récurrents (après trois épisodes au moins).
- Les troubles de l'humeur persistants et sévères.

Sont exclus : l'épisode dépressif isolé, la réaction dépressive brève, la réaction aiguë à un facteur de stress et la dysthymie légère.

Les troubles de l'humeur persistants et sévères dont il est question dans ce guide sont ceux correspondant à un abaissement de l'humeur.

Les troubles dépressifs de l'enfant et de l'adolescent ne sont pas abordés dans ce guide.

Les autres affections psychiatriques relevant de l'ALD 23 sont :

- Les psychoses : schizophrénies, troubles schizo-affectifs et troubles délirants persistants.
- Les déficiences intellectuelles et les troubles graves du développement durant l'enfance.
- Les troubles névrotiques sévères et les troubles graves de la personnalité et du comportement.
- Et les troubles bipolaires (maladies maniaco-dépressives).

Le trouble bipolaire correspond à des critères diagnostiques précis (cf. F31 – CIM-10), des indications thérapeutiques spécifiques et des complications particulières qui le distinguent des troubles dépressifs récurrents. Il fait l'objet d'un guide médecin distinct (cf. Guide – Affection de longue durée Troubles bipolaires - HAS 2009).

1.2 Professionnels concernés

Ce guide est destiné aux médecins généralistes et aux autres médecins impliqués dans la prise en charge des patients adultes ayant des troubles dépressifs récurrents ou persistants, notamment : psychiatres, gériatres, médecins du travail, neurologues, endocrinologues, cardiologues. La prise en charge de ces patients peut impliquer également psychologues, personnels socio-éducatifs, infirmières.

1.3 Méthode

Les sources principales utilisées pour élaborer ce guide ont été les deux recommandations pour la pratique clinique suivantes :

- Prise en charge des complications évolutives d'un épisode dépressif caractérisé de l'adulte, HAS 2007.
- Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte, Afssaps 2006.

La mise en application de ces recommandations dans le guide médecin a été discutée et validée par un groupe de travail pluridisciplinaire (*annexe 1*).

1.4 Généralités sur les troubles dépressifs de l'ALD 23 (Affections psychiatriques de longue durée) : troubles dépressifs récurrents ou persistants

Ces troubles correspondent aux complications évolutives d'un épisode dépressif caractérisé¹ (*annexe 2*). Trois complications évolutives sont prises en compte dans ce guide :

- Les récurrences ou récurrences dépressives.
- Les symptômes résiduels.
- Les formes chroniques des épisodes dépressifs caractérisés.

Ces trois complications représentent chacune des formes de gravité d'intensité croissante et justifient une prise en charge spécifique et adaptée. La prise en charge de ces complications s'inscrit dans la prévention globale du risque suicidaire.

D'après la recommandation HAS 2007, à un moment donné, 6 à 12 % de la population française présentent les symptômes d'un épisode dépressif

¹ Le terme « caractérisé » a été préféré au terme « majeur », traduction inappropriée du terme anglo-saxon « *major* » qui ne préjuge pas en anglais de la sévérité de l'épisode dépressif.

caractérisé, lorsque ces symptômes sont mesurés entre les 15 derniers jours et la dernière année précédant l'enquête. La prévalence sur la vie entière est d'environ 20 %. Les femmes sont environ deux fois plus touchées que les hommes. Pour une majorité de personnes souffrant d'épisode dépressif caractérisé dans les études de prévalence, ce trouble est récidivant ou chronique. La prévalence des symptômes résiduels en France n'est pas connue. En octobre 2004, 125 940 personnes dans le régime général étaient en ALD avec le diagnostic d'épisode dépressif.

1.5 Définitions

Les définitions utilisées dans ce document ont été reprises de deux classifications : la Classification internationale des maladies – 10^e édition (CIM-10) et le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux - 4^e édition – texte révisé (DSM-IV TR) (*annexe 3*).

1.6 Dépression récurrente²

► Critères diagnostiques des classifications internationales

- Pour la CIM-10, le trouble dépressif récidivant correspond à un « trouble caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs correspondant à la description d'un tel épisode, en l'absence de tout antécédent d'épisodes indépendants d'exaltation de l'humeur et d'augmentation de l'énergie (manie). Le trouble peut toutefois comporter de brefs épisodes caractérisés par une légère élévation de l'humeur et une augmentation de l'activité (hypomanie), succédant immédiatement à un épisode dépressif, et parfois déclenchés par un traitement antidépresseur. Le risque de survenue d'un épisode maniaque ne peut jamais être complètement écarté chez un patient présentant un trouble dépressif récidivant, quel que soit le nombre d'épisodes dépressifs déjà survenus. Si un tel épisode maniaque se produit, le diagnostic doit être changé pour celui de trouble affectif bipolaire. »
- Pour le DSM-IV TR, le trouble dépressif caractérisé récidivant nécessite la présence des critères suivants :
 - ▶ au moins deux épisodes dépressifs caractérisés qui seront (...) considérés comme distincts s'ils sont séparés par une période d'au

² À différencier de la rechute qui correspond à une réactivation symptomatique dans une période inférieure à 6 mois après la rémission d'un épisode dépressif isolé. La rémission complète est définie par une disparition de la symptomatologie dépressive pendant au moins 2 mois consécutifs.

moins 2 mois consécutifs pendant laquelle les critères d'un épisode dépressif caractérisé ne sont pas remplis ;

- ▶ les épisodes dépressifs caractérisés ne sont pas mieux expliqués par un trouble schizo-affectif et ne sont pas surajoutés à une schizophrénie, à un trouble schizophréniforme, à un trouble délirant, ou à un trouble psychotique non spécifié ;
- ▶ il n'y a jamais eu d'épisode maniaque, mixte ou hypomaniaque.

▶ Distinction entre rechute et récurrence

Le trouble dépressif récurrent ou récidivant correspond à une réactivation symptomatique dans une période supérieure à 6 mois après la rémission d'un épisode dépressif isolé.

1.7 Symptômes résiduels et rémission partielle

Les dépressions en rémission partielle sont définies par la persistance d'un certain nombre de symptômes dits « résiduels » potentiellement invalidants, qui contrastent avec la manière de vivre de la personne avant l'épisode dépressif caractérisé.

Parmi les symptômes résiduels, les plus caractéristiques semblent être :

- les troubles du sommeil, de l'alimentation et les troubles sexuels ;
- la sensation de fatigue ;
- l'anxiété psychique ou physique ;
- la réactivité exagérée aux stress sociaux ;
- la persistance de l'idéation dépressive, voire suicidaire ;
- le pessimisme ;
- la baisse de l'estime de soi ;
- l'existence d'une dysphorie³ modérée, de difficultés d'investissement ;
- un manque de motivation ou un émoussement affectif.

1.8 Formes chroniques des épisodes dépressifs caractérisés

Il s'agit d'épisodes dépressifs correspondant aux critères d'un épisode dépressif caractérisé dont la symptomatologie persiste continuellement pendant une durée de 2 ans au moins.

Les épisodes dépressifs caractérisés en rémission partielle ont été rapprochés des dépressions chroniques : en effet, il peut être observé pendant l'évolution d'un épisode dépressif caractérisé chronique de brèves périodes d'amélioration des symptômes, mais elles sont transitoires et toujours inférieures à 2 mois.

³ Sensation de malaise liée à une labilité de l'humeur essentiellement caractérisée par de la tristesse, de l'anxiété et de l'irritabilité.

2. Évaluation avec le patient

Cette évaluation est centrée sur le patient, ses représentations, croyances et connaissances, son niveau d'information, son environnement familial, le contexte psychosocial et économique et ses possibilités d'adaptation à sa propre vie.

2.1 Objectifs

- Faire le diagnostic de la complication évolutive – dépression récurrente, symptômes résiduels, forme chronique d'un épisode dépressif caractérisé – et en évaluer le risque suicidaire.
- Réévaluer l'état clinique et la prise en charge jusqu'à ce jour afin d'identifier ce qui n'a pas été pris en compte :
 - analyse critique des traitements antérieurement reçus (nature, dose, durée) ;
 - identifier les comorbidités somatiques, notamment celles permettant un diagnostic différentiel ou entrant dans les complications secondaires du trouble ;
 - identifier les comorbidités psychiatriques, les troubles de la personnalité, et les addictions ;
 - identifier un facteur d'évolution défavorable lié à l'environnement familial ou au milieu professionnel ;
 - évaluer le retentissement socioprofessionnel, le retentissement sur la qualité de vie du patient et sur celle de son entourage, évaluer le degré d'autonomie pour les actes de la vie quotidienne.
- Informer le patient.
- Décider avec le patient des meilleures modalités d'accompagnement et de prise en charge, justifier ou dédramatiser une consultation spécialisée.

2.2 Professionnels impliqués

Le psychiatre doit être sollicité pour réaliser ou compléter l'évaluation.

Le médecin généraliste peut être sollicité en premier et débiter l'évaluation.

D'autres professionnels de santé peuvent être impliqués : gériatre, médecin du travail, neurologue, endocrinologue, cardiologue, psychologue.

2.3 Évaluation quelle que soit la complication évolutive

Les éléments d'évaluation communs aux trois types de complications évolutives sont :

- L'histoire des troubles dépressifs :
 - pour le premier épisode : le ou les facteurs déclenchants éventuels, le mode de début (brutal ou progressif, la progressivité orientant plutôt vers un processus réactionnel), l'âge du patient au début, la sévérité et la durée des symptômes, la nature de la rémission (avec ou sans symptômes résiduels),
 - pour les épisodes ultérieurs éventuels : le nombre d'épisodes caractérisés, leur sévérité, leur durée, leur espacement dans le temps (tendance à l'augmentation ou à la réduction des périodes de rémission entre les épisodes),
 - rechercher chez le sujet une bipolarité qui serait passée inaperçue et qui renverrait à un autre type de traitement et s'enquérir des antécédents personnels et familiaux. Les signes d'appel qui doivent faire rechercher une bipolarité devant des épisodes dépressifs sont les suivants :
 - la présence d'au moins 3 épisodes dépressifs récurrents,
 - la notion d'hypomanie même brève, y compris un épisode déclenché par un antidépresseur,
 - le début d'un épisode (maniaque, mixte, ou psychotique) durant le post-partum,
 - le début des épisodes dépressifs récurrents avant l'âge de 25 ans,
 - la présence d'antécédents familiaux de troubles bipolaires ou de suicide,
 - les antécédents personnels de tentative de suicide,
 - une réponse atypique à un traitement antidépresseur (non-réponse thérapeutique, aggravation des symptômes, apparition d'une agitation, symptômes d'hypomanie),
 - quel que soit l'épisode : le retentissement sur la qualité de vie et l'adaptation sociale du patient, sur son entourage, les hospitalisations éventuelles pour dépression, les tentatives de suicide éventuelles ;
- les modalités de la prise en charge antérieure des troubles dépressifs (médicaments et/ou psychothérapie, et dans les deux cas : nature du traitement, durée, efficacité, effets indésirables et leur impact, adhésion du patient au traitement), en particulier pour le dernier épisode ;
- le mode de fonctionnement du patient entre les épisodes ;
- les troubles associés qui, s'ils sont présents, sont à prendre en compte dans le choix du traitement :
 - les comorbidités psychiatriques (troubles anxieux), en particulier l'existence de troubles de la personnalité qui justifie une évaluation,
 - les addictions (alcool et autres addictions),
 - les comorbidités somatiques impliquées dans l'évolution ou les conséquences de la dépression, par exemple les troubles vasculaires, endocriniens, en particulier l'hypothyroïdie ou les maladies neurologiques dégénératives.

- Les traitements en cours pour prendre en compte les interactions médicamenteuses surtout en cas de prescription d'antidépresseur.
- L'environnement familial, le niveau de soutien psychosocial, l'isolement relationnel, le contexte économique et professionnel.
- L'efficacité cognitive du patient et ses capacités d'adaptation : niveau de contrôle interne, stratégie d'ajustement à l'adversité, capacités à demander de l'aide.
- La dépression peut affecter la capacité du patient à prendre soin de lui-même, justifiant une incitation particulière à la prévention (hygiène de vie, précautions élémentaires de santé, dépistages, contraception, etc.).
- La dépression peut affecter la sexualité dans plusieurs de ses aspects, justifiant une prise en charge (désir, libido, effets indésirables du traitement).
- Il est possible d'évaluer le retentissement sur la qualité de vie du patient avec l'échelle d'évaluation globale du fonctionnement (voir *annexe 4*).

2.4 Particularités de l'évaluation en fonction de la complication évolutive

En prévention des récurrences, évaluer
<ul style="list-style-type: none">● L'absence de symptômes résiduels ou de prodromes d'un nouvel épisode, et en particulier l'absence d'idées suicidaires (voir <i>annexe 5</i>)● Les facteurs de risque de récurrence
En cas de symptômes résiduels, évaluer
<ul style="list-style-type: none">● Le type de symptômes résiduels, leur chronologie d'apparition● Leur sévérité (présence d'idées suicidaires – voir <i>annexe 5</i>)● Leur retentissement sur la qualité de vie du patient et de son entourage en tenant compte du fonctionnement du patient avant l'épisode dépressif caractérisé
En cas de dépression chronique, évaluer
<ul style="list-style-type: none">● Le nombre et l'intensité des symptômes dépressifs, pour affirmer le diagnostic d'épisode dépressif caractérisé● La durée des symptômes (> 2 ans)● Le risque suicidaire (voir <i>annexe 5</i>)● 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

2.5 Cas particulier de la personne âgée

Chez la personne âgée, rechercher

- Les comorbidités somatiques masquant les symptômes dépressifs ou associés
- Les troubles cognitifs (tests neuropsychologiques, imagerie cérébrale dans le cadre du diagnostic étiologique d'une démence)
- L'état nutritionnel et l'état général
- Une insuffisance hépatique ou rénale
- Les prises médicamenteuses et les interactions médicamenteuses, surtout en cas de prescription d'antidépresseur
- Une perte d'autonomie pour les activités et gestes de la vie quotidienne. Il est possible d'utiliser les échelles d'activités de la vie quotidienne (voir *annexe 6*).

3. Prise en charge thérapeutique d'un patient ayant des troubles dépressifs récurrents ou persistants relevant de l'ALD 23

3.1 Objectifs

Diminuer la morbidité et la mortalité (prévention du suicide) des complications évolutives d'un épisode dépressif caractérisé.

3.2 Professionnels impliqués

Il est recommandé la mise en place d'un plan de traitement établi après concertation entre le médecin généraliste et le psychiatre. La coopération du médecin généraliste et du psychiatre est essentielle tout au long de la prise en charge.

Le psychiatre intervient :

- avant la mise en œuvre d'un nouveau plan de traitement, surtout si un psychiatre n'a pas été consulté pour le traitement du ou des épisodes dépressifs caractérisés antérieurs ;
- à la fin de ce traitement ;
- et à tout moment au cours de la prise en charge en cas de difficulté thérapeutique, d'échec du traitement, de comorbidité difficile à traiter, de psychothérapie structurée.

D'autres professionnels peuvent être impliqués avec l'accord du patient :

- les autres spécialistes et en particulier le médecin du travail, le gériatre, et en cas de comorbidité somatique associée le spécialiste concerné ;
- le psychologue ;
- l'infirmier(ère) ;
- les personnels socio-éducatifs.

3.3 Moyens thérapeutiques

► Éducation thérapeutique

- Informer le patient (et avec son accord son entourage) en tenant compte :
 - de son fonctionnement et de sa personnalité ;
 - de son environnement familial et social ;
 - de ses représentations, croyances et connaissances à propos de sa maladie et des traitements dont il est déjà informé.

- Informer le patient et, si nécessaire, son entourage avec son accord, sur :
 - ▶ l'accès aux soins ;
 - ▶ la maladie ;
 - ▶ les différents traitements (médicaments et psychothérapies) avec leurs avantages et leurs inconvénients (les limites éventuelles et les recours en cas d'efficacité insuffisante d'un premier traitement) ;
 - ▶ les risques iatrogènes en cas de prises de médicaments ou de substances hors cadre thérapeutique ;
 - ▶ pour les médicaments : la manière et le moment de prendre les médicaments, le délai d'action, la nécessité d'adapter la dose efficace sous contrôle médical, de poursuivre le traitement même après amélioration, les effets indésirables, les modalités d'arrêt ;
 - ▶ pour les psychothérapies : leur principe et leur déroulement ;
 - ▶ l'existence d'associations de patients et de familles (voir *annexe 7*), et l'intérêt de les contacter ;
 - ▶ l'existence de programmes particuliers d'auto-entraînement, et en discuter avec lui (ouvrages, CD).
- Fournir des conseils d'hygiène de vie : la pratique d'une activité physique, le maintien de relations avec l'extérieur, les activités de plaisir, la réduction des substances toxiques, l'équilibre du sommeil et de l'alimentation.

▶ Relation d'aide

La création d'une relation d'aide ou de soutien est primordiale pour assurer la continuité d'une prise en charge qui s'inscrit dans la durée. Le soutien peut également être proposé à l'entourage, pour éviter l'épuisement des aidants naturels.

Cette relation d'aide est un « soutien à plusieurs » et peut mobiliser, avec l'accord du patient, des ressources autres que le médecin généraliste, le psychiatre ou le psychologue : l'entourage, d'autres professionnels de santé, les associations d'usagers de santé, les travailleurs sociaux.

Il est recommandé que les professionnels de santé soient formés aux techniques relationnelles et d'accompagnement psychologique adaptées à un patient ayant une complication évolutive d'un épisode dépressif caractérisé.

► **Psychothérapies structurées**

Elles ont des objectifs différents :

- Les thérapies cognitives et comportementales (TCC) ont pour objectif principal les symptômes psychocomportementaux et émotionnels.
- Les thérapies psychodynamiques sont plus orientées vers les conflits psychologiques récents et anciens.
- Les thérapies systémiques sont centrées sur l'interaction du sujet avec la famille et les différents entourages du patient.

L'option psychothérapeutique est particulièrement proposée lorsque coexistent des troubles de la personnalité, des conflits psychologiques actuels ou anciens, des difficultés interpersonnelles ou lorsque le patient exprime la demande d'une aide de ce type.

Les psychothérapies structurées doivent être menées par des professionnels spécialement formés et entraînés.

La psychothérapie est une prestation dont le remboursement n'est pas prévu par la législation.

► **Traitements pharmacologiques**

Pour des raisons de simplicité, les guides médecin citent généralement les classes thérapeutiques sans détailler l'ensemble des médicaments indiqués dans la pathologie concernée.

Cependant, chaque médicament n'est concerné que dans le cadre précis de son autorisation de mise sur le marché (AMM). Si pour des raisons explicites tel n'est pas le cas, et plus généralement pour toute prescription d'un produit hors AMM, qui s'effectue sous la seule responsabilité du prescripteur, celui-ci doit en informer spécifiquement le patient.

► **Antidépresseurs**

Les antidépresseurs constituent le traitement pharmacologique de référence des épisodes dépressifs caractérisés d'intensité modérée à sévère (voir annexe 8). Leurs effets indésirables doivent être prévenus et recherchés. Le traitement par antidépresseur est symptomatique.

► **Lithium**

Le lithium peut être efficace en prévention des récurrences d'épisode dépressif caractérisé du trouble dépressif unipolaire (ancienne classification) (utilisation hors AMM), en association avec les antidépresseurs et/ou la psychothérapie. Son rôle dans la prévention du suicide est controversé.

► **Autres médicaments adjuvants en cas de symptômes résiduels**

Une prescription limitée dans le temps peut être proposée si nécessaire :

- de molécules à visée anxiolytique (benzodiazépines, molécules apparentées aux benzodiazépines, antihistaminiques) (voir les recommandations professionnelles HAS 2007 - Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé) ;
- de molécules à visée hypnotique (benzodiazépines et composés Z - Zolpidem et Zopiclone) ;
- d'une molécule indiquée dans les dysfonctions érectiles en cas de troubles sexuels iatrogènes chez l'homme.

Toutes ces prescriptions doivent être réévaluées à chaque consultation.

► **Hospitalisation psychiatrique**

Elle est recommandée en cas de crise suicidaire d'urgence élevée, y compris sans le consentement du patient.

En dehors de la crise suicidaire, elle est proposée dans les indications suivantes :

- 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 (changement de forme galénique [passage à un traitement par voie intraveineuse] ou changement de modalités de traitement).

► **Électroconvulsivothérapie (ECT)**

Ses indications et les modalités de sa mise en œuvre sont à discuter en milieu spécialisé.

► **Luminothérapie**

La luminothérapie a montré son efficacité dans le traitement de la dépression saisonnière qui correspond à des critères précis (voir *annexe 3*).

La luminothérapie n'est recommandée qu'après avis médical confirmant la présence de ces critères et n'est réalisée que sous surveillance par des professionnels de santé formés à son utilisation.

► Traitement des comorbidités

- Comorbidité somatique : il est recommandé de choisir en première intention un antidépresseur en fonction de sa tolérance, en veillant particulièrement aux interactions médicamenteuses.
- Troubles paniques et anxieux : le choix de l'antidépresseur doit privilégier une molécule ayant obtenu l'AMM dans ces deux indications (Afssaps). Les antidépresseurs ayant des propriétés anxiolytiques sont les traitements de choix en première intention : inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS) et venlafaxine (cf. Guide – Affection de longue durée HAS 2007 - Troubles anxieux graves).
- Consommation d'alcool ou autres substances psychoactives ou médicaments à potentiel addictif : le sevrage doit être envisagé.
- Troubles de la personnalité : certains constituent un facteur de non-observance, de risque de non-réponse, voire de résistance aux antidépresseurs. Les propriétés collatérales (effet anxiolytique ou stimulant par exemple) et le risque lié au surdosage en cas d'ingestion volontaire sont deux critères de choix qui peuvent aider le prescripteur.

3.4 Stratégie thérapeutique

En prévention des récurrences, indications du traitement de maintien

- Si 2 épisodes dépressifs caractérisés en 4 ans, voire 1 seul : **psychothérapie seule**
- Si 3 épisodes dépressifs caractérisés 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 épisode dépressif caractérisé
- Si dépression saisonnière : **luminothérapie**
- Lithium en cas d'échec des stratégies précédentes
- Électroconvulsivothérapie en dernier recours

En cas de symptômes résiduels

- en première intention, **optimiser le traitement existant** : associer ou intensifier une psychothérapie et/ou augmenter la posologie de l'antidépresseur si possible
- en deuxième 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

Cas particulier de la personne âgée

- Il est possible de **débuter une psychothérapie** à un âge > 65 ans
- Sauf cas particuliers, les ISRS, IRSN, et les « autres antidépresseurs » (cf. *annexe 8*) sont recommandés en première intention
- Un traitement par imipraminique ne doit pas être utilisé en première intention et n'est indiqué qu'exceptionnellement après 75 ans
- **L'adaptation posologique éventuelle du traitement antidépresseur doit être plus prudente que chez la personne jeune.** Mais il est important d'atteindre et de maintenir pendant toute la durée du traitement (traitement de l'épisode dépressif caractérisé et traitement de maintien) une posologie identique à la posologie recommandée par le résumé des caractéristiques du produit
- La prescription d'un anxiolytique ne doit jamais être systématique
- L'électroconvulsivothérapie peut être proposée de la même façon que chez les adultes plus jeunes
- Il est particulièrement recommandé de s'assurer ou de mettre en place un accompagnement social adapté à la personne âgée

4. Suivi

4.1 Durée du traitement

En prévention des récurrences, la durée du traitement de maintien est d'autant plus prolongée que les épisodes antérieurs ont été plus nombreux, sévères, qu'il existe des pathologies associées et des antécédents familiaux de troubles dépressifs. Elle est supérieure à 12 à 18 mois et encore plus longue chez le sujet âgé.

Dans la dépression chronique, il est recommandé en première intention une association psychothérapie-antidépresseurs pour une durée de traitement de 18 mois à 2 ans, après la rémission des symptômes, et encore plus longue chez le sujet âgé.

Quels que soient la durée et le type de traitement de maintien envisagé, il est recommandé de réévaluer au minimum une ou deux fois par an le rapport bénéfices/risques du traitement de maintien par rapport à son arrêt.

4.2 Rythme des consultations

Il est déterminé lors de la mise en place du plan de traitement établi après concertation entre le médecin généraliste et le psychiatre. Il dépend de la sévérité des symptômes, de l'efficacité et de la tolérance du traitement.

L'ensemble du plan de traitement sera réévalué une ou deux fois par an.

4.3 Modalités d'arrêt du traitement de maintien

► Modalités d'arrêt d'une psychothérapie

Les modalités précises d'arrêt dépendent du type de psychothérapie utilisée, du thérapeute et des souhaits du patient. Un espacement progressif des consultations est à prévoir éventuellement avant l'arrêt.

Il est recommandé :

- d'informer le patient des modalités d'arrêt en début ou en cours de traitement ;
- de planifier cet arrêt avec lui :
 - l'informer des éventuelles difficultés à venir, des possibilités de fluctuations thymiques ultérieures,
 - prévoir éventuellement un espacement progressif des consultations avant l'arrêt,
 - rester disponible après l'arrêt.

► **Modalités d'arrêt d'un traitement de longue durée par antidépresseurs**

Il est recommandé d'informer le patient de la possibilité de survenue à l'arrêt d'un traitement prolongé par antidépresseurs de l'un des 3 phénomènes suivants :

- La récidive : réapparition des symptômes dépressifs d'origine ;
- Le rebond : réapparition des symptômes dépressifs d'origine, mais plus sévères, qui impose la reprise du traitement à la dose initiale, après avis psychiatrique ;
- Le syndrome d'arrêt, parfois appelé syndrome de sevrage, qui apparaît dans les jours suivant l'arrêt, rarement au-delà d'une semaine, et qui dure moins d'une semaine en moyenne. Ses symptômes les plus habituels sont :
 - ▶ anxiété, irritabilité, tension nerveuse,
 - ▶ cauchemards, insomnie,
 - ▶ sensations vertigineuses, troubles de l'équilibre et autres troubles neurosensoriels,
 - ▶ syndrome pseudo-grippal (rhinorrhée, myalgies, malaise, nausées, vomissements, diarrhée, frissons).

Il est recommandé de diminuer les posologies progressivement de façon à prévenir la survenue d'un syndrome de sevrage et d'autre part d'augmenter la fréquence des consultations du fait du risque de réapparition des symptômes. La période de diminution des posologies sera d'autant plus prolongée que la durée du traitement aura été longue. Elle sera généralement comprise entre 1 et 6 mois, par exemple :

- Traitement < 1 an : arrêt en quelques semaines en diminuant par exemple toutes les semaines la posologie journalière.
- Traitement > 1 an : arrêt en quelques mois, en diminuant par exemple tous les mois la posologie journalière.

4.4 Examens complémentaires

- Hémogramme : bilan initial, suivi, effets indésirables liés au traitement ;
- natrémie, kaliémie : bilan initial, suivi, effets indésirables liés au traitement.
- Urée, créatininémie, clairance de la créatinine : bilan initial, suivi, adaptation du traitement, effets indésirables liés au traitement.
- Dosage des transaminases : bilan initial, effets indésirables liés au traitement.
- Dosage de la gamma-GT, dosage de la transferrine désialylée (ou déglycosylée) (CDT) : bilan initial, suivi (évaluation de la consommation chronique d'alcool).
- Albuminémie : bilan initial, suivi (état de dénutrition chez le sujet âgé).
- Dosage du lithium : suivi (adaptation du traitement).

- Dosages plasmatiques d'antidépresseurs : suivi (ces dosages ne doivent être réalisés qu'en cas de réponse insuffisante, d'effets indésirables marqués ou de nécessité de vérifier l'observance) ;
- Dosage de TSH : bilan initial, suivi.
- Test de grossesse : bilan initial, suivi (risque tératogène des médicaments).
- Électrocardiogramme : bilan initial, suivi (effets indésirables liés au traitement).
- Polysomnographie : bilan initial (exploration des troubles du sommeil associés à la dépression chronique, cause de la dépression ou secondaires).
- Scanner cérébral ou IRM cérébrale : bilan initial, suivi (réévaluation d'une dépression chronique, aide au diagnostic étiologique d'une démence).
- Évaluation des fonctions cognitives : bilan initial, suivi (sujet âgé), avis spécialisé.
- Tests de personnalité : avis spécialisé (psychologue).

Annexe 1. Liste des participants

Ce travail a été coordonné par le Dr Muriel Dhénain, chef de projet dans le service des bonnes pratiques professionnelles, et réalisé avec les participants suivants :

Dr Jean-Louis Acquaviva, médecin généraliste, Le Cannet-des-Maures
Pr Joël Belmin, médecin interniste, Ivry-sur-Seine
Pr Sylvie Bonnin-Guillaume, gériatre, Marseille
Dr Alain-Michel Gérard, psychiatre, Paris
Dr Laurence Ladrière-Lizet, médecin-conseil RSI, Lille
M. Bernard Quatelas, psychologue, Nîmes
Dr Mathilde Risse, médecin-conseil Cnamts, Paris
Dr Pascale Santana, médecin généraliste, Paris
Pr Pierre Thomas, psychiatre, Lille
Dr Alain-Patrice van Amerongen, Unafam, Paris
Dr Marc Weill, psychiatre, Paris
Mme Stéphanie Wooley, association France-Dépression, Paris

Annexe 2. Critères diagnostiques d'un épisode dépressif caractérisé

CIM-10

A. Critères généraux (obligatoires)

- G1. L'épisode dépressif doit persister au moins 2 semaines.
- G2. Absence de symptômes hypomaniaques ou maniaques répondant aux critères d'un épisode maniaque ou hypomaniaque (F30) à un moment quelconque de la vie du sujet.
- G3. Critères d'exclusion les plus couramment utilisés : l'épisode n'est pas imputable à l'utilisation d'une substance psychoactive (F10-19) ou à un trouble mental organique, selon la définition donnée en F00-F9.

B. Présence d'au moins 2 des 3 symptômes suivants :

- (1) Humeur dépressive à un degré nettement anormal pour le sujet, présente pratiquement toute la journée et presque tous les jours, dans une large mesure non influencée par les circonstances, et persistant pendant au moins 2 semaines.
- (2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour des activités habituellement agréables.
- (3) Réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité.

C. Présence d'au moins 1 des 7 symptômes suivants, pour atteindre un total d'au moins 4 symptômes * :

- (1) Perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi.
- (2) Sentiments injustifiés de culpabilité excessive ou inappropriée.
- (3) Pensées de mort ou idées suicidaires récurrentes, ou comportement suicidaire de n'importe quel type.
- (4) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer (signalée par le sujet ou observée par les autres), se manifestant, par exemple, par une indécision ou des hésitations.
- (5) Modification de l'activité psychomotrice, caractérisée par une agitation ou un ralentissement (signalés ou observés).
- (6) Perturbations du sommeil de n'importe quel type.
- (7) Modification de l'appétit (diminution ou augmentation) avec variation pondérale correspondante.

* : le diagnostic d'épisode dépressif est porté en présence d'au moins 4 symptômes (2 symptômes de la liste B et au moins 2 symptômes de la liste C ; ou 3 symptômes de la liste B et au moins 1 symptôme de la liste C).

Critères diagnostiques d'un épisode dépressif selon la CIM-10, adaptés par Boyer *et al.*, 1999 et repris dans les recommandations Anaes, 2002 et HAS, 2007

DSM-IV TR

A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins 1 des symptômes est soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir.

- 1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (ex. pleure). N.B. : éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.
- 2) Diminution marquée de l'intérêt et du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
- 3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (ex. modification du poids corporel en 1 mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. N.B. : chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.
- 4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
- 5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
- 6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
- 7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
- 8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
- 9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte.

C. Les symptômes traduisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (ex. une substance donnant lieu à abus, un médicament), ou d'une affection médicale générale (ex. hypothyroïdie).

E. Les symptômes ne sont pas expliqués par un deuil, c'est-à-dire qu'après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de 2 mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

Annexe 3. Critères diagnostiques des complications évolutives d'un épisode dépressif caractérisé

Épisode dépressif caractérisé récurrent ou récidivant

CIM-10

F33 Trouble dépressif récurrent

Trouble caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs correspondant à la description d'un tel épisode (F32), en l'absence de tout antécédent d'épisodes indépendants d'exaltation de l'humeur et d'augmentation de l'énergie (manie). Le trouble peut toutefois comporter de brefs épisodes caractérisés par une légère élévation de l'humeur et une augmentation de l'activité (hypomanie), succédant immédiatement à un épisode dépressif, et parfois déclenchés par un traitement antidépresseur. Les formes graves du trouble dépressif récurrent (F33.2 et F33.3) présentent de nombreux points communs avec des concepts antérieurs comme ceux de dépression maniaco-dépressive, de mélancolie, de dépression vitale et de dépression endogène. Le premier épisode peut survenir à n'importe quel âge, de l'enfance à la vieillesse, le début peut être aigu ou insidieux et la durée peut varier de quelques semaines à de nombreux mois. Le risque de survenue d'un épisode maniaque ne peut jamais être complètement écarté chez un patient présentant un trouble dépressif récurrent, quel que soit le nombre d'épisodes dépressifs déjà survenus. Si un tel épisode maniaque se produit, le diagnostic doit être changé pour celui de trouble affectif bipolaire (F31).

Ce trouble dépressif récurrent comprend les épisodes récurrents de dépression :

- . psychogène
- . réactionnelle
- . réaction dépressive
- . trouble dépressif saisonnier

À l'exclusion des épisodes dépressifs récurrents de courte durée (F38.1)

DSM-IV TR

Critères diagnostiques d'un épisode dépressif caractérisé récidivant

- A. Au moins deux épisodes dépressifs caractérisés qui seront (...) considérés comme distincts s'ils sont séparés par une période d'au moins 2 mois consécutifs pendant laquelle les critères d'un épisode dépressif caractérisé ne sont pas remplis
- B. Les épisodes dépressifs caractérisés ne sont pas mieux expliqués par un trouble schizo-affectif et ne sont pas surajoutés à une schizophrénie, à un trouble schizophréniforme, à un trouble délirant, ou à un trouble psychotique non spécifié.
- C. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque, mixte ou hypomaniaque.

Épisode dépressif caractérisé saisonnier

DSM-IV TR

- A. Il existe une relation temporelle régulière entre la survenue des épisodes dépressifs caractérisés (...) et une période particulière de l'année.
- B. Présence d'au moins deux épisodes dépressifs caractérisés au cours des 2 dernières années, confirmant la présence d'une relation temporelle saisonnière selon la définition des critères A et B. Aucun épisode dépressif caractérisé de caractère non saisonnier n'est survenu au cours de cette période.
- C. Au cours de la vie entière du sujet, les épisodes dépressifs caractérisés saisonniers sont nettement plus nombreux que les épisodes dépressifs caractérisés non saisonniers.

Dépression chronique

DSM-IV TR

Épisode dépressif correspondant aux critères d'un épisode dépressif caractérisé dont la symptomatologie persiste continuellement pendant une durée de 2 ans au moins.

Annexe 4. Échelle d'évaluation globale du fonctionnement

Échelle d'évaluation globale du fonctionnement (EGF) - axe V du DSM-IV
Texte Révisé, d'après l'*American Psychiatric Association*, 2003

Évaluer le fonctionnement psychologique, social et professionnel sur un continuum hypothétique allant de la santé mentale à la maladie. Ne pas tenir compte d'une altération du fonctionnement due à des facteurs limitants d'ordre physique ou environnemental.

Utiliser des codes intermédiaires lorsque cela est justifié : p. ex. : 45, 68, 72.

100-91

Niveau supérieur de fonctionnement dans une grande variété d'activités. N'est jamais débordé par les problèmes rencontrés. Est recherché par autrui en raison de ses nombreuses qualités. Absence de symptômes.

90-81

Symptômes absents ou minimes (p. ex., anxiété légère avant un examen), fonctionnement satisfaisant dans tous les domaines, intéressé et impliqué dans une grande variété d'activités, socialement efficace, en général satisfait de la vie, pas plus de problèmes ou de préoccupations que les soucis de tous les jours (p. ex., conflit occasionnel avec des membres de la famille).

80-71

Si des symptômes sont présents, ils sont transitoires et il s'agit de réactions prévisibles à des facteurs de stress (p. ex., des difficultés de concentration après une dispute familiale) ; pas plus qu'une altération légère du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex., retard temporaire du travail scolaire).

70-61

Quelques symptômes légers (p. ex., humeur dépressive et insomnie légère) ou une certaine difficulté dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex., école buissonnière épisodique ou vol en famille) mais fonctionne assez bien de façon générale et entretient plusieurs relations interpersonnelles positives.

60-51

Symptômes d'intensité moyenne (p. ex., émoussement affectif, prolixité circonlocutoire, attaques de panique épisodiques) ou difficultés d'intensité moyenne dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex., peu d'amis, conflits avec les camarades de classe ou les collègues de travail).

50-41

Symptômes importants (p. ex., idéation suicidaire, rituels obsessionnels sévères, vols répétés dans les grands magasins) ou altération importante du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex. absence d'amis, incapacité à garder un emploi).

40-31

Existence d'une certaine altération du sens de la réalité ou de la communication (p. ex., discours par moments illogique, obscur ou inadapté) ou déficience majeure dans plusieurs domaines, p. ex., le travail, l'école, les relations familiales, le jugement, la pensée ou l'humeur (p. ex., un homme déprimé évite ses amis, néglige sa famille et est incapable de travailler ; un enfant bat fréquemment des enfants plus jeunes que lui, se montre provocant à la maison et échoue à l'école).

30-21

Le comportement est notablement influencé par des idées délirantes ou des hallucinations ou troubles graves de la communication ou du jugement (p. ex., parfois incohérent, actes grossièrement inadaptés, préoccupation suicidaire) ou incapable de fonctionner dans presque tous les domaines (p. ex., reste au lit toute la journée, absence de travail, de foyer ou d'amis).

20-11

Existence d'un certain danger d'auto ou d'hétéro-agression (p. ex., tentative de suicide sans attente précise de la mort, violence fréquente, excitation maniaque) ou incapacité temporaire à maintenir une hygiène corporelle minimale (p. ex., se barbouille d'excréments) ou altération massive de la communication (p. ex., incohérence indiscutable ou mutisme).

10-1

Danger persistant d'auto ou d'hétéro-agression grave (p. ex., accès répétés de violence) ou incapacité durable à maintenir une hygiène corporelle minimale ou geste suicidaire avec attente précise de la mort.

0

Information inadéquate.

© Elsevier Masson, 2003

Annexe 5. Critères de définition de l'urgence de la crise suicidaire

Les degrés d'urgence de la crise suicidaire selon les conclusions de la conférence de consensus réalisée en novembre 2000 par la Fédération française de psychiatrie, avec la participation de l'Anaes.

Urgence faible	Urgence moyenne	Urgence élevée
<p>Le patient en crise :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● est dans une relation de confiance établie avec un praticien ; ● désire parler et est à la recherche de communication ; ● cherche des solutions à ses problèmes ; ● pense au suicide mais n'a pas de scénario suicidaire précis ; ● pense encore à des moyens et à des stratégies pour faire face à la crise ; ● n'est pas anormalement troublé mais psychologiquement souffrant. 	<p>Le patient en crise :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● présente un équilibre émotionnel fragile ; ● envisage le suicide. Son intention est claire ; ● a envisagé un scénario suicidaire mais dont l'exécution est reportée ; ● ne voit de recours autre que le suicide pour cesser de souffrir ; ● a besoin d'aide et exprime directement ou indirectement son désarroi ; ● est isolé. 	<p>Le patient en crise :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● est décidé, a planifié le passage à l'acte prévu pour les jours qui viennent ; ● est coupé de ses émotions, ● rationalise sa décision ou est très émotif, agité, troublé ; ● est complètement immobilisé par la dépression ou dans un état de grande agitation ; ● dont la douleur et la souffrance sont omniprésentes ou complètement tues ; ● a un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider ; ● a le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé ; ● est très isolé.

Annexe 6. Échelles d'activités de la vie quotidienne

L'échelle ADL (*Activity Daily Living* - ADL) évalue l'autonomie pour les actes de la vie quotidienne. Elle est issue d'une échelle mise au point par Katz et al. en 1963.

L'échelle IADL (*Instrumental Activity Daily Living*) évalue l'autonomie pour les activités instrumentales de la vie quotidienne. Elle a été mise au point par Lawton et Brody en 1969.

Ces échelles ont été traduites en français, en 1986, par Israël et Waintraub, et reprises en 1996 dans un ouvrage coordonné par Guelfi.

Autonomie pour les actes de la vie quotidienne Échelle ADL	Autonomie pour les activités instrumentales de la vie quotidienne Échelle IADL
<ol style="list-style-type: none">1. faire sa toilette2. s'habiller3. soins personnels (apparence)4. se coucher ou quitter son lit et s'asseoir et quitter son siège5. contrôler ses selles et ses urines6. manger des aliments déjà préparés	<ol style="list-style-type: none">1. utiliser le téléphone2. faire les courses3. préparer ses repas4. faire le ménage5. faire la lessive6. utiliser les transports (privés ou communs)7. prendre ses médicaments8. gérer ses finances
Cotation : Chaque item est coté selon 3 niveaux : <ul style="list-style-type: none">- autonome- a besoin d'aide partielle- ou dépendant	Cotation : <ul style="list-style-type: none">- parfaite autonomie : coter 2 pour chaque item- possibilité avec une aide : 1 point/item- aucune possibilité : 0 point par item

N.B. : il existe de nombreuses variantes de ces échelles, avec des sous-questions plus ou moins détaillées, des cotations plus sophistiquées, etc.

© Editions médicales Pierre Fabre, 1996

Annexe 7. Associations de patients

- Association France-Dépression
4, rue Vigée-Lebrun – 75015 PARIS
Tél. : 01 40 61 05 66
<http://www.france-depression.org>, info@france-depression.org
- Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie (Fnapsy)
33, rue Daviel – 75013 PARIS
Tél. : 01 43 64 85 42 - Fax : 01 42 82 14 17
<http://www.fnapsy.org>, contact@fnapsy.org
- Union nationale des amis et familles de malades psychiques (Unafam)
12, villa Compoint – 75017 PARIS
Tél. : 01 53 06 30 43 – Fax : 33 (0)1 42 63 44 00
<http://www.unafam.org>, infos@unafam.org

Annexe 8. Antidépresseurs

Tableaux issus des recommandations de l'Afssaps de 2006

DCI	Indications de l'AMM
Imipraminiques	
Clomipramine	Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés) Certains états dépressifs apparaissant lors des schizophrénies Troubles obsessionnels compulsifs Prévention des attaques de panique avec ou sans agoraphobie Douleurs neuropathiques de l'adulte (énurésie nocturne de l'enfant pour le dosage à 10 mg)
Amoxapine	Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés)
Amitriptyline	Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés)
Maprotiline	Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés)
Dosulépine	Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés)
Doxépine	Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés)
Trimipramine	Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés)
Imipramine	Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés) Énurésie nocturne de l'enfant Douleurs neuropathiques de l'adulte

DCI	Indications de l'AMM
ISRS (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine)	
Citalopram	Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés) Prévention des attaques de panique avec ou sans agoraphobie
Escitalopram	Traitement des épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés) Traitement du trouble panique avec ou sans agoraphobie Traitement du trouble anxiété sociale (phobie sociale) Traitement du trouble anxiété généralisée Traitement des troubles obsessionnels compulsifs
Fluoxétine	Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés) Troubles obsessionnels compulsifs Boulimie : en complément d'une psychothérapie, indiqué dans la diminution de la fréquence des crises de boulimie et des vomissements ou prise de laxatifs. Épisode dépressif majeur (c'est-à-dire caractérisé) modéré à sévère, en cas de non-réponse à l'issue de 4 à 6 séances de prise en charge psychothérapeutique. Le traitement antidépresseur ne devrait être proposé pour un enfant ou un adolescent souffrant de dépression modérée à sévère qu'en association à une prise en charge psychothérapeutique.
Fluvoxamine	Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés) Troubles obsessionnels compulsifs
Paroxétine	Épisodes dépressifs majeurs Troubles obsessionnels compulsifs Trouble panique avec ou sans agoraphobie Trouble anxiété sociale (phobie sociale) Trouble anxiété généralisée État de stress post-traumatique
Sertraline	Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés) Prévention des récurrences dépressives chez les patients présentant un trouble unipolaire (pour le 50 mg) Troubles obsessionnels compulsifs (adulte et enfant)

DCI	Indications de l'AMM
IRSN (inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline)	
Milnacipran	Traitement des épisodes dépressifs majeurs de l'adulte
Venlafaxine	Traitement des épisodes dépressifs majeurs Prévention des récurrences des épisodes dépressifs majeurs Traitement de l'anxiété généralisée Trouble anxiété sociale (phobie sociale) Traitement du trouble panique, avec ou sans agoraphobie
Duloxétine	Traitement des épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés) Traitement de la douleur neuropathique diabétique périphérique chez l'adulte
IMAO-A (inhibiteur sélectif de la monoamine oxydase A)	
Moclobémide	Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés)
IMAO (inhibiteur de la monoamine oxydase non sélectif)	
Iproniazide	Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés)
Autres antidépresseurs	
Miansérine	Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés)
Mirtazapine	Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés)
Tianeptine	Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés)

Annexe 9. Références

Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte. Saint-Denis: AFSSAPS; 2006.

Ref ID: 4870

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire. Recommandations pour la pratique clinique. Paris: ANAES; 2002.

Ref ID: 2893

American Psychiatric Association. Troubles de l'humeur. In: American Psychiatric Association, ed. DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Texte révisé. Paris: Masson; 2003. p. 399-491.

Ref ID: 2883

American Psychiatric Association. Evaluation multiaxiale. In: American Psychiatric Association, ed. DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Texte révisé. Paris: Masson; 2003. p. 33-44.

Ref ID: 4889

Boyer P, Dardennes R, Even C, Gaillac V, Gérard A, Lecrubier Y, et al. Dépression et santé

publique. Données et réflexions. Paris: Masson; 1999.

Ref ID: 2372

Fédération française de psychiatrie, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus. 19 et 20 octobre 2000, amphithéâtre Charcot - Hôpital de la Pitié Salpêtrière - Paris. Paris: ANAES; 2000.

Ref ID: 4887

Haute Autorité de Santé. Troubles anxieux graves. Guide - Affection de longue durée. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2007.

Ref ID: 4884

Haute Autorité de Santé. Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé. Saint-Denis la Plaine: HAS; 2007.

Ref ID: 4885

Haute Autorité de Santé. Prise en charge des complications évolutives d'un épisode dépressif caractérisé de l'adulte. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2007.

Ref ID: 4883

Haute Autorité de Santé. Troubles bipolaires. Guide médecin. Guide affection de longue durée. Saint-Denis La Plaine: HAS; A paraître.

Ref ID: 4888

Israel L, Waintraub L. Autonomie ou capacité fonctionnelle ? Revue critique de quelques échelles actuellement utilisées en gériatrie pour l'évaluation des activités de la vie quotidienne. *Psychol Med* 1986;18(14):2225-31.

Ref ID : 4880

Israël L. Evaluation de l'autonomie : les activités instrumentales de la vie quotidienne (*Instrumental Activities in Daily Living*) IADL. In: Guelfi JD, ed. L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie. Tome II. Castres: Editions médicales Pierre Fabre; 1996. p. 477-84.

Ref ID: 4881

Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963;185:914-9.

Ref ID : 4886

Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. *Gerontologist* 1969;9(3):179-86.

Ref ID : 4882

Organisation mondiale de la santé. Troubles de l'humeur (affectifs) (F30-F39). In: CIM-10. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Genève: OMS; 1993. p. 351-8.

Ref ID: 2967



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr