

## SYNTHÈSE DE LA RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

# Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours

## 2. Prise en charge thérapeutique et suivi

Octobre 2017

### ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE ET INFORMATION DU PATIENT

#### Construction de l'alliance thérapeutique

Il est recommandé de :

- développer une attitude de compréhension, d'empathie, de confiance, de soutien, d'écoute et d'information ;
- rassurer le patient sur le fait que tout problème qui surviendra au cours du traitement sera pris en compte de façon appropriée.

Cela implique de disposer d'un temps suffisant et d'un cadre adapté, d'où l'intérêt de prévoir des consultations dédiées.

#### Information du patient

Au terme de l'évaluation de l'épisode dépressif caractérisé il est recommandé :

- d'informer le patient sur la nature des troubles dépressifs, les effets bénéfiques du traitement et les effets indésirables éventuels, et si nécessaire ou utile, d'informer l'entourage du patient avec son accord ;
- d'établir avec le patient un projet thérapeutique afin d'éviter les abandons de traitement ;
- de réévaluer régulièrement le projet thérapeutique, et le réajuster si nécessaire.

### SUIVI ET CONSEILS DE MODE DE VIE

Il est recommandé de réaliser un suivi somatique pour surveiller l'apparition d'une éventuelle comorbidité, de la prise d'un toxique ou d'une automédication. Selon le traitement psychotrope, il est recommandé de prendre en compte les contre-indications, les interactions médicamenteuses, les effets indésirables, et inciter à l'adhésion au traitement.

Il est recommandé de prodiguer des conseils de mode de vie après avoir établi une alliance thérapeutique :

- respecter le rythme nyctéméral ;
- pratiquer une activité physique régulière ;
- éviter la consommation d'alcool et autres substances toxiques ;
- encourager une activité sociale régulière ;
- poursuivre les activités habituellement intéressantes ou plaisantes.

# STRATÉGIE DE PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

## Principes généraux

La décision du traitement doit se faire en concertation avec le patient selon ses préférences et l'accessibilité à une psychothérapie.

Il est nécessaire d'aborder tout trouble dépressif sans délai dans sa dimension relationnelle. Avant toute prescription médicamenteuse, la consultation du médecin est l'acte thérapeutique initial.

Il est recommandé d'effectuer un suivi rapproché du patient dès le début de la prise en charge ; la fréquence des consultations nécessaires est laissée à l'appréciation du clinicien.

Il est recommandé de ne pas prescrire un antidépresseur pour traiter :

- les symptômes dépressifs subsyndromiques : symptômes en nombre insuffisant pour remplir les critères d'un épisode dépressif caractérisé ou symptômes d'intensité sévère mais d'une durée inférieure à 2 semaines (selon la CIM-10 ou le DSM-5) ;
- les épisodes dépressifs caractérisés d'intensité légère (selon la CIM-10 ou le DSM-5).

## Stratégie thérapeutique selon l'intensité de l'épisode dépressif caractérisé

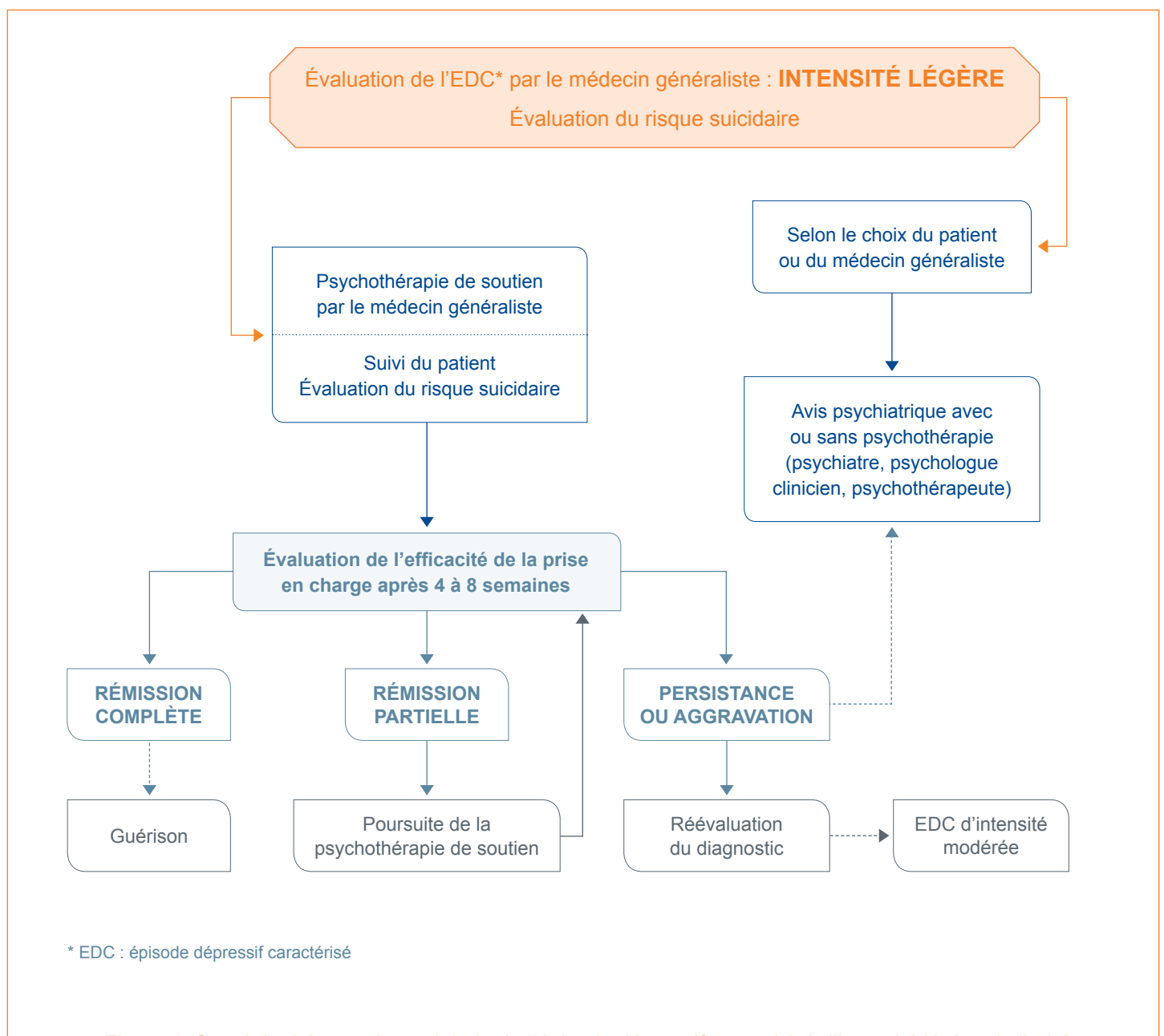


Figure 1. Stratégie thérapeutique globale de l'épisode dépressif caractérisé d'intensité légère de l'adulte

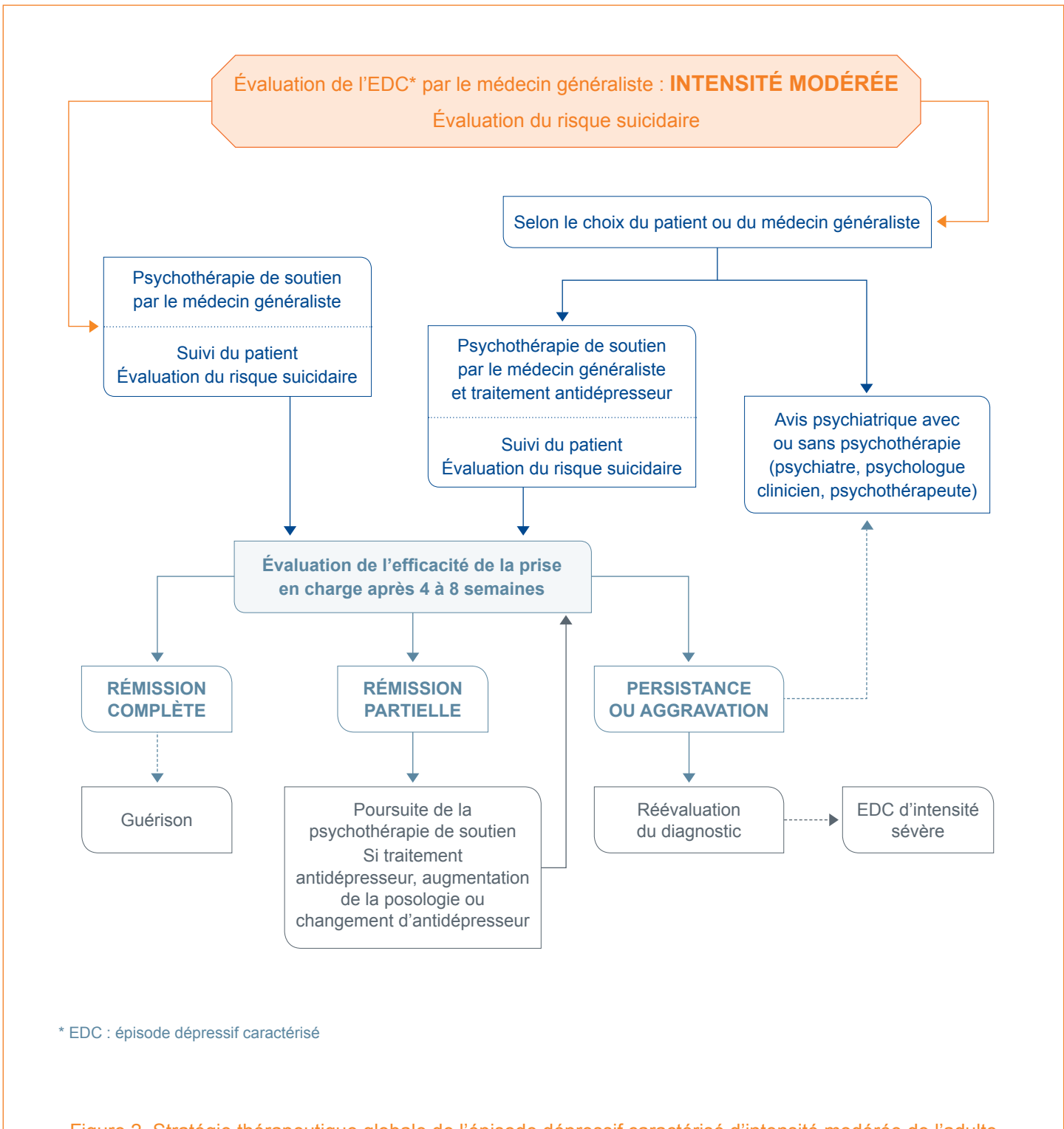


Figure 2. Stratégie thérapeutique globale de l'épisode dépressif caractérisé d'intensité modérée de l'adulte

Évaluation de l'EDC\* par le médecin généraliste : **INTENSITÉ SÉVÈRE**  
Évaluation du risque suicidaire

Traitement antidépresseur

Avis psychiatrique  
avec psychothérapie

Suivi du patient  
Évaluation du risque suicidaire

Évaluation de l'efficacité de la prise  
en charge après 4 à 8 semaines

**RÉMISSION  
COMPLÈTE**

Poursuite du traitement antidépresseur  
6 mois à un 1 an

Guérison

**RÉMISSION  
PARTIELLE**

Reconsidération de la prise en charge  
en concertation avec le psychiatre

Hospitalisation  
du patient

**PERSISTANCE  
OU AGGRAVATION**

\* EDC : épisode dépressif caractérisé

Figure 3. Stratégie thérapeutique globale de l'épisode dépressif caractérisé d'intensité sévère de l'adulte

## PSYCHOTHÉRAPIE

### Principes généraux

Les interventions psychothérapeutiques sont choisies selon :

- le fonctionnement psychique et les préférences éventuelles du patient ;
- la présence de facteurs de stress psychosociaux significatifs et des difficultés interpersonnelles du patient ;
- les réponses antérieures positives à un type spécifique de psychothérapie ;
- la disponibilité et les compétences du clinicien dans les approches spécifiques psychothérapeutiques ;
- les possibilités de prise en charge financière.

Une psychothérapie repose sur un rythme de séances régulièrement suivies et adaptées aux besoins du patient.

Il est recommandé d'évaluer régulièrement l'adhésion et la réponse au traitement.

### Différentes approches

Les psychothérapies (individuelles, familiales ou de groupe) les plus usuelles et ayant fait leur preuve d'efficacité sont :

- la psychothérapie de soutien ;
- les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) ;
- les psychothérapies psychodynamiques ou d'inspiration analytique ;
- les thérapies systémiques.

D'autres psychothérapies existent, comme la psychothérapie interpersonnelle (TIP) ou la thérapie d'acceptation et d'engagement.

En l'absence de données comparatives suffisantes, ces psychothérapies peuvent toutes être mises en œuvre.

Les psychothérapies autres que la psychothérapie de soutien sont des psychothérapies structurées.

### Psychothérapie de soutien

En dehors des thérapies structurées, il existe une thérapie non codifiée dans sa technique que l'on appelle volontiers psychothérapie de soutien.

La psychothérapie de soutien peut être réalisée par un médecin généraliste ou un psychiatre, psychologue clinicien ou psychothérapeute.

Le soutien psychothérapique propre à la relation de soins est une composante fondamentale du traitement de la dépression et cet accompagnement améliore l'adhésion au traitement médicamenteux.

## TRAITEMENT ANTIDÉPRESSEUR

### Choix d'un traitement antidépresseur

Il est recommandé de choisir l'antidépresseur le mieux toléré, le moins toxique en cas de surdosage, et le plus simple à prescrire, à dose efficace.

En raison de leur meilleure tolérance, il est recommandé de prescrire en première intention pour un épisode dépressif modéré à sévère : un ISRS, un IRSN, ou un médicament de la classe des « autres antidépresseurs », à l'exception de la tianeptine et de l'agomélatine.

Les antidépresseurs imipraminiques (tricycliques) sont recommandés en deuxième intention en raison de leur risque de toxicité cardio-vasculaire.

La tianeptine et l'agomélatine sont recommandées en troisième intention, en raison respectivement du risque d'abus et de dépendance de la tianeptine et de la toxicité hépatique de l'agomélatine.

Les IMAO ne sont recommandés qu'en dernier recours, après échec des autres alternatives thérapeutiques, en prescription spécialisée du fait de leurs nombreux effets indésirables et interactions médicamenteuses.

## Suivi et arrêt du traitement

En cas de réponse insuffisante, il est recommandé d'augmenter la posologie de l'antidépresseur (dose efficace) ou de changer d'antidépresseur.

Il est recommandé de surveiller étroitement le patient par des consultations régulières, plus particulièrement en début de traitement antidépresseur (notamment au bout de la première semaine puis de la deuxième semaine de traitement), pour rechercher un comportement suicidaire, une agitation ou un autre facteur majorant le risque suicidaire (conflit interpersonnel, alcool, etc.), mais également les effets indésirables somatiques. Les effets indésirables éventuels apparaissent en général avant les effets bénéfiques, et doivent donc être anticipés et précisés au patient pour améliorer l'adhésion au traitement. Le patient et son entourage doivent être informés sur le risque suicidaire pour consulter rapidement en cas de modification de l'humeur.

Il est recommandé pour évaluer la dose minimale efficace des antidépresseurs de prendre en compte notamment l'âge du patient, ses comorbidités, les traitements concomitants et les effets indésirables attendus de l'antidépresseur.

Un traitement concomitant par benzodiazépine (ou apparenté) peut être justifié en début de traitement antidépresseur pour une durée de 2 semaines en cas d'anxiété, d'agitation ou d'insomnie invalidantes.

Il est souhaitable que la durée totale du traitement antidépresseur d'un épisode dépressif caractérisé se situe entre 6 mois et 1 an après rémission dans le but de prévenir les rechutes. L'arrêt du traitement ne doit pas se faire à l'initiative du patient ou de sa famille sans accompagnement médical.

Il est recommandé d'arrêter progressivement le traitement antidépresseur, sur plusieurs semaines ou mois, pour prévenir le risque de rechute. Il apparaît préférable de choisir une période de stabilité de la vie sociale et affective du patient afin de mieux apprécier le retentissement et la rechute sans mêler plusieurs variables. En outre, un syndrome de sevrage peut apparaître en cas d'arrêt brutal ou de traitement antidépresseur à demi-vie courte. Dans ce cas il est souhaitable de rassurer le patient sur le caractère temporaire de ce symptôme, et si nécessaire revenir temporairement à la posologie précédente avant de reprendre un arrêt plus progressif.

## INTERVENTIONS AUPRES DE L'ENTOURAGE

Lorsque cela est approprié et si le patient est d'accord, il est recommandé d'informer l'entourage du patient sur les symptômes de la dépression, l'évolution de la maladie et le traitement de la dépression.

Lorsque les membres de l'entourage sont impliqués, ils peuvent être également encouragés pour améliorer l'adhésion au traitement et soutenir l'alliance thérapeutique.

## SUJET ÂGÉ

### Projet de soins

Les stratégies thérapeutiques selon l'intensité de l'épisode dépressif caractérisé sont identiques à celles du patient plus jeune.

La thérapie de résolution de problème est adaptée pour traiter une dépression associée avec un dysfonctionnement exécutif important.

Une relation de soutien doit être proposée si besoin à leurs aidants. L'engagement des membres de la famille et des amis en tant que partenaires des soins est important, aussi bien en tant que sources d'information qu'en tant que sources de rupture d'isolement.

### Suivi du traitement antidépresseur

Le choix de l'antidépresseur se fait de la même manière que chez le patient plus jeune. Il doit être guidé par l'expérience antérieure du patient avec un antidépresseur, les comorbidités et les effets indésirables de l'antidépresseur. Dans le cas d'une polymédication, si un ISRS est l'option de traitement retenue, celui-ci doit être à faible risque d'interaction médicamenteuse.

Une vigilance est nécessaire lorsque l'on traite les patients très âgés (> 75 ans).

Chez les sujets âgés, la réponse aux antidépresseurs est plus lente que chez les sujets plus jeunes. Il est recommandé :

- d'instaurer le traitement antidépresseur à dose faible et d'augmenter la dose lentement jusqu'à la dose minimale efficace ;
- de réaliser une évaluation de l'efficacité de l'antidépresseur 6 à 12 semaines après obtention de la dose minimale efficace.

Il est souhaitable que la durée totale du traitement antidépresseur d'un épisode dépressif caractérisé se situe au moins 1 an après la rémission car il existe un risque élevé de rechute en cas de comorbidités.

Un sujet âgé traité par antidépresseur doit être surveillé étroitement concernant les effets indésirables médicamenteux. Certains effets indésirables des antidépresseurs sont plus fréquents chez les sujets âgés (perte osseuse, syndrome sérotoninergique, effets anticholinergiques, effet extrapyramidal, hypotension orthostatique, effets cardio-vasculaires, nausées, somnolence, risque de chutes et de fractures, hyponatrémie pouvant induire une confusion, saignements gastro-intestinaux, allongement de l'intervalle QT).

Les imipraminiques sont exceptionnellement indiqués

## FEMME ENCEINTE OU ALLAITANTE

### Éléments de diagnostic

Il est recommandé de rechercher un épisode dépressif caractérisé aussi bien en période prénatale que post-natale.

Cette recherche repose sur les critères cliniques. Les outils d'aide au diagnostic suivants peuvent être utilisés : EPDS ou PHQ-2.

### Éléments de prise en charge thérapeutique et suivi

Les stratégies thérapeutiques selon l'intensité de l'épisode dépressif caractérisé sont identiques à celles de la femme non enceinte.

Un traitement non médicamenteux (psychothérapie) doit être privilégié, s'il peut être mis en place de manière efficace et continue. Un traitement par antidépresseur ne doit être utilisé pendant la grossesse que s'il est strictement nécessaire. Les antidépresseurs suivants peuvent être utilisés quel que soit le terme :

- pour les ISRS : fluoxétine, sertraline, paroxétine, citalopram, escitalopram ;
- pour les ISRSN : venlafaxine ;
- pour les imipraminiques : clomipramine, amitriptyline, imipramine.

Le choix de l'antidépresseur doit prendre en compte le souhait d'allaitement ou non de la patiente.

En cas de réponse efficace à un antidépresseur antérieurement à la grossesse, il est recommandé de poursuivre avec ce même traitement.

L'équipe obstétricale doit être informée du traitement antidépresseur de la femme enceinte.

La diminution des posologies pour éviter chez le nouveau-né les effets anticholinergiques (cognitifs, cardiaques et digestifs) des antidépresseurs imipraminiques à fortes doses et le syndrome d'arrêt des antidépresseurs est à mettre en balance avec les risques de rechute ou récurrence chez la mère. Une surveillance néo-natale est instaurée dans les jours qui suivent l'accouchement.

L'indication d'allaitement pour une femme traitée par antidépresseurs doit être discutée en fonction du rapport bénéfices/risques pour la mère et pour l'enfant. En cas d'allaitement, les antidépresseurs associés à un passage faible dans le lait et des concentrations sanguines faibles ou indétectables chez les nourrissons allaités sont :

- pour les ISRS : paroxétine, sertraline ;
- pour les imipraminiques : clomipramine, amitriptyline, imipramine.



Ce document présente les points essentiels des recommandations de bonne pratique  
« Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours ».

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

Octobre 2017