

**ANNEXES A LA GRILLE DE RECUEIL DE DONNEES :  
LA PRISE EN CHARGE D'UN TROUBLE DEPRESSIF ISOLE DE L'ADULTE EN AMBULATOIRE**

Extrait du Guide médecin - Affections psychiatriques de longue durée ALD 23 Troubles dépressifs récurrents ou persistants de l'adulte HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / Février 2009

**CRITERES DIAGNOSTIQUES SELON LA CIM-10 : d'après Boyer, 1999, Dépression et santé publique (reprise dans les recommandations ANAES, 2002 et 2004 et HAS, 2007)**

**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 deux des trois 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 un des sept symptômes suivants, pour atteindre un total d'au moins quatre symptômes<sup>1</sup> :**

(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.

**Classification : CIM-10 et le DSM-IV ANAES / Service des recommandations et références professionnelles / mai 2002**

– « léger » : peu ou pas de symptômes supplémentaires par rapport au nombre nécessaire pour répondre au diagnostic ; l'altération des activités professionnelles, des activités sociales courantes, ou des relations avec les autres est seulement mineure ;

– « sévère sans caractéristiques psychotiques » : plusieurs symptômes supplémentaires par rapport au nombre nécessaire pour répondre au diagnostic sont présents, et que les symptômes perturbent nettement les activités professionnelles, les activités sociales courantes ou les relations avec les autres ;

– « sévère avec caractéristiques psychotiques » : s'ajoutent aux symptômes typiques de l'épisode dépressif sévère des idées délirantes ou des hallucinations, concordant ou non avec le trouble de l'humeur ; symptômes et altérations des activités professionnelles, des activités sociales courantes, ou des relations avec les autres intermédiaires.

**Troubles associés à rechercher :**

Troubles psychiatriques (y compris la prise d'alcool ou de drogues) ou somatiques (en particulier des troubles vasculaires, endocriniens, ou des maladies neurologiques dégénératives)

---

<sup>1</sup> 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

## **CRITERES DIAGNOSTIQUES SELON LA 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'appétitude 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.

## CRITERES DIAGNOSTIQUES DES COMPLICATIONS EVOLUTIVES D'UN EPISODE DEPRESSIF CARACTERISE

### **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.

## ► ÉDUCATION THERAPEUTIQUE :

### **Informé 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.

### **à propos de :**

- 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.

## ► TRAITEMENTS NON PHARMACOLOGIQUES

► **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 psycho-comportementaux 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 :** 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 :** 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** : 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).

► **ÉLECTROCONVULSIVOTHERAPIE (ECT)** : indications et modalités de sa mise en œuvre à discuter en milieu spécialisé.

► **LUMINOTHERAPIE** : efficace dans le traitement de la dépression saisonnière, recommandée après avis médical confirmant le diagnostic et réalisée sous surveillance par des professionnels de santé formés à son utilisation.

### ► **TRAITEMENT DES COMORBIDITES**

\_ 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 nonobservance, 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.

## **STRATEGIE THERAPEUTIQUE :**

### **En prévention des récidives, 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 débiter 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

## **SUIVI**

**Durée du traitement :** d'autant plus prolongée en prévention des récidives, 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.

**Rythme des consultations :** 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.

## **MODALITES D'ARRET DU TRAITEMENT DE MAINTIEN :**

► Modalités d'arrêt d'une psychothérapie : 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 récédive : 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.

### **EXAMENS COMPLEMENTAIRES :**

- 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).

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

**ÉCHELLES D'ACTIVITES DE LA VIE QUOTIDIENNE :** (traduites en français, en 1986, par Israël et Waintraub, et reprises en 1996 dans un ouvrage coordonné par Guelfi)

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), mise au point par Lawton et Brody en 1969, évalue l'autonomie pour les activités instrumentales de la vie quotidienne.

| Autonomie pour les actes de la vie quotidienne<br>Échelle ADL   | Autonomie pour les activités instrumentales de la vie quotidienne<br>Échelle IADL   |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. faire sa toilette</li> <li>2. s'habiller</li> <li>3. soins personnels (apparence)</li> <li>4. se coucher ou quitter son lit et s'asseoir et quitter son siège</li> <li>5. contrôler ses selles et ses urines</li> <li>6. manger des aliments déjà préparés</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. utiliser le téléphone</li> <li>2. faire les courses</li> <li>3. préparer ses repas</li> <li>4. faire le ménage</li> <li>5. faire la lessive</li> <li>6. utiliser les transports (privés ou communs)</li> <li>7. prendre ses médicaments</li> <li>8. gérer ses finances</li> </ol> |
| <p><b>Cotation :</b></p> <p>Chaque item est coté selon 3 niveaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- autonome</li> <li>- a besoin d'aide partielle</li> <li>- ou dépendant</li> </ul>  | <p><b>Cotation :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- parfaite autonomie : coter 2 pour chaque item</li> <li>- possibilité avec une aide : 1 point/item</li> <li>- aucune possibilité : 0 point par item</li> </ul>   |

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

**ANTIDEPRESSEURS : Tableaux issus des recommandations de l'Afssaps de 2006**

| DCI   | Indications de l'AMM   |
|---|--|
| <b>Imipraminiques</b>   |  |
| <b>Clomipramine</b>   | Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés)<br>Certains états dépressifs apparaissant lors des schizophrénies<br>Troubles obsessionnels compulsifs<br>Prévention des attaques de panique avec ou sans agoraphobie<br>Douleurs neuropathiques de l'adulte<br>(énurésie nocturne de l'enfant pour le dosage à 10 mg)   |
| <b>Amoxapine</b>  | Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés)  |
| <b>Amitriptyline</b>  | Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés)  |
| <b>Maprotiline</b>  | Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés)  |
| <b>Dosulépine</b>   | Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés)  |
| <b>Doxépine</b>   | Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés)  |
| <b>Trimipramine</b>   | Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés)  |
| <b>Imipramine</b>   | Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés)<br>Énurésie nocturne de l'enfant<br>Douleurs neuropathiques de l'adulte  |
| <b>ISRS (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine)</b>              |  |
| <b>Citalopram</b>   | Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés)<br>Prévention des attaques de panique avec ou sans agoraphobie   |
| <b>Escitalopram</b>   | Traitement des épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés)<br>Traitement du trouble panique avec ou sans agoraphobie<br>Traitement du trouble anxiété sociale (phobie sociale)<br>Traitement du trouble anxiété généralisée<br>Traitement des troubles obsessionnels compulsifs  |
| <b>Fluoxétine</b>   | Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés)<br>Troubles obsessionnels compulsifs<br>Boulimie : en complément d'une psychothérapie, indiqué dans la diminution de la fréquence des crises de boulimie et des vomissements ou prise de laxatifs.<br>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. |
| <b>Fluvoxamine</b>  | Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés)<br>Troubles obsessionnels compulsifs   |
| <b>Paroxétine</b>   | Épisodes dépressifs majeurs<br>Troubles obsessionnels compulsifs<br>Trouble panique avec ou sans agoraphobie<br>Trouble anxiété sociale (phobie sociale)<br>Trouble anxiété généralisée<br>État de stress post-traumatique   |
| <b>Sertraline</b>   | Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés)<br>Prévention des récurrences dépressives chez les patients présentant un trouble unipolaire (pour le 50 mg)<br>Troubles obsessionnels compulsifs (adulte et enfant)   |
| <b>IRSN (inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline)</b> |  |
| Milnacipran   | Traitement des épisodes dépressifs majeurs de l'adulte   |
| Venlafaxine   | Traitement des épisodes dépressifs majeurs<br>Prévention des récurrences des épisodes dépressifs majeurs<br>Traitement de l'anxiété généralisée<br>Trouble anxiété sociale (phobie sociale)<br>Traitement du trouble panique, avec ou sans agoraphobie   |
| Duloxétine  | Traitement des épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés)<br>Traitement de la douleur neuropathique diabétique périphérique chez l'adulte   |
| <b>IMAO-A (inhibiteur sélectif de la monoamine oxydase A)</b>                     |  |
| Moclobémide   | Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés)  |
| <b>IMAO (inhibiteur de la monoamine oxydase non sélectif)</b>                     |  |
| Iproniazide   | Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés)  |
| <b>Autres antidépresseurs</b>   |  |
| 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)  |



# DEPRESSION CARACTERISEE CHEZ UN SUJET TRES AGE selon la HAS 2008

## Signes d'appel du malade et/ou de son entourage

plaintes somatiques (douleurs ++), plainte anxieuse, plainte mnésique, insomnie, anorexie, asthénie, amaigrissement, désintérêt pour les activités habituelles, irritabilité, changement de comportement, difficultés de concentration



## Diagnostic de dépression

Critères DSMIV

asthénie, tristesse, souffrance morale, perte d'intérêt, ralentissement, anhédonie, troubles du sommeil et de l'appétit, perte de poids, idées noires et suicidaires

**Ancienneté des symptômes ?  
ATCD personnels et familiaux de dépression ?**

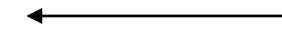
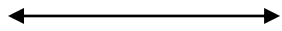
**Contexte de vie ?  
décès, isolement, entrée récente en EHPAD,...**

**Co-morbidités ?  
douleur, AVC, handicap, cancer  
I. cardiaque, diabète, Alzheimer**



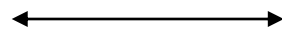
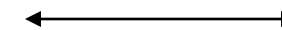
## Diagnostic de gravité

Risque suicidaire

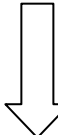


Symptômes psychotiques

Risque nutritionnel



Retentissement sur l'autonomie et les autres pathologies



## Avis spécialisé +/- hospitalisation

Soutien psychologique – Renforcer l'environnement  
Antidépresseurs - Pas d'anxiolytique systématique

Adapter le traitement - Observance - Suivi des co-morbidités



## Suivi

Réévaluation clinique - Evaluation cognitive simple – Posologie et durée de traitement