



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

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

Recommandations

Avril 2007

L'argumentaire scientifique de ces recommandations 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

Ce document a été validé par le Collège de la Haute Autorité de Santé en avril 2007.
© Haute Autorité de santé – 2007

Sommaire

Recommandations.....	3
1 Introduction	3
1.1 Thème des recommandations.....	3
1.2 Patients concernés	5
1.3 Professionnels concernés	5
1.4 Méthode de travail	5
1.5 Gradation des recommandations	6
2 Définitions et formes cliniques considérées	6
2.1 Récidive d'un épisode dépressif.....	7
2.2 Symptômes résiduels	8
2.3 Dépressions chroniques	9
3 Données épidémiologiques descriptives	9
4 Facteurs de risque	10
5 Évaluation d'un patient ayant une complication évolutive d'un épisode dépressif	11
5.1 Évaluation avant d'envisager un traitement préventif des récurrences	11
5.2 Évaluation en cas de symptômes résiduels	12
5.3 Évaluation devant les symptômes d'un épisode dépressif caractérisé potentiellement chronique	13
6 Prise en charge thérapeutique d'un patient ayant une complication évolutive d'un épisode dépressif caractérisé.....	14
6.1 Moyens thérapeutiques	15
6.2 Prévention des récurrences	18
6.3 Traitement des symptômes résiduels.....	20
6.4 Traitement de la dépression chronique.....	21
6.5 Modalités d'arrêt d'un traitement de longue durée.....	22
7 Cas particulier de la personne âgée	23
7.1 Évaluation	23
7.2 Prise en charge	24
8 Conclusion générale et propositions d'actions futures	25
Annexe 1. Critères diagnostiques de l'épisode dépressif caractérisé	27

Annexe 2. Critères de définition de l'urgence de la crise suicidaire.....	29
Annexe 3. Liste des antidépresseurs disponibles en France	30
Méthode « recommandations pour la pratique clinique »	32
Participants	35
Fiche descriptive	38

Recommandations

1 Introduction

1.1 Thème des recommandations

L'élaboration de recommandations sur le thème des complications évolutives d'un épisode dépressif caractérisé¹ de l'adulte a été demandée à la HAS par les trois caisses d'assurance maladie. Ces recommandations s'inscrivent également dans le cadre du plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008.

Ces recommandations font suite aux recommandations pour la pratique clinique élaborées sous l'égide de l'Anaes et publiées en mai 2002 sur la « Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire ».

Les troubles dépressifs font partie des troubles de l'humeur et à ce titre occupent une place nosographique transversale dans la psychopathologie. Ils sont également au carrefour de 3 dimensions : la dimension biologique, la dimension sociale et la dimension psychique.

Tout épisode dépressif peut évoluer favorablement. Cependant pour certaines personnes les symptômes dépressifs persistent ou réapparaissent avec des conséquences parfois si sévères qu'elles justifient la mise en place de mesures préventives et/ou curatives. Ces complications évolutives sont fréquentes. En France, peu d'études en ont mesuré l'impact, mais il semble que ces complications aient un retentissement important en termes d'état de santé et de qualité de vie de la personne et de son entourage, et de coût pour la société. Le risque suicidaire spécifique à ces complications évolutives est mal connu, mais les troubles dépressifs, dans leur ensemble, restent la principale cause de suicide.

Au niveau mondial, ce sont essentiellement ces complications évolutives qui justifient que l'OMS considère que la dépression sera en 2020 au deuxième rang des maladies en termes de cause d'incapacité, juste après les maladies cardio-vasculaires (pour les pays développés), mais avant les cancers.

¹ Le terme « caractérisé » a été préféré dans ces recommandations au terme « majeur », traduction inappropriée du terme anglo-saxon « *major* » qui ne préjuge pas en anglais de la sévérité de l'épisode dépressif. Les critères CIM-10 et DSM-IV TR de l'épisode dépressif caractérisé sont rappelés en annexe 1.

► **Complications évolutives prises en compte dans ces recommandations**

Trois complications évolutives sont prises en compte dans ces recommandations :

- les récurrences ou récidives 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, allant de la prévention des récurrences chez un malade « à risque » à la prise en charge d'un épisode dépressif caractérisé chronique. Elles répondent aux mêmes critères d'origine pluridimensionnelle que l'ensemble des troubles dépressifs. La prise en charge de ces complications s'inscrit dans la prévention globale du risque suicidaire.

► **Troubles dépressifs non pris en compte dans ces recommandations**

Les troubles dépressifs suivants sont exclus du champ de ces recommandations :

- les dépressions brèves récidivantes c'est-à-dire, pour la CIM-10, les épisodes dépressifs récurrents de courte durée et, pour le DSM-IV, le trouble dépressif bref récurrent, d'une durée comprise entre 2 jours et 2 semaines ;
- les troubles dysthymiques, où les symptômes n'atteignent jamais l'intensité des symptômes observés dans l'épisode dépressif caractérisé, bien que ce type de troubles recouvre en partie les épisodes dépressifs caractérisés en rémission partielle ;
- les dépressions résistantes, car ces formes particulières de dépression, comme la dysthymie, mériteraient des recommandations spécifiques, compte tenu des problèmes thérapeutiques particuliers qu'elles posent ;
- les dépressions de l'enfant et de l'adolescent ;
- les complications évolutives des épisodes dépressifs liés à un trouble organique ou psychiatrique, bien que les comorbidités entre dépression et addictions ou troubles anxieux soient considérées comme fréquentes en pratique courante.

Les modalités de traitement de l'épisode dépressif isolé qui permettent de prévenir les rechutes, déjà traitées dans les recommandations de l'Anaes de 2002, ne sont pas reprises dans ces recommandations.

► **Évaluation économique**

Une évaluation économique a été initialement prévue dans l'élaboration de ces recommandations pour, d'une part, estimer le coût des complications

évolutives de l'épisode dépressif caractérisé en France et, d'autre part, enrichir l'évaluation clinique des traitements d'une évaluation de type coût-efficacité. Il existe des données sur le coût de la dépression, mais aucune étude récente ne permet d'évaluer le coût des complications évolutives de l'épisode dépressif caractérisé en France.

Concernant l'évaluation économique des traitements, la littérature disponible est insuffisante pour émettre des recommandations de prise en charge des complications évolutives d'un épisode dépressif caractérisé fondées sur des critères économiques.

1.2 Patients concernés

Les patients adultes présentant une des 3 complications évolutives suivantes suite à un épisode dépressif caractérisé :

- récurrence justifiant un traitement préventif ;
- rémission partielle (ou persistance de symptômes dits résiduels) ;
- passage à la chronicité.

1.3 Professionnels concernés

Ces recommandations sont destinées avant tout aux :

- médecins généralistes ;
- psychiatres ;
- psychologues.

Elles peuvent également être utiles :

- aux médecins d'autres spécialités, en particulier aux médecins du travail ;
- à tous les autres acteurs susceptibles d'être impliqués dans la prise en charge d'un patient adulte présentant une complication d'un épisode dépressif caractérisé, par exemple les travailleurs sociaux.

1.4 Méthode de travail

Ces recommandations ont été réalisées selon la méthode décrite dans le guide « Les recommandations pour la pratique clinique – Base méthodologique pour leur réalisation en France » (1999), disponible sur le site www.has-sante.fr. Cette méthode est fondée sur l'analyse explicite de la littérature et sur la prise en compte de l'avis de professionnels concernés par le thème et réunis au sein d'un groupe de travail multidisciplinaire.

1.5 Gradation des recommandations

Les recommandations proposées ont été classées en grade A, B ou C selon les modalités suivantes :

- une recommandation de grade A est fondée sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve comme des essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées (niveau de preuve 1) ;
- une recommandation de grade B est fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve, comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte (niveau de preuve 2) ;
- une recommandation de grade C est fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas (niveau de preuve 4) ;
- en l'absence de données scientifiques, les recommandations reposent sur un accord professionnel au sein du groupe de travail, après avis du groupe de lecture. Dans le texte ci-dessous, en l'absence de précision, les recommandations reposent sur un accord professionnel. L'absence de preuve ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles ; elle doit inciter à engager des études complémentaires lorsque cela est possible.

2 Définitions et formes cliniques considérées

Les définitions utilisées dans ce document ont été reprises de deux classifications : la CIM-10 et le DSM-IV TR. Ces deux classifications, issues de consensus pour tenter d'uniformiser les différentes définitions existantes, diffèrent assez peu sur les critères :

- d'absence de rémission de l'épisode dépressif caractérisé et donc de persistance de symptômes dits « résiduels » ;
- de récurrence.

Elles sont en partie arbitraires et correspondent plus à des critères généraux et statistiques qu'à une description du vécu subjectif des patients.

La CIM-10, reconnue par la psychiatrie française, est utilisée pour les échanges internationaux, le DSM-IV TR pour les études épidémiologiques et les essais thérapeutiques. Le DSM-IV est également la seule classification internationale qui donne une définition des dépressions chroniques et de la dépression saisonnière.

2.1 Récidive d'un épisode dépressif

► 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 (cf. *tableau 1*).

Tableau 1. Critères diagnostiques d'un épisode dépressif caractérisé (EDC) récidivant selon le DSM-IV TR.

A. Au moins 2 EDC qui seront (...) considérés comme distincts s'ils sont séparés par une période d'au moins 2 mois consécutifs pendant laquelle les critères d'un EDC ne sont pas remplis.

B. Les EDC 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.

- Le caractère saisonnier correspond pour le DSM-IV TR à certaines spécifications (cf. *tableau 2*).

Tableau 2. Critères diagnostiques d'un épisode dépressif caractérisé (EDC) saisonnier selon le DSM-IV TR.

A. Il existe une relation temporelle régulière entre la survenue des EDC (...) et une période particulière de l'année.

B. Présence d'au moins 2 EDC au cours des 2 dernières années, confirmant la présence d'une relation temporelle saisonnière selon la définition des critères A et B. Aucun EDC de caractère non saisonnier n'est survenu au cours de cette période.

C. Au cours de la vie entière de la personne, les EDC saisonniers sont nettement plus nombreux que les EDC non saisonniers.

► Distinction entre rechute et récurrence

La distinction n'est pas toujours aisée entre la récurrence et la rechute. Par convention, il est admis que :

- la rechute correspond à une réactivation symptomatique dans une période inférieure à 6 mois après la rémission d'un épisode dépressif isolé ;
- la récurrence intervient après 6 mois (cf. schéma 1).

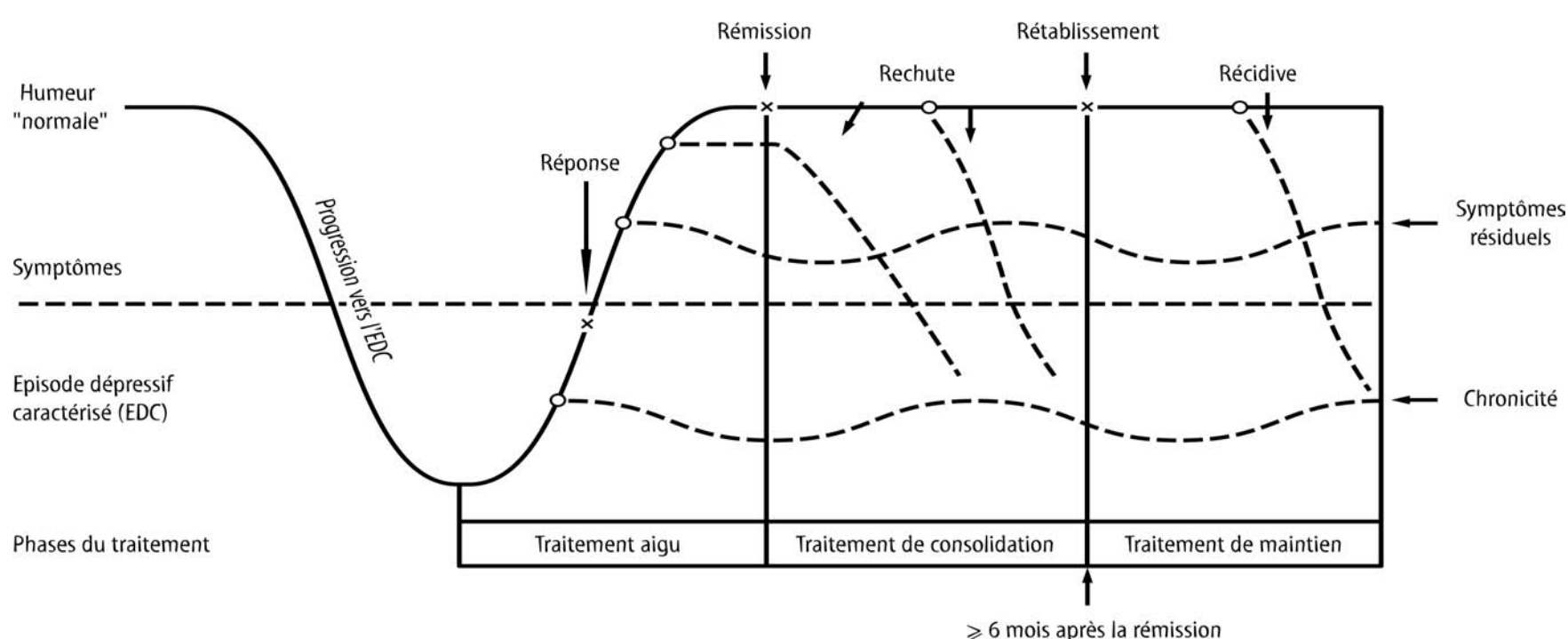


Schéma 1. Distinction entre rechute et récurrence par rapport aux phases du traitement².

2.2 Symptômes résiduels

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.

Il existe des degrés d'amélioration variables d'un épisode dépressif caractérisé, suivant un continuum d'une rémission totale à un état qui peut être encore cliniquement proche de celui de 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 ;

² Adapté de Kupfer DJ. Long-term treatment of depression. J Clin Psychiatry 1991 ; 52 (5 Suppl): 28-34.

- 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 dysphorie modérée, de difficultés d'investissement ;
- un manque de motivation ou un émoussement affectif.

Parmi les troubles dépressifs, c'est peut-être pour les symptômes résiduels que la distinction entre le normal (remaniements de la personnalité induits par l'épisode dépressif) et le pathologique est la plus difficile à faire.

2.3 Dépressions chroniques

Selon le DSM-IV TR, 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 Données épidémiologiques descriptives

Dans les études analysées, 6 à 12 % de la population française présente, à un moment donné, les symptômes d'un épisode dépressif caractérisé. Environ 20 % de la population sont touchés à un moment donné au cours de la vie entière. La variation de la prévalence est en partie expliquée par l'utilisation d'outils de mesure différents selon les études. 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.

Le risque de récurrence augmente au fil des épisodes et diminue lorsque le délai sans récurrence s'allonge.

Au 31 octobre 2004, parmi les bénéficiaires du régime général de l'Assurance maladie, 125 940 personnes étaient en affection de longue durée (ALD) pour un diagnostic d'« épisodes dépressifs », soit 1,9 % des patients en ALD.

Les données françaises sont insuffisantes pour évaluer la prise en charge des patients souffrant des complications évolutives de l'épisode dépressif caractérisé.

Il n'y a pas de données en France pour mesurer l'impact des complications évolutives de l'épisode dépressif caractérisé en termes de qualité de vie et d'incapacité.

Aucune étude réalisée à partir de données françaises ne mesure les causes de mortalité des patients ayant une complication évolutive d'un épisode dépressif caractérisé, en particulier une dépression récidivante ou chronique. Cependant, il est généralement admis que le suicide représente la principale cause de mortalité liée à la dépression.

4 Facteurs de risque

La littérature ne permet pas de définir de manière probante quels sont les facteurs de risque de récurrence ou de chronicité et de les distinguer des facteurs de risque de survenue d'un épisode dépressif caractérisé ou de troubles dépressifs en général. Il est possible que certains des facteurs de risque de récurrence soient différents des facteurs de risque de chronicité.

Cependant un certain nombre de facteurs sont liés de manière statistiquement significative à la survenue de récurrences ou à un passage à la chronicité :

- sexe féminin ;
- durée de l'évolution de la maladie : durée des épisodes dépressifs préalables ainsi que leur nombre et leur espacement (au moins 2 EDC en 4 ans en plus de l'épisode en cours) ;
- formes sévères d'épisode dépressif caractérisé (suicidalité, symptômes psychotiques) ;
- persistance de symptômes résiduels pendant le traitement ou la rémission.

D'autres facteurs pourraient également jouer un rôle, la relation n'étant pas retrouvée dans toutes les études :

- âge > 60 ans ou < 30 ans pour un premier accès ;
- récurrence rapprochée (< 1 an) de l'épisode dépressif caractérisé isolé ;
- antécédents familiaux d'épisode dépressif caractérisé ;
- prise en charge inadaptée ou observance insuffisante du patient aux soins lors du premier épisode dépressif caractérisé et/ou des suivants ;
- non-prise en compte d'événements de vie du patient qui ont précipité l'apparition du premier épisode dépressif caractérisé et/ou des épisodes suivants ;
- rechute à l'arrêt du traitement, même si il a été bien conduit ;
- facteurs de risque précoces (traumatismes, séparations ou deuils précoces, par exemple la perte d'un parent, d'un frère ou d'une sœur) ;
- troubles anxieux et troubles de la personnalité ;
- addictions, y compris le tabagisme ;

- environnement familial, psychosocial, professionnel insuffisant ou « stressant » ;
- contexte économique précaire.

Tous ces facteurs sont à prendre en compte dans l'évaluation d'un patient ayant une complication évolutive d'un épisode dépressif caractérisé.

5 Évaluation d'un patient ayant une complication évolutive d'un épisode dépressif

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. Il est recommandé qu'elle soit réalisée en partie ou en totalité par un psychiatre.

5.1 Évaluation avant d'envisager un traitement préventif des récurrences

Cette évaluation est indiquée à la fin du traitement d'une récurrence dépressive.

Il est proposé d'évaluer :

- l'absence de symptômes résiduels ou de prodromes d'un nouvel épisode, et en particulier l'absence d'idées suicidaires ;
- les facteurs de risque de récurrence, y compris les antécédents familiaux de troubles dépressifs ;
- 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),
 - 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, tolérance, adhésion du patient), en particulier pour le dernier épisode ;

- le 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, en particulier les troubles de la personnalité et les troubles anxieux,
 - les addictions (alcool et autres addictions),
 - les comorbidités somatiques, par exemple les troubles vasculaires, endocriniens, en particulier l'hypothyroïdie ou les maladies neurologiques dégénératives,
 - dans le cas particulier de la personne âgée : les troubles cognitifs, l'altération de l'état général, une insuffisance hépatique et/ou rénale, les prises médicamenteuses et les risques d'interactions ;
- les traitements en cours pour prendre en compte le risque d'interaction médicamenteuse ;
- l'environnement familial, le niveau de soutien psychosocial (appartenance ou pas à un groupe), le contexte économique et professionnel ;
- l'organisation de la personnalité (par exemple personnalité dépendante, hypersensibilité aux événements, labilité de l'humeur) et l'estime de soi ;
- 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.

5.2 Évaluation en cas de symptômes résiduels

Devant la persistance de symptômes résiduels, étant donné les difficultés à distinguer le normal du pathologique, il est recommandé de les évaluer en tenant compte :

- du fonctionnement prémorbide du patient ;
- de leur retentissement sur la qualité de vie du patient et de son entourage.

Il est donc proposé d'évaluer :

- le type de symptômes résiduels ;
- leur chronologie d'apparition (existence au début de l'épisode dépressif ou apparition pendant ou au décours du traitement) pour apprécier la part respective des symptômes résiduels, des effets indésirables du traitement et les remaniements durables induits par l'épisode dépressif caractérisé ;
- leur sévérité (présence d'idées suicidaires, retentissement sur la qualité de vie du patient, son adaptation sociale et professionnelle et sur son entourage).

Comme pour la prévention des récurrences (cf. ci-dessus), il est proposé d'évaluer :

- l'histoire des troubles dépressifs ;
- les modalités de la prise en charge antérieure des troubles dépressifs, en particulier pour le dernier épisode ;
- le fonctionnement du patient entre les épisodes ;
- les troubles associés qui, s'ils sont présents, sont à prendre en compte dans le choix du traitement : comorbidités psychiatriques et somatiques, addictions (alcool et autres addictions) et, dans le cas particulier de la personne âgée, les troubles cognitifs, l'altération de l'état général, une insuffisance hépatique et/ou rénale, les prises médicamenteuses et les risques d'interactions ;
- les traitements en cours ;
- l'environnement familial, le niveau de soutien psychosocial (appartenance ou pas à un groupe), le contexte économique et professionnel ;
- l'organisation de la personnalité et l'estime de soi ;
- l'efficacité cognitive et les capacités d'adaptation.

5.3 Évaluation devant les symptômes d'un épisode dépressif caractérisé potentiellement chronique

Il est proposé d'évaluer :

- le nombre et l'intensité des symptômes dépressifs afin d'affirmer le diagnostic d'épisode dépressif caractérisé ;
- la durée des symptômes afin de distinguer une dépression réellement chronique d'épisodes dépressifs récurrents, avec ou sans symptômes résiduels entre les épisodes ;
- le risque suicidaire et les moyens mis en place pour sa prévention : un risque particulièrement élevé (crise suicidaire d'urgence élevée³) justifie une hospitalisation en urgence, y compris sans le consentement du patient selon les termes de la loi n°90-527 du 27 juin 1990 ;
- la participation iatrogène, y compris par l'automédication, à la chronicisation des symptômes dépressifs ;
- le retentissement sur la qualité de vie du patient (y compris des éventuels bénéfices secondaires), son adaptation sociale et professionnelle, et le retentissement sur son entourage.

³ Selon la définition issue de la conférence de consensus « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge » réalisée en novembre 2000 par la Fédération française de psychiatrie, avec la participation de l'Anaes. Les critères de définition de l'urgence de la crise suicidaire sont rappelés en annexe 2 des recommandations.

Comme pour la prévention des récurrences et l'évaluation des symptômes résiduels (cf. ci-dessus), il est proposé d'évaluer :

- l'histoire des troubles dépressifs ;
- les modalités de la prise en charge antérieure des troubles dépressifs en particulier pour le dernier épisode ;
- le fonctionnement du patient entre les épisodes ;
- les troubles associés qui, s'ils sont présents, sont à prendre en compte dans le choix du traitement : comorbidités psychiatriques et somatiques, addictions (alcool et autres addictions) et, dans le cas particulier de la personne âgée, les troubles cognitifs, l'altération de l'état général, une insuffisance hépatique et/ou rénale, les prises médicamenteuses et les risques d'interactions ;
- les traitements en cours ;
- l'environnement familial, le niveau de soutien psychosocial (appartenance ou pas à un groupe), le contexte économique et professionnel ;
- l'organisation de la personnalité et l'estime de soi ;
- l'efficacité cognitive du patient et ses capacités d'adaptation.

C'est cette évaluation qui va permettre de distinguer un épisode dépressif caractérisé chronique, non ou mal traité, d'un même épisode qui reste chronique alors qu'il a été bien traité. Dans ce dernier cas, il peut s'agir d'une forme de dépression résistante, hors du champ des recommandations.

6 Prise en charge thérapeutique d'un patient ayant une complication évolutive d'un épisode dépressif caractérisé

La complexité de cette prise en charge, qui s'inscrit souvent sur le long terme, justifie que la coordination des soins soit assurée préférentiellement par un psychiatre.

Il est recommandé la mise en place d'un plan de traitement établi après concertation entre le médecin généraliste et le psychiatre. Les autres spécialistes, en particulier le médecin du travail, et l'entourage peuvent également être impliqués avec l'accord du patient.

La consultation psychiatrique est donc recommandée :

- pour réaliser ou compléter l'évaluation initiale du patient (cf. ci-dessus) ;
- 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.

6.1 Moyens thérapeutiques

► L'information

Comme pour toute maladie et en particulier celles qui évoluent dans la durée, les questions de l'accès aux soins et de l'information à propos de la maladie et de ses traitements sont primordiales. Elles conditionnent en grande partie l'observance du patient et la qualité du service médical rendu.

L'information du patient (et parfois de son entourage avec l'accord de la personne malade) participe à une démarche de soins et d'accompagnement.

L'information doit être adaptée en tenant compte du fonctionnement et de la personnalité du patient. Elle doit être en adéquation avec son environnement familial et social. Il faut tenir compte des représentations, croyances et connaissances du patient à propos de sa maladie et des traitements dont il est déjà informé.

Les différentes possibilités de traitements (médicamenteux ou psychothérapeutiques) doivent être à nouveau explicitées en tenant compte des résultats antérieurs.

Les limites éventuelles des traitements et les recours en cas d'efficacité insuffisante d'un premier traitement doivent être expliqués au patient dans le cadre de la relation thérapeutique.

La conduite du traitement dans la durée doit s'accompagner d'une réflexion en commun qui tient compte des dires de la personne malade (éventuellement de son entourage) afin d'adapter les prescriptions et de préparer au mieux leur changement éventuel et leur arrêt.

Il est proposé d'informer le patient, et si nécessaire son entourage avec son accord, des possibilités de soutien dans le champ social et associatif. Dans ce cadre, trois associations peuvent être utiles :

- France-Dépression ;
- la Fédération nationale d'(ex)patients en psychiatrie (Fnap-Psy) ;
- l'Union nationale des amis et familles de malades psychiques (Unafam).

► La 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.

► **Les psychothérapies structurées**

Il existe plusieurs modalités psychothérapeutiques très différentes tant pour leur support théorique que pour leur pratique ou pour la formation requise. Il est recommandé que le médecin généraliste en connaisse les principes de base afin d'aider le patient à s'orienter vers une psychothérapie qui lui convienne et de pouvoir donner à l'entourage du patient, avec son accord, des éléments d'information. La demande du patient est indispensable et il faut prendre en compte les facteurs de résistance à ce type de thérapie.

La littérature actuellement disponible ne permet pas de proposer des recommandations de niveau de preuve élevé en faveur des psychothérapies dans la prise en charge des complications évolutives de l'épisode dépressif caractérisé. Il est rappelé que les psychothérapies n'ont pas toutes les mêmes objectifs et que pour certaines, comme les thérapies psychodynamiques, difficiles à évaluer, il reste à définir une méthodologie d'évaluation adaptée.

Les thérapies de type cognitivo-comportemental (TCC), seules ou en association avec les antidépresseurs, ont fait l'objet de 3 essais contrôlés randomisés dans la prévention des récurrences d'un épisode dépressif caractérisé et d'un essai contrôlé randomisé dans le traitement de symptômes.

Dans cette indication, il n'existe pas d'études sur l'efficacité des thérapies psychodynamiques, que ce soit sur les thérapies psychodynamiques brèves, qui durent de 3 à 6 mois, voire 1 an, ou sur les thérapies qui se prolongent sur plusieurs années.

D'autres modalités psychothérapeutiques font partie de l'offre de soins mais n'ont pas toujours été validées dans cette indication comme les thérapies systémiques ou les thérapies conjugales et familiales, ou sont encore peu ou non accessibles en France comme les thérapies interpersonnelles. Quand elles sont accessibles, elles peuvent répondre à des situations particulières.

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 antidépresseurs et autres médicaments

Seules les molécules citées plus loin ont fait l'objet d'études dans la prévention des récurrences dépressives. En France, seules la sertraline et la venlafaxine ont obtenu une autorisation de mise sur le marché (AMM) dans l'indication « prévention des récurrences dépressives chez des patients présentant un trouble unipolaire ». Aucun des antidépresseurs commercialisés en France n'a d'indication dans la dépression chronique.

En prévention des récurrences, dans la majorité des essais retenus, la durée du traitement de maintien par antidépresseurs et du suivi des patients est de 12 ou 18 mois. Quatre essais ont démontré l'efficacité d'un traitement de maintien de 3 ans. Seul un essai avec l'imipramine a démontré l'efficacité d'un traitement de maintien pendant 5 ans.

En prévention des récurrences, le choix est fait ici de recommander des molécules qui n'ont pas d'AMM en France dans cette indication et pour des durées de traitement de maintien qui peuvent être supérieures à celles de la majorité des essais, même si les données sur l'efficacité et la tolérance au-delà de 18 mois à 2 ans manquent pour la plupart des molécules.

Pour les symptômes résiduels, l'optimisation du traitement antidépresseur (augmentation des posologies de l'antidépresseur en cours ou changement de molécule) et/ou l'adjonction aux antidépresseurs d'un traitement spécifique du ou des symptômes résiduels (benzodiazépines ou molécule spécifique des troubles sexuels) n'ont pas fait l'objet d'études de fort niveau de preuve.

Dans la dépression chronique, 2 molécules, l'imipramine et la sertraline ont été étudiées en traitement de consolidation (16 semaines) et de maintien (18 mois après la phase de consolidation), une fois obtenue la rémission des symptômes dépressifs⁴. Mais le devenir des patients au-delà de la fin du traitement de maintien n'est pas connu.

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

► L'hospitalisation psychiatrique

Elle est recommandée en premier lieu en cas de crise suicidaire d'urgence élevée.

En dehors de la crise suicidaire, en particulier dans l'épisode dépressif caractérisé chronique, elle est proposée :

- pour évaluer une situation complexe ;

⁴ Les résultats du traitement de maintien avec l'imipramine ne sont pas publiés.

- 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).

► **L'électroconvulsivothérapie**

En prévention des récurrences d'un épisode dépressif caractérisé, dans la mesure où les bénéfices et les risques à long terme de l'électroconvulsivothérapie ne sont pas clairement établis, elle n'est recommandée comme traitement de maintien que dans des cas exceptionnels. Dans le traitement de la dépression chronique, elle peut être envisagée en cas d'échec des antidépresseurs et de la psychothérapie. Ses indications et les modalités de sa mise en œuvre sont à discuter en milieu spécialisé.

► **La lumbinothérapie**

La lumbinothérapie et le simulateur d'aube ont montré leur efficacité dans le traitement de la dépression saisonnière. En cas de prescription d'une lumbinothérapie, il est rappelé qu'une intensité d'au moins 2 000 lux est recommandée. La durée d'exposition quotidienne varie en fonction de l'intensité lumineuse utilisée. La lumbinothérapie n'est recommandée qu'après avis médical et n'est réalisée que sous surveillance par des professionnels de santé formés à son utilisation.

6.2 Prévention des récurrences

► **Place de la psychothérapie**

Une psychothérapie seule ou associée à un antidépresseur est recommandée car elle peut réduire le risque de récurrence et peut donc prévenir l'évolution d'un épisode dépressif caractérisé vers la chronicité.

Elle peut être instaurée :

- soit pendant la phase initiale de traitement de l'épisode dépressif caractérisé ;
- soit en phase de consolidation après obtention d'une rémission des symptômes dépressifs ;
- soit en traitement de maintien, au décours des 2 phases précédentes (grade B pour les psychothérapies de type TCC ; accord professionnel pour les thérapies psychodynamiques).

► **Place des antidépresseurs**

Les antidépresseurs peuvent également être recommandés car ils ont démontré un effet prophylactique sur les récurrences significativement supérieur à un placebo (2 fois moins de récurrences) :

- grade A pour les molécules suivantes⁵ : sertraline, venlafaxine ;
- grade B pour les molécules suivantes : amitriptyline, maprotiline, dosulépine, imipramine, citalopram, fluoxétine, fluvoxamine, paroxétine, milnacipran, miansérine, tianeptine ;
- accord professionnel pour les autres.

L'efficacité est comparable quelle que soit la classe. La tolérance des ISRS et IRSN est supérieure à celle des imipraminiques.

En cas de traitement de maintien par antidépresseurs, il est recommandé d'utiliser la molécule qui a permis d'obtenir la rémission des symptômes de l'épisode dépressif, à la posologie qui s'est révélée efficace pour traiter cet épisode.

► **Place de la luminothérapie**

La luminothérapie et le simulateur d'aube sont recommandés pour le traitement de la dépression saisonnière et la prévention des récurrences (grade B). Le rôle potentialisateur éventuel d'une psychothérapie de type TCC adaptée à la dépression saisonnière est à confirmer.

► **Stratégie de prévention des récurrences d'un épisode dépressif**

Une psychothérapie destinée à prévenir ces récurrences est proposée aux patients ayant présenté :

- 1 épisode dépressif caractérisé dans les 4 ans précédents en plus de l'épisode en cours,
- ou
- 1 seul épisode, plus éloigné dans le temps en plus de l'épisode en cours, voire seulement l'épisode en cours, s'il existe un cumul de facteurs de risque de récurrence.

Un traitement de maintien par antidépresseurs, associé ou non à une psychothérapie, est recommandé pour tous les patients ayant présenté :

- au moins 2 épisodes dépressifs caractérisés dans les 4 ans précédents en plus de l'épisode en cours,
- ou
- au moins 2 épisodes plus espacés dans le temps en plus de l'épisode en cours, s'il existe un cumul de facteurs de risque de récurrence.

⁵ Seules les molécules indiquées dans la « prévention des récurrences » (AMM) en France sont citées ici. La liste complète des antidépresseurs disponibles en France est en annexe 3.

En cas d'association antidépresseurs-psychothérapie, la psychothérapie peut être réalisée ou non par le médecin prescripteur des antidépresseurs.

Le lithium peut être recommandé après échec des antidépresseurs et/ou de la psychothérapie (grade C), en association avec l'un ou les 2 types de traitements.

Quels que soient la durée et le type de traitement de maintien envisagé, il est recommandé de réévaluer au minimum 1 à 2 fois par an le rapport bénéfices/risques de son maintien par rapport à son arrêt.

Dans le cas particulier de la dépression saisonnière, la lumbinothérapie est recommandée en première intention. En cas d'échec, la prise en charge est celle d'un épisode dépressif caractérisé (psychothérapie et/ou antidépresseurs), avec si besoin la mise en œuvre d'un traitement de maintien en prévention des récives.

6.3 Traitement des symptômes résiduels

La disparition des symptômes résiduels n'est pas un but en soi. La réponse thérapeutique n'est pas toujours médicamenteuse.

► Place de la psychothérapie

En cas de persistance des symptômes résiduels, une psychothérapie peut être recommandée au décours du traitement de l'épisode dépressif caractérisé si elle n'a pas été débutée en phase initiale ou en phase de consolidation (grade B pour les psychothérapies de type TCC ; accord professionnel pour les thérapies psychodynamiques). Sinon, il est proposé, quand c'est possible, de l'intensifier.

► Place des antidépresseurs et des autres médicaments

Il est également proposé d'optimiser le traitement antidépresseur :

- soit en augmentant la dose (la relation entre efficacité clinique et concentration plasmatique est probable pour les imipraminiques et la venlafaxine, non démontrée pour les ISRS, bien que certaines études aient montré l'intérêt d'augmenter les doses chez les patients qui présentent un épisode dépressif sévère) ;
- soit en changeant d'antidépresseur et en choisissant un antidépresseur d'une autre classe, ou, en cas d'impossibilité, un autre antidépresseur de la même classe.

En complément des antidépresseurs, il peut être proposé une prescription limitée dans le temps :

- de molécules à visée anxiolytique (benzodiazépines, molécules apparentées aux benzodiazépines, antihistaminiques ; grade C pour le clonazépam ; accord professionnel pour les autres molécules) ou à visée hypnotique (grade C pour le zolpidem ; accord professionnel pour les autres molécules) ;
- d'une molécule indiquée dans les dysfonctions érectiles en cas de troubles sexuels chez l'homme (grade C pour le sildénafil ; accord professionnel pour les autres molécules).

► **Stratégie thérapeutique**

Il est recommandé :

- en première intention, d'optimiser le traitement existant : associer ou intensifier une psychothérapie et/ou augmenter la posologie de l'antidépresseur quand la molécule le permet ;
- en seconde intention, de changer d'antidépresseur ;
- d'utiliser, en complément du traitement existant, un traitement spécifique du type de symptômes résiduels, pour une courte durée, autant que possible en respectant la durée de prescription recommandée par l'AMM.

6.4 Traitement de la dépression chronique

► **Place de la psychothérapie**

La psychothérapie seule, quel que soit son type, n'est pas recommandée. L'association aux antidépresseurs d'une psychothérapie de type TCC ou psychodynamique peut être recommandée.

► **Place des antidépresseurs et des autres médicaments**

Les antidépresseurs sont recommandés avec, comme pour la prévention des récurrences, un traitement de maintien à l'issue de la phase aiguë et de la phase de consolidation (grade B pour la sertraline ; accord professionnel pour les autres molécules) même si le taux de réponse initiale paraît plus faible que lors d'un épisode dépressif caractérisé isolé. Le lithium peut être recommandé après échec des antidépresseurs et/ou de la psychothérapie (grade C).

► **Stratégie thérapeutique**

Il est recommandé en première intention une association psychothérapie-antidépresseurs pour une durée de traitement de 18 mois à 2 ans après rémission des symptômes.

Comme pour le traitement préventif des récives, il est recommandé, en cas de traitement de maintien par antidépresseurs :

- d'utiliser la molécule qui a permis d'obtenir la rémission des symptômes de l'épisode dépressif, à la posologie qui s'est révélée efficace pour traiter cet épisode ;
- de réévaluer au minimum une fois par an le rapport bénéfices/risques du maintien du traitement par rapport à son arrêt.

Le lithium peut être recommandé après échec des antidépresseurs et/ou de la psychothérapie (grade C), en association avec l'un ou les 2 types de traitements.

6.5 Modalités d'arrêt d'un traitement de longue durée

► Modalités d'arrêt d'une psychothérapie

Les modalités précises d'arrêt dépendent du type de psychothérapie utilisée, du thérapeute et des souhaits du patient. Quelle que soit la thérapie utilisée, la fin de la prise en charge est une phase thérapeutique à part entière.

Il est recommandé :

- d'informer le patient des modalités d'arrêt en début ou en cours de traitement ;
- de planifier cet arrêt avec lui :
 - 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 récive : 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. Les symptômes les plus habituels sont :
 - anxiété, irritabilité, tension nerveuse,
 - cauchemars et autres troubles du sommeil,

- ▶ sensations vertigineuses, troubles de l'équilibre et autres troubles neuro-sensoriels,
- ▶ 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 d'arrêt et d'autre part d'augmenter la fréquence des consultations du fait du risque de réapparition des symptômes qui ont nécessité la mise en place du traitement. La période de diminution des posologies sera d'autant plus prolongée que la durée de traitement aura été plus longue. Elle sera généralement comprise entre 1 et 6 mois (grade C), 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.

7 Cas particulier de la personne âgée

7.1 Évaluation

L'évaluation d'une complication évolutive d'un épisode dépressif caractérisé est particulièrement difficile chez la personne âgée compte tenu :

- des comorbidités somatiques, qui peuvent masquer les symptômes dépressifs ou les aggraver ;
- de l'attribution au vieillissement « normal » des symptômes dépressifs caractérisés ou résiduels.

Ces difficultés diagnostiques peuvent expliquer les retards au diagnostic, le risque de sous-diagnostic des symptômes résiduels, la prévalence élevée des formes récidivantes et chroniques chez la personne âgée, avec leurs complications (handicap fonctionnel, suicide).

Outre les éléments déjà cités plus haut, il est rappelé qu'il est particulièrement important, surtout en cas de prescription d'antidépresseur, de rechercher chez la personne âgée :

- des comorbidités somatiques, masquant les symptômes dépressifs ou associées à eux ;
- des troubles cognitifs ;
- une altération de l'état général ;
- une insuffisance hépatique et/ou rénale ;
- un risque d'interactions médicamenteuses.

7.2 Prise en charge

La qualité de l'information et l'établissement d'une relation d'aide sont primordiaux. Il est particulièrement recommandé de s'assurer ou de mettre en place un soutien social adapté à la personne âgée.

► Psychothérapies

Il est possible de débiter une psychothérapie, quels qu'en soient le type ou la durée initialement prévue, chez la personne âgée de plus de 65 ans (grade B pour les TCC ; accord professionnel pour les thérapies psychodynamiques ou les thérapies familiales). Il a été montré que les TCC sans modifications majeures peuvent être aussi efficaces chez les personnes âgées que chez les plus jeunes.

► Antidépresseurs

Sauf cas particuliers, les ISRS, IRSN, et les « autres antidépresseurs » (cf. annexe 3) sont recommandés en première intention, en sachant qu'il existe peu de données sur le milnacipran chez la personne âgée.

Un traitement par imipraminique ne doit pas être utilisé en première intention et n'est indiqué qu'exceptionnellement après 75 ans. En cas de traitement par antidépresseurs pour une durée ≥ 1 an, le citalopram, la dosulépine et la paroxétine peuvent être recommandés (grade B).

L'adaptation posologique éventuelle du traitement antidépresseur doit être plus prudente que chez l'adulte plus jeune. La réponse thérapeutique peut être plus lente. Si un imiprimanique ou la miansérine ou la tianeptine est utilisé, la posologie de départ ou la posologie recommandée chez la personne de plus de 70 ans est la moitié (les 2/3 pour la tianeptine) de la posologie préconisée chez l'adulte plus jeune. Mais, quelles que soient la molécule et la posologie de départ utilisée, il est recommandé, pour le traitement de l'épisode dépressif caractérisé et pour le traitement de maintien éventuel, d'aboutir et de maintenir la posologie préconisée par le résumé des caractéristiques du produit. Sinon, l'effet préventif de la molécule sur les récurrences d'épisode dépressif caractérisé pourrait être compromis.

L'hypotension orthostatique et les troubles d'équilibre sont les complications les plus fréquentes chez la personne âgée. Un risque d'hyponatrémie existe avec les ISRS et est majoré en cas de coprescription avec un diurétique. Un syndrome confusionnel, des convulsions et des chutes peuvent donc survenir. Chez toute personne âgée traitée par antidépresseur, il est donc recommandé d'évaluer d'éventuels troubles de l'équilibre avant et après traitement et de surveiller le ionogramme sanguin et la pression artérielle. Comme chez l'adulte jeune, le risque de saignements peut être augmenté lors d'un traitement par ISRS ou venlafaxine. Le risque d'interactions médicamenteuses est accru chez la personne âgée avec notamment une

augmentation des effets des anticoagulants oraux (AVK) et de leur risque hémorragique. Il est donc nécessaire de contrôler plus fréquemment l'INR et d'adapter éventuellement la posologie de l'anticoagulant oral.

► **Électroconvulsivothérapie**

L'électroconvulsivothérapie peut être proposée en dernier recours, car ses bénéfices ne diminuent pas chez les personnes âgées. Mais elle ne devrait pas être indiquée dans les troubles de l'humeur survenant chez les personnes démentes, ce qui justifie un bilan clinique et paraclinique préalable avant sa réalisation chez toute personne âgée.

► **Stratégie thérapeutique**

Il n'est pas recommandé de stratégie thérapeutique particulière pour une complication évolutive d'un épisode dépressif caractérisé chez les personnes âgées, sauf pour la prescription d'un traitement de consolidation pour prévenir les rechutes d'un épisode dépressif caractérisé : il peut être proposé soit un traitement de consolidation de 12 mois après rémission de l'épisode dépressif caractérisé, soit un traitement un peu plus long que chez l'adulte jeune.

À l'issue de ce traitement, l'intérêt d'une prolongation par un traitement de maintien est à discuter en fonction du cumul de facteurs de récurrence et du rapport bénéfices/risques du traitement.

8 Conclusion générale et propositions d'actions futures

La fréquence et les difficultés à diagnostiquer précocement les complications évolutives d'un épisode dépressif caractérisé justifient que se développent :

- des études épidémiologiques et économiques sur les complications évolutives d'un épisode dépressif caractérisé ;
- l'évaluation de tous les antidépresseurs en traitement de maintien au-delà de 12 à 18 mois ;
- l'évaluation des psychothérapies, quel que soit leur type, au-delà d'1 an de suivi ;
- des actions de formation des différents professionnels de santé impliqués dans le diagnostic précoce et la prévention des complications évolutives d'un épisode dépressif caractérisé, en particulier en milieu gériatrique ;
- des études sur les thérapies psychodynamiques dans les complications évolutives d'un épisode dépressif caractérisé, en définissant une méthodologie d'évaluation adaptée ;

- des actions d'information sur les troubles dépressifs et leurs éventuelles complications auprès du grand public ;
- des actions d'éducation thérapeutique structurée pour les patients qui présentent des troubles dépressifs qui se compliquent et leur entourage. De tels programmes ont montré leur efficacité en prévention des récurrences dans les pays anglo-saxons ;
- des actions visant à renforcer la coordination et les liens professionnels entre médecins généralistes, psychiatres et psychologues dans le but d'optimiser les parcours de soins proposés aux patients.

Annexe 1. Critères diagnostiques de l'épisode dépressif caractérisé

Tableau 1. Critères diagnostiques d'un épisode dépressif caractérisé selon le 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 un 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 (p. ex. pleure). NB. 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 (p. ex. modification du poids corporel en 1 mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. NB. 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 (p. ex. une substance donnant lieu à abus, un médicament), ou d'une affection médicale générale (p. 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.

Tableau 2. Critères diagnostiques d'un épisode dépressif selon la CIM-10, adaptés par Boyer et repris dans recommandations de l'Anaes sur la « Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire » publiées en mai 2002.

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.

Annexe 2. Critères de définition de l'urgence de la crise suicidaire

Tableau. Les degrés d'urgence de la crise suicidaire selon les conclusions de la conférence de consensus de novembre 2000 « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge ».

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

Annexe 3. Liste des antidépresseurs disponibles en France

Tableau. Liste des antidépresseurs disponibles en France

Famille	DCI Nom commercial	Indications de l'AMM
Imipraminiques	Clomipramine Anafranil®	<ul style="list-style-type: none"> Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés), y compris les épisodes sévères chez les patients hospitalisés. Certains états dépressifs apparaissant lors des schizophrénies, en association avec un traitement neuroleptique (uniquement pour la forme comprimé). Troubles obsessionnels compulsifs. Prévention des attaques de panique avec ou sans agoraphobie (uniquement pour la forme comprimé).
	Amoxapine Défanyl®	<ul style="list-style-type: none"> Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés).
	Amitriptyline Elavil®Laroxyl®	<ul style="list-style-type: none"> Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés), y compris les épisodes sévères chez les patients hospitalisés.
	Maprotiline Ludiomil®	<ul style="list-style-type: none"> Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés), y compris les épisodes sévères chez les patients hospitalisés.
	Dosulépine Prothiaden®	<ul style="list-style-type: none"> Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés).
	Doxépine Quitaxon®	<ul style="list-style-type: none"> Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés).
	Trimipramine Surmontil®	<ul style="list-style-type: none"> Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés).
	Imipramine Tofranil®	<ul style="list-style-type: none"> Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés), y compris les épisodes sévères chez les patients hospitalisés.
ISRS (Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine)	Citalopram Séropram®	<ul style="list-style-type: none"> Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés). Prévention des attaques de panique avec ou sans agoraphobie (uniquement pour la forme comprimé et solution buvable).
	Escitalopram Séroplex®	<ul style="list-style-type: none"> Épisodes dépressifs majeurs (c'est à dire caractérisés). Prévention des attaques de panique avec ou sans agoraphobie. Trouble anxiété sociale « phobie sociale ».
	Fluoxétine Prozac®	<ul style="list-style-type: none"> Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés). Troubles obsessionnels compulsifs.
	Fluvoxamine Floxyfral®	<ul style="list-style-type: none"> Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés). Troubles obsessionnels compulsifs.
	Paroxétine Deroxat® Divarius®	<ul style="list-style-type: none"> Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés). Troubles obsessionnels compulsifs Prévention des attaques de panique avec ou sans agoraphobie. Anxiété généralisée, évoluant depuis au moins 6 mois.
	Sertraline Zoloft®	<ul style="list-style-type: none"> Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés). Prévention des récurrences dépressives chez les patients présentant un trouble unipolaire. Troubles obsessionnels compulsifs.

IRSN (inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline)	Milnacipran Ixel [®]	• Traitement des épisodes dépressifs majeurs de l'adulte.
	Venlafaxine Effexor [®] Effexor LP [®] 75 mg Trevilor LP [®]	• Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés) y compris les épisodes sévères chez les patients hospitalisés. • Prévention des récurrences dépressives chez les patients présentant un trouble unipolaire. • Anxiété généralisée, évoluant depuis au moins 6 mois. • Trouble anxiété sociale « phobie sociale »
IMAO sélectif A	Moclobémide Moclamine [®]	• Épisodes dépressifs majeurs (c'est à dire caractérisés), y compris les épisodes sévères chez les patients hospitalisés.
Autres antidépresseurs	Miansérine Athymil [®]	• Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés).
	Mirtazapine Norset [®]	• Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés).
	Tianeptine Stablon [®]	• Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés).

Méthode « recommandations pour la pratique clinique »

Les recommandations professionnelles sont définies comme « des propositions développées selon une méthode explicite pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ».

La méthode *recommandations pour la pratique clinique (RPC)* est l'une des méthodes utilisées par la Haute Autorité de santé (HAS) pour élaborer des recommandations professionnelles. Elle repose, d'une part, sur l'analyse et la synthèse critiques de la littérature médicale disponible, et, d'autre part, sur l'avis d'un groupe multidisciplinaire de professionnels concernés par le thème des recommandations.

► **Choix du thème de travail**

Les thèmes de recommandations professionnelles sont choisis par le Collège de la HAS. Ce choix tient compte des priorités de santé publique et des demandes exprimées par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le Collège de la HAS peut également retenir des thèmes proposés par des sociétés savantes, l'Institut national du cancer, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, l'Union nationale des professionnels de santé, des organisations représentatives des professionnels ou des établissements de santé, des associations agréées d'usagers.

Pour chaque thème retenu, la méthode de travail comprend les étapes suivantes.

► **Comité d'organisation**

Un comité d'organisation est réuni par la HAS. Il est composé de représentants des sociétés savantes, des associations professionnelles ou d'usagers, et, si besoin, des agences sanitaires et des institutions concernées. Il définit précisément le thème de travail, les questions à traiter, les populations de patients et les cibles professionnelles concernées. Il signale les travaux pertinents, notamment les recommandations, existants. Il propose des professionnels susceptibles de participer aux groupes de travail et de lecture. Ultérieurement, il participe au groupe de lecture.

► **Groupe de travail**

Un groupe de travail multidisciplinaire et multiprofessionnel est constitué par la HAS. Il est composé de professionnels de santé, ayant un mode d'exercice public ou privé, d'origine géographique ou d'écoles de pensée

diverses, et, si besoin, d'autres professionnels concernés et de représentants d'associations de patients et d'usagers. Un président est désigné par la HAS pour coordonner le travail du groupe en collaboration avec le chef de projet de la HAS. Un chargé de projet est également désigné par la HAS pour sélectionner, analyser et synthétiser la littérature médicale et scientifique pertinente. Il rédige ensuite l'argumentaire scientifique des recommandations en définissant le niveau de preuve des études retenues. Ce travail est réalisé sous le contrôle du chef de projet de la HAS et du président.

► **Rédaction de la première version des recommandations**

Une première version des recommandations est rédigée par le groupe de travail à partir de cet argumentaire et des avis exprimés au cours des réunions de travail (habituellement deux réunions). Cette première version des recommandations est soumise à un groupe de lecture.

► **Groupe de lecture**

Un groupe de lecture est constitué par la HAS selon les mêmes critères que le groupe de travail. Il est consulté par courrier et donne un avis sur le fond et la forme de l'argumentaire et des recommandations, en particulier sur la lisibilité et l'applicabilité de ces dernières. Ce groupe de lecture externe est complété par des relecteurs de la commission spécialisée de la HAS en charge des recommandations professionnelles (*commission évaluation des stratégies de santé*).

► **Version finale des recommandations**

Les commentaires du groupe de lecture sont ensuite analysés et discutés par le groupe de travail, qui modifie si besoin l'argumentaire et rédige la version finale des recommandations et leur synthèse, au cours d'une réunion de travail.

La version finale de l'argumentaire et des recommandations et le processus de réalisation sont discutés par la commission *évaluation des stratégies de santé*. À sa demande, l'argumentaire et les recommandations peuvent être revus par le groupe de travail. La commission rend son avis au Collège de la HAS.

► **Validation par le Collège de la HAS**

Sur proposition de la commission *évaluation des stratégies de santé*, le Collège de la HAS valide le rapport final et autorise sa diffusion.

► **Diffusion**

La HAS met en ligne gratuitement sur son site (www.has-sante.fr) l'intégralité de l'argumentaire, les recommandations et leur synthèse. La synthèse et les recommandations peuvent être éditées par la HAS.

► **Travail interne à la HAS**

Un chef de projet de la HAS assure la conformité et la coordination de l'ensemble du travail suivant les principes méthodologiques de la HAS.

Une recherche documentaire approfondie est effectuée par interrogation systématique des banques de données bibliographiques médicales et scientifiques sur une période adaptée à chaque thème. En fonction du thème traité, elle est complétée, si besoin, par l'interrogation d'autres bases de données spécifiques. Une étape commune à toutes les études consiste à rechercher systématiquement les recommandations pour la pratique clinique, conférences de consensus, articles de décision médicale, revues systématiques, méta-analyses et autres travaux d'évaluation déjà publiés au plan national et international. Tous les sites Internet utiles (agences gouvernementales, sociétés savantes, etc.) sont explorés. Les documents non accessibles par les circuits conventionnels de diffusion de l'information (littérature grise) sont recherchés par tous les moyens disponibles. Par ailleurs, les textes législatifs et réglementaires pouvant avoir un rapport avec le thème sont consultés. Les recherches initiales sont réalisées dès le démarrage du travail et permettent de construire l'argumentaire. Elles sont mises à jour régulièrement jusqu'au terme du projet. L'examen des références citées dans les articles analysés permet de sélectionner des articles non identifiés lors de l'interrogation des différentes sources d'information. Enfin, les membres des groupes de travail et de lecture peuvent transmettre des articles de leur propre fonds bibliographique. Les langues retenues sont le français et l'anglais.

► **Gradation des recommandations**

Chaque article sélectionné est analysé selon les principes de lecture critique de la littérature à l'aide de grilles de lecture, ce qui permet d'affecter à chacun un niveau de preuve scientifique. Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable, coté de A à C selon l'échelle proposée par la HAS (annexe 2). En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord professionnel au sein des groupes de travail après avis du groupe de lecture. Dans le texte ci-dessous, en l'absence de précision, les recommandations reposent sur un accord professionnel. L'absence de preuve ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles ; elle doit inciter à engager des études complémentaires lorsque cela est possible.

Pour en savoir plus sur la méthode d'élaboration des recommandations pour la pratique clinique, se référer au guide publié par l'Anaes en 1999 : « Les recommandations pour la pratique clinique - Base méthodologique pour leur réalisation en France ». Ce guide est téléchargeable gratuitement sur le site Internet de la HAS : www.has-sante.fr.

Participants

Les sociétés savantes et associations professionnelles suivantes ont été sollicitées pour l'élaboration de ces recommandations :

- Société de l'information psychiatrique, association membre de la Fédération française de psychiatrie
- Association française de psychiatrie, association membre de la Fédération française de psychiatrie
- Collège de médecine générale
- SFDRMG, Société Française de Documentation et Recherche en Médecine Générale.

Comité d'organisation

Dr Annette CLAVEAU, médecin généraliste, Paris,
Dr Christian EVEN, psychiatre, Paris
Dr, Olivier LEHEMBRE, psychiatre, Valenciennes
Dr Suzanne PARIZOT, psychiatre, Lyon

Pr Frédéric ROUILLON, psychiatre, Paris
Dr Louis VELUET, médecin généraliste-psychanalyste, Palaiseau

Groupe de travail

Pr Pierre THOMAS, psychiatre, Lille - Président du groupe de travail
Dr Dominique SERVANT, psychiatre, Lille - Chargé de projet,
Dr Marc WEILL, psychiatre, Paris - Chargé de projet,
Dr Christine GEFFRIER d'ACREMONT, chef de projet, HAS, Saint-Denis
Mme Véronique RAIMOND, chef de projet, HAS, Saint-Denis

Dr Jean-Louis ACQUAVIVA, médecin généraliste, Le Cannet-des Maures
Mr Hervé ALLAIN, pharmacologue, Rennes
Dr Antoine BESSE, psychiatre, Mantes la jolie
Mme Nicole BETRENCOURT, psychologue-psychothérapeute, Neuilly-sur-Seine
M. Emmanuel NOUYRIGAT, chef d'unité, Afssaps, Saint-Denis
Dr Alain-Michel GERARD, psychiatre, Paris
Mme Françoise HARRIBEY, psychologue, Paris
Dr Bernard ODIER, psychiatre, Paris

M. Bernard QUATELAS, psychologue, Nîmes-Saint-Césaire
Dr Claude ROSENZWEIG, médecin généraliste, Gévezé
Dr Pascale SANTANA, médecin généraliste, Paris
Dr Dominique SERVANT, psychiatre, Lille
Dr Éric TANNEAU, psychiatre, Paris
Dr Anne-Marie TAVART-ARANEDER, médecin du travail, Bordeaux
Dr Patrice VAN AMERONGEN, neuro-psychiatre retraité, Unafam, Noisy-le-Roi

Groupe de lecture

Dr Jean-Yves ALEXANDRE, psychiatre, Saint-André-lez-Lille
Pr Jean-François ALLILAIRE, psychiatre, Paris
Dr, Isabelle AUBIN-AUGER, médecin généraliste, Soisy-sous-Montmorency
Pr Jean-Michel AZORIN, psychiatre, Marseille
Dr Jacques BARBIER, psychiatre, Reims
Pr Franck-Jean BAYLE, psychiatre, Paris
Pr Joël BELMIN, gériatre, Ivry-sur-Seine
Dr Jacques BIRGÉ, médecin généraliste, Boulay
Dr Patrice CHARBIT, psychiatre, Paris
Pr Emmanuelle CORRUBLE, psychiatre, Le Kremlin-Bicêtre
Dr Jean-Pierre DEBRUILLE, neuro-psychiatrie, Lunéville
Dr Éric DRAHI, médecin généraliste, Saint-Jean-de-Bray
Dr François FRETTE, médecin conseil, Amiens
Dr Philippe GARCIA, médecin du travail, Saint-Malo
Dr Nicloe GARET-GLOANEC, pédopsychiatre, Nantes
Dr Christian GAY, psychiatrie, Garches
Dr Jacques GLIKMAN, psychiatrie, Épinay-sur-Seine
Pr Michel GOUDEMANT, psychiatre, Lille
Dr David GOURION, psychiatre, Paris
Dr Guy GOZLAN, psychiatrie, Paris
Mme Brigitte GUINOT-NADAL, psychologue clinicienne, Limoges
Dr Luc-Christophe GUILLERM, psychiatrie, Guipanas
Dr Joelle GUILHOT, médecin conseil, Paris
Dr Brigitte HABABOU, psychiatre, Grenoble

Dr Yves HEMERY, psychiatre, Morlaix
Dr Patrick HERRMANN, médecin généraliste, Ebersheim
Dr Vincent HULIN, médecin généraliste, Laventie
Dr Yves LE NOC, médecin généraliste, Nantes
Dr Christian MICHEL, médecin généraliste, Strasbourg
Mme Évelyne, MOLLARD, psychologue, Lyon
Pr Robert MOULIAS, gériatre, Paris
Dr Philippe NICOT, médecin généraliste, Panazol
Pr Jean-Pierre OLIE, psychiatre, Paris
Dr Jean-Loup PECQUEUX, médecin généraliste, Épinal
Dr Antoine PELISSOLO, psychiatre, Paris
Dr Daniel PINCHENZON, médecin conseil, Bagnolet
Pr Louis PLOTON, gériatre, Lyon
Dr Frédéric RAFFAITIN, psychiatre, Paris
Mr Stéphane ROY, psychologue, Vierzon
Pr Stéphane RUSINEK, psychologue, Villeneuve-d'Ascq
Dr Christian SPADONE, psychiatre, Paris
Dr Marie-Madeleine STOCKER, médecin du travail, Saint-Nazaire
Dr Patrick STOESSEL, psychiatre, La Celle-Saint-Cloud
Dr Alice TOUZAA, gynécologue médical et obstétricien, Aix-en-Provence
Dr Philippe TRUNET, médecin généraliste, La Réole
Dr Jean-Pierre VALLÉE, médecin généraliste, Colleville-Montgomery
Pr Daniel WIDLOCHER, psychiatre retraité, Paris

Mme Stéphanie WOOLEY, présidente
de l'association France-Dépression,
Paris

Dr Philippe ZERR, médecin
généraliste, Levallois-Perret

.

Fiche descriptive

TITRE	Prise en charge des complications évolutives d'un épisode dépressif caractérisé de l'adulte
Méthode de travail	Recommandations pour la pratique clinique
Objectif(s)	Ces recommandations précisent la prise en charge (bilan initial et traitement) des patients adultes présentant une des 3 complications évolutives possibles d'un épisode dépressif caractérisé (EDC) : - la récurrence ou récurrence dépressive, - la persistance de symptômes dits résiduels (EDC en rémission partielle), - la chronicité (EDC > 2 ans).
Professionnels concernés	Avant tout les médecins généralistes, psychiatres et psychologues
Demandeur	CNAMTS, RSI, MSA
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS)
Pilotage du projet	Coordination : Dr Christine Geffrier-d'Acremont, chef de projet, service des recommandations professionnelles de la HAS (chef de service : Dr Patrice Dosquet) Mme Véronique RAIMOND chef de projet, service évaluation médico-économique et santé publique de la HAS (chef de service : Mme Catherine Rumeau-Pichon) Secrétariat : Mme Laetitia Gourbail Recherche documentaire : Mlle Mireille Cecchin, documentaliste, avec l'aide de Mlle Sylvie LASCOLS, service documentation de la HAS (chef de service : Mme Frédérique Pagès)
Participants	Sociétés savantes, comité d'organisation, groupe de travail (Président : Pr Pierre Thomas, psychiatre, Lille), groupe de lecture : cf. liste
Recherche documentaire	De janvier 1995 à mai 2006
Financement	Fonds publics

Auteurs de l'argumentaire	Dr Dominique Servant, psychiatre, Lille et Dr Marc Weill, psychiatre, Paris, chargés de projet Dr Christine Geffrier-d'Acremont, chef de projet, service des recommandations professionnelles de la HAS Mme Véronique RAIMOND chef de projet, service évaluation médico-économique et santé publique de la HAS
Validation	Avis de la Commission Évaluation des stratégies de santé en mars 2007 Validation par le Collège de la HAS en avril 2007
Autres formats	Synthèse des recommandations et argumentaire téléchargeables gratuitement sur www.has-sante.fr



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