

RÉFÉRENTIEL D'AUTO-ÉVALUATION DES PRATIQUES EN PSYCHIATRIE

Prise en charge par le psychiatre d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire

Juin 2005

I. INTRODUCTION

La dépression est une affection fréquente dont la prévalence à 1 an varie entre 5 et 15 %, suivant les études faites en population générale. Ses conséquences médicales, sociales et économiques constituent un problème majeur de santé publique. Le nombre de morts par suicide, chaque année, en France, est d'environ 12 000. Le nombre de tentatives de suicide est 10 fois supérieur : 30 à 50 % de ces tentatives seraient secondaires à un épisode dépressif. Il ressort de différentes enquêtes que seulement un tiers des déprimés seraient efficacement traités. La prise en charge adéquate du premier épisode dépressif est d'autant plus importante que la dépression est une affection qui tend à récidiver (dans 50 à 85 % des cas) ou à devenir chronique (20 % des épisodes dépressifs). Il apparaît donc essentiel de sensibiliser les psychiatres libéraux à l'importance de proposer un projet thérapeutique adéquat pour traiter de manière optimale un épisode dépressif *a priori* isolé.

II. PROMOTEURS

- Haute Autorité de santé (HAS), reprenant les missions de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) ;
- Groupe d'investigateurs cliniciens indépendants pour des études pivotales de qualité (GICIPI).

III. SOURCES

- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire. Paris : Anaes ; 2002.
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge, conférence de consensus 19 et 20 octobre 2000. Paris : Anaes ; 2000.
- Recommandation américaine : *Institut for Clinical Systems Improvement. Major depression in adults for mental health care providers*. Bloomington : ICSI; 2003.
- Rapport : Institut national de la santé et de la recherche médicale. Psychothérapie, trois approches évaluées. Paris : Inserm Expertise collective; 2004.

IV. PATIENTS CONCERNÉS

Il s'agit de tous les patients adultes, vus en consultation au moins 3 fois, pour un épisode dépressif, dont vous vérifiez le type isolé et caractérisé.

V. PROFESSIONNELS CONCERNÉS

Psychiatres d'exercice libéral, ou mixte ayant une activité libérale.

VI. SÉLECTION DES DOSSIERS

L'auto-évaluation porte sur 10 patients.

La méthode de sélection est prospective avec étude rétrospective des dossiers : vous interrogez les patients au fur et à mesure qu'ils se présentent pour la prise en charge ou le suivi d'un épisode dépressif *a priori* isolé et évaluez rétrospectivement leurs dossiers.

VII. OBJECTIFS DE BONNES PRATIQUES ÉVALUÉS

- Affirmer le diagnostic et la sévérité de la dépression caractérisée (accord professionnel) (critères 1 et 2).
- Évaluer le risque suicidaire [conférence de consensus : crise (grade A) ; recommandation dépression Anaes (grade C)], (critère 3).
- S'assurer du caractère réellement isolé de l'épisode dépressif, et vérifier qu'il ne s'agit pas d'une dépression secondaire, d'un trouble dépressif récurrent ou bipolaire (accord professionnel) (critère 4).
- Informer le patient, et s'il en est d'accord son entourage (une personne de confiance et/ou le médecin traitant), sur le diagnostic, les effets bénéfiques et indésirables des différents traitements envisageables (grade A). Recommandation dépression Anaes, (critère 5).
- Concevoir avec le patient un projet thérapeutique spécifique (accord professionnel) (critères 6, 7, 8 et 9).
- Poursuivre le suivi 6 mois après l'arrêt du traitement antidépresseur, le risque de rechute¹ étant maximal pendant cette période (accord professionnel) (critère 8).

<p style="text-align: center;">Critères d'évaluation et questions pour déterminer si les critères sont présents</p>

1. Le dossier médical mentionne les symptômes nécessaires pour poser un diagnostic de dépression caractérisée (annexes 1 et 1 bis).
Le dossier médical mentionne-t-il les symptômes nécessaires pour affirmer le diagnostic ?
2. Le degré de sévérité (léger, modéré ou sévère) de l'épisode dépressif et l'incapacité fonctionnelle ont été évalués au moyen de critères diagnostiques (annexe 2).
Le dossier médical spécifie-t-il et argumente-t-il le degré de sévérité ?
3. Le risque suicidaire a été évalué à chaque consultation aussi longtemps que l'état clinique du patient le justifie (annexe 3).
Le dossier médical mentionne-t-il que le risque suicidaire a été évalué à chaque consultation aussi longtemps que l'état du patient le justifie ?

¹ Les symptômes dépressifs réapparaissant moins de 6 mois après la rémission clinique caractérisent une rechute. Ceux apparaissant plus de 6 mois après décrivent une récurrence.

4. L'absence de signes en faveur d'une dépression secondaire, d'une dépression caractérisée récurrente et d'un trouble bipolaire a été vérifiée (annexes 4, 4 bis, 4 ter).
Le dossier médical mentionne-t-il la recherche d'une comorbidité psychiatrique ou somatique, d'un épisode dépressif passé et de manifestations en faveur d'un trouble bipolaire ?
5. Le patient, et s'il en est d'accord son entourage, a (ont) été informé(s) de la nature de ses troubles dépressifs
Le dossier médical mentionne-t-il le contenu et le(s) destinataire(s) de l'information délivrée sur la nature des troubles dépressifs ?
6. Le patient, et s'il en est d'accord son entourage, a (ont) été informé(s) des effets bénéfiques et indésirables des différents traitements envisageables ?
Le dossier médical mentionne-t-il le contenu et le(s) destinataire(s) de l'information délivrée sur les effets bénéfiques et indésirables des différents traitements envisageables ?
7. Un projet thérapeutique, discuté avec le patient, a été mis en place.
Le dossier médical mentionne-t-il l'existence et le contenu du projet thérapeutique discuté avec le patient ?
8. Un traitement médicamenteux antidépresseur a été prescrit à une posologie thérapeutique pour la durée recommandée².
Le dossier médical mentionne-t-il la prescription d'un antidépresseur à posologie thérapeutique pour la durée recommandée ?
9. Le patient, et s'il en est d'accord son entourage, a (ont) été informé(s) de la nécessité de poursuivre le suivi 6 mois après l'arrêt du traitement antidépresseur.
Le dossier médical mentionne-t-il le contenu et le(s) destinataire(s) de l'information délivrée sur la nécessité de poursuivre le suivi 6 mois après l'arrêt du traitement antidépresseur ?
10. Une psychothérapie a été instituée, après discussion de l'indication et du type de psychothérapie retenue.
Le dossier médical mentionne-t-il l'institution d'une psychothérapie, ainsi que les éléments de discussion de l'indication et du type de cette dernière ? ou le cas échéant son absence ?

² Six mois à 1 an après la rémission des symptômes.

VIII. GRILLE DE RECUEIL DES INFORMATIONS

Notez une seule réponse par case :

O si la réponse est OUI

N si la réponse est NON

NA si la question ne s'applique pas à ce patient ou à votre pratique (précisez dans la zone de commentaires). N'hésitez pas à ajouter des informations qualitatives !

N° d'anonymat :

Date :

Temps passé à cette évaluation :

	QUESTION 1	QUESTION 2	QUESTION 3	QUESTION 4	QUESTION 5	QUESTION 6	QUESTION 7	QUESTION 8	QUESTION 9	QUESTION 10
	Le dossier médical mentionne-t-il les symptômes nécessaires pour affirmer le diagnostic ?	Le dossier médical spécifie-t-il et argumente-t-il le degré de sévérité ?	Le dossier médical mentionne-t-il que le risque suicidaire a été évalué à chaque consultation aussi longtemps que l'état du patient le justifie ?	Le dossier médical mentionne-t-il la recherche d'une comorbidité psychiatrique ou somatique, d'un épisode dépressif passé et de manifestations en faveur d'un trouble bipolaire ?	Le dossier médical mentionne-t-il le contenu et le(s) destinataire(s) de l'information délivrée sur la nature des troubles dépressifs ?	Le dossier médical mentionne-t-il le contenu et le(s) destinataire(s) de l'information délivrée sur les effets bénéfiques et indésirables des différents traitements envisageables ?	Le dossier médical mentionne-t-il l'existence et le contenu du projet thérapeutique discuté avec le patient ?	Le dossier médical mentionne-t-il la prescription d'un antidépresseur à posologie thérapeutique pour la durée recommandée ?	Le dossier médical mentionne-t-il le contenu et le(s) destinataire(s) de l'information délivrée sur la nécessité de poursuivre le suivi 6 mois après l'arrêt du traitement antidépresseur ?	Le dossier médical mentionne-t-il l'institution d'une psychothérapie, ainsi que les éléments de discussion de l'indication et du type de cette dernière ? ou le cas échéant son absence ?
1										
2										
3										
4										
5										

Référentiel d'auto-évaluation des pratiques en psychiatrie

	QUESTION 1	QUESTION 2	QUESTION 3	QUESTION 4	QUESTION 5	QUESTION 6	QUESTION 7	QUESTION 8	QUESTION 9	QUESTION 10
	Le dossier médical mentionne-t-il les symptômes nécessaires pour affirmer le diagnostic ?	Le dossier médical spécifie-t-il et argumente-t-il le degré de sévérité ?	Le dossier médical mentionne-t-il que le risque suicidaire a été évalué à chaque consultation aussi longtemps que l'état du patient le justifie ?	Le dossier médical mentionne-t-il la recherche d'une comorbidité psychiatrique ou somatique, d'un épisode dépressif passé et de manifestations en faveur d'un trouble bipolaire ?	Le dossier médical mentionne-t-il le contenu et le(s) destinataire(s) de l'information délivrée sur la nature des troubles dépressifs ?	Le dossier médical mentionne-t-il le contenu et le(s) destinataire(s) de l'information délivrée sur les effets bénéfiques et indésirables des différents traitements envisageables ?	Le dossier médical mentionne-t-il l'existence et le contenu du projet thérapeutique discuté avec le patient ?	Le dossier médical mentionne-t-il la prescription d'un antidépresseur à posologie thérapeutique pour la durée recommandée ?	Le dossier médical mentionne-t-il le contenu et le(s) destinataire(s) de l'information délivrée sur la nécessité de poursuivre le suivi 6 mois après l'arrêt du traitement antidépresseur ?	Le dossier médical mentionne-t-il l'institution d'une psychothérapie, ainsi que les éléments de discussion de l'indication et du type de cette dernière ? ou le cas échéant son absence ?
6										
7										
8										
9										
10										
Total des O										
Total des N										
Total des NA										

VOS OBSERVATIONS ET COMMENTAIRES POUR CETTE AUTO-ÉVALUATION :

	Observations par patient
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

X. GUIDE DE REMPLISSAGE DE LA GRILLE DE CRITÈRES

D'une manière générale, lors de l'utilisation de ce référentiel, la réponse NON APPLICABLE n'est acceptable qu'au cas (préssumé peu fréquent) où un patient refuserait de participer à l'anamnèse et de donner les éléments cliniques permettant d'établir le diagnostic, d'apprécier le degré de sévérité, le risque suicidaire, ainsi que les autres critères, notamment le projet thérapeutique. Même en cas de pratique psychothérapique prédominante, le praticien ne peut se dispenser de réunir les éléments cliniques et anamnestiques nécessaires pour documenter les critères du référentiel. Donc, à titre de principe général, si ces éléments sont absents ou incomplets, pour des raisons pratiques (manque de temps) ou d'orientation théorique, répondre NON et non pas NON APPLICABLE.

Critère 1

Si les éléments cliniques permettant de générer un diagnostic selon le DSM-IV ou la CIM-10 ne sont pas notés, répondre NON. Si présents, mais incomplets ou de type empirique, répondre NON.

Critère 2

Si les éléments cliniques permettant d'apprécier la sévérité et l'incapacité fonctionnelle ne sont pas notés ou sont incomplets, répondre NON. Si non actualisés répondre NON.

Critère 3

L'évaluation du risque suicidaire aussi longtemps que l'état du patient le justifie doit figurer dans le dossier et être à jour. Les principaux éléments de la conférence de consensus sur la crise suicidaire, publiée par l'Anaes en octobre 2000, sont rappelés en annexe 3, mais la cotation du risque suicidaire au moyen de la section correspondante du MINI, figurant également dans cette annexe, paraît plus facile à mettre en application, sans se substituer au recueil des éléments cliniques tels que listés par la conférence de consensus. Si l'évaluation du risque suicidaire ne figure pas dans le dossier, répondre NON. En l'absence de trace écrite en particulier négative, la réponse à la question est NON. La réponse NON APPLICABLE est impossible.

Critère 4

Le but principal de ce critère est de sensibiliser le praticien au fait de ne pas se limiter à un diagnostic synchronique (*ici et maintenant*), mais de prendre en compte la dimension anamnestique diachronique, en particulier de rechercher l'absence d'épisodes dépressifs, maniaques ou hypomaniaques antérieurs, lesquels ne peuvent être repérés qu'à l'aide d'une anamnèse rigoureuse, même en cas d'épisode dépressif isolé à première vue.

Si un seul des éléments manque répondre NON. L'absence d'antécédent doit être notifiée, si ce n'est pas le cas répondre NON.

Critère 5 et 6

Le patient doit recevoir une information sur la nature des troubles dépressifs et des effets bénéfiques et indésirables des différents traitements envisageables. Si ces informations ne sont pas mentionnées ou sont incomplètes, répondre NON. S'il y a eu transmission de l'information à une personne de confiance de l'entourage, avec l'accord du patient, et qu'il n'existe pas de trace écrite dans le dossier, répondre NON, même si l'information au patient avait été néanmoins correctement délivrée.

Critère 7

Le projet thérapeutique est décrit dans le dossier, ainsi que ses principaux temps de mise en œuvre. Si cette description est absente, incomplète ou qu'il n'y a pas mention de la discussion avec le patient, répondre NON.

Critère 8

La posologie de l'antidépresseur à dose thérapeutique, ainsi que la durée de prescription recommandée⁶ figurent dans le dossier. Si l'un des éléments manque ou est inexact, répondre NON. L'absence de prescription médicamenteuse éventuelle (le cas échéant, en cas de dépression d'intensité légère) doit être indiquée. Si ce n'est pas le cas, répondre NON. Si le praticien a une pratique psychothérapique prédominante et a choisi de ce fait de ne pas prescrire d'antidépresseur, ne pas répondre NON APPLICABLE, mais simplement NON.

Critère 9

La nécessité de poursuivre le suivi 6 mois après l'arrêt du traitement antidépresseur, le risque de rechute étant maximal pendant cette période, figure dans le dossier. Si ce délai n'est pas précisé ou est inexact, répondre NON. Pour la question de l'entourage, observer les mêmes recommandations que pour les critères 5 et 6.

Critère 10

Outre la prescription d'un antidépresseur, la psychothérapie est un moyen thérapeutique important dans le traitement de la dépression (voir annexe 5). Elle se doit d'être clairement documentée dans le dossier. Le type de psychothérapie, son indication et ses objectifs doivent être notés. Si l'un des éléments est manquant, noter NON. L'absence de psychothérapie doit être indiquée. Si ce n'est pas le cas, répondre NON.

6. Six mois à 1 an après la rémission des symptômes.

ANNEXE 1. CRITÈRES DE L'ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR SELON LE DSM-IV

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 : (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

N.B. : ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection médicale générale, à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur.

- (1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (ex. se sent triste ou vide) ou observée par les autres (ex. pleure). **N.B.** : éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.
- (2) Diminution marquée de l'intérêt ou 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 (constaté par les autres, non limité 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 (les critères sont réunis à la fois pour un épisode maniaque et pour un épisode dépressif majeur à l'exception du critère de durée) et cela presque tous les jours pendant au moins 1 semaine.

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

ANNEXE 1 BIS. CRITÈRES DE L'ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR SELON LA CIM 10

A. Critères généraux (obligatoires) :

G1. L'épisode dépressif doit persister **au moins 2 semaines**.

G2. Absence de symptômes hypomaniaques ou maniaques répondant aux critères d'un épisode maniaque ou hypomaniaque (F30) à un moment quelconque de la vie du sujet.

G3. Critères d'exclusion le 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 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) Perturbation du sommeil de n'importe quel type.

(7) Modification de l'appétit (diminution ou augmentation) avec variation pondérale correspondante.

ANNEXE 2. NIVEAUX DE SÉVÉRITÉ LÉGER, MODÉRÉ, SÉVÈRE, SELON LE DSM-IV ET LA CIM-10

- « Léger » lorsqu'il y a 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 » lorsque 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 » lorsque 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.
- « Modéré » lorsque les symptômes et altérations des activités professionnelles, des activités sociales courantes, ou des relations avec les autres, sont compris entre ces deux extrêmes.

ANNEXE 3. COMMENT RECONNAÎTRE ET ÉVALUER LE RISQUE SUICIDAIRE ?

Il est souhaitable d'explorer 6 éléments :

1. Le niveau de souffrance : désarroi ou désespoir, repli sur soi, isolement relationnel, sentiment de dévalorisation ou d'impuissance, sentiment de culpabilité.
2. Le degré d'intentionnalité : idées envahissantes, rumination, recherche ou non d'aide, attitude par rapport à des propositions de soins, dispositions envisagées ou prises en vue d'un passage à l'acte (plan, scénario).
3. Les éléments d'impulsivité : tension psychique, instabilité comportementale, agitation motrice, état de panique, antécédents de passage à l'acte, de fugue ou d'actes violents.
4. Un éventuel élément précipitant : conflit, échec, rupture, perte.
5. La présence de moyens létaux à disposition : armes, médicaments, etc.
6. La qualité du soutien de l'entourage proche : capacité de soutien ou inversement renforcement du risque dans le cas de familles « à transaction suicidaire ou mortifère ».

Il faudra également tenir compte de l'élément de dangerosité lié à l'accumulation de facteurs de risque, notamment l'âge (> 75 ans).

Un tel bilan exhaustif n'est pas toujours possible. Il est souhaitable dans une évaluation psychiatrique. Le médecin généraliste confronté à la diversité des situations aura à évaluer au moins la crise et son degré d'urgence. L'urgentiste confronté à une crise d'angoisse aura à apprécier le potentiel de dangerosité suicidaire. Le médecin scolaire et le médecin du travail confrontés dans leurs pratiques respectives à des signes d'appel auront à les identifier et à orienter le sujet vers une structure de soins.

Il est également possible d'utiliser le MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview, French Version 5.0.0. Section C : Risque suicidaire (1992, 1994 & 1998)*), voir page suivante.

Mini International Neuropsychiatric Interview, French Version 5.0.0. Section C : Risque suicidaire (1992, 1994 & 1998)

Au cours du mois écoulé, avez-vous :

C1 : Pensé qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e),
ou souhaité être mort(e) ? NON OUI

C2 : Voulu vous faire mal ? NON OUI

C3 : Pensé vous suicider ? NON OUI

C4 : Établi la façon dont vous pourriez vous suicider ? NON OUI

C5 : Fait une tentative de suicide ? NON OUI

Au cours de votre vie,

C6 : Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ? NON OUI

Y a-t-il au moins **UN** oui ci-dessus ? NON OUI

Si oui, spécifier le niveau du risque suicidaire comme ci-dessous :

C1 ou C2 ou C3 = OUI → Risque suicidaire actuel LÉGER

C3 ou (C2 + C6) = OUI → Risque suicidaire actuel MOYEN

C4 ou C5 ou (C3 + C6) = OUI → Risque suicidaire actuel ÉLEVÉ

ANNEXE 4. CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU F31.X [296.5X] TROUBLE BIPOLAIRE 1-ÉPISODE LE PLUS RÉCENT DÉPRESSIF

- A. Épisode dépressif majeur actuel (où l'épisode le plus récent est un épisode dépressif majeur).
- B. Au moins un antécédent d'épisode maniaque ou d'épisode mixte.
- C. Les épisodes thymiques évoqués aux critères A et B ne sont pas mieux expliqués par un trouble schizo-affectif et ils ne sont pas surajoutés à une Schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou un trouble psychotique non spécifié.

Si tous les critères sont actuellement remplis pour un épisode dépressif majeur, *spécifier* sa forme clinique actuelle et ou ses caractéristiques :

- **léger, moyen ou sévère sans caractéristiques psychotiques/sévère avec caractéristiques psychotiques ;**
- **chronique ;**
- **avec caractéristiques catatoniques ;**
- **avec caractéristiques mélancoliques ;**
- **avec caractéristiques atypiques ;**
- **avec début lors du *post-partum*.**

Si tous les critères ne sont pas actuellement réunis pour un épisode dépressif majeur, *spécifier* la forme clinique actuelle du trouble bipolaire et/ou les caractéristiques de l'épisode dépressif majeur le plus récent :

- **en rémission partielle, en rémission complète ;**
- **chronique ;**
- **avec caractéristiques catatoniques ;**
- **avec caractéristiques mélancoliques ;**
- **avec caractéristiques atypiques ;**
- **avec début lors du *post-partum*.**

Spécifier :

les spécifications de l'évolution longitudinale, avec ou sans guérison entre les épisodes :

- avec caractère saisonnier (ne s'applique qu'à l'évolution des épisodes dépressifs majeurs) ;
- avec cycles rapides.

ANNEXE 4 BIS. CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU F33.X [293.3X] TROUBLE DÉPRESSIF MAJEUR, RÉCURRENT

A. Présence d'au moins deux épisodes dépressifs majeurs (voir annexe 4).

N.B. : deux épisodes sont considérés comme étant distincts lorsqu'ils sont séparés par une période d'au moins 2 mois consécutifs durant laquelle les critères d'un épisode dépressif majeur ne sont pas remplis.

Les épisodes dépressifs majeurs ne sont pas mieux expliqués par un trouble schizo-affectif et ne sont pas surajoutés à une schizophrénie, à un trouble schizophréniforme, à un trouble délirant, ou à un trouble psychotique non spécifié.

Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque, mixte, ou hypomaniaque.

N.B. : cette règle d'exclusion ne s'applique pas si tous les épisodes d'allure maniaque, mixte, ou hypomaniaque ont été induits par une substance ou par un traitement, ou s'ils sont dus aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale.

Si tous les critères sont actuellement remplis pour un épisode dépressif majeur, *spécifier* son statut clinique actuel et/ou ses caractéristiques :

- **léger, moyen, sévère sans caractéristiques psychotiques, sévère avec caractéristiques psychotiques ;**
- **chronique ;**
- **avec caractéristiques catatoniques ;**
- **avec caractéristiques mélancoliques ;**
- **avec caractéristiques atypiques ;**
- **avec début lors du *post-partum*.**

Si tous les critères pour un épisode dépressif majeur ne sont pas actuellement remplis, *spécifier* le statut clinique actuel du trouble dépressif majeur lorsque le sujet revient ou les caractéristiques de l'épisode le plus récent :

- **en rémission partielle/en rémission complète ;**
- **chronique ;**
- **avec caractéristiques catatoniques ;**
- **avec caractéristiques mélancoliques ;**
- **avec caractéristiques atypiques ;**
- **avec début lors du *post-partum*.**

Spécifier :

- **spécifications de l'évolution longitudinale (avec ou sans guérison intercurrente) ;**
- **avec caractère saisonnier.**

ANNEXE 4 TER. CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU FO6.3X [293.83] TROUBLE DE L'HUMEUR DÛ À [INDIQUER L'AFFECTION MÉDICALE GÉNÉRALE]

A. Une perturbation thymique au premier plan et persistante domine le tableau clinique et est caractérisée par l'un des deux (ou les deux) critères suivants :

- (1) humeur dépressive ou diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités ;
- (2) élévation de l'humeur, ou humeur expansive ou irritable.

B. Les antécédents, l'examen physique ou les examens complémentaires montrent clairement que la perturbation est la conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale.

C. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (p. ex., trouble de l'adaptation avec humeur dépressive en réponse au stress lié à une affection médicale générale).

D. La perturbation ne survient pas uniquement au décours d'un delirium.

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

Codification selon le type :

- **avec caractéristiques dépressives** : si une humeur dépressive prédomine, mais que les critères pour un épisode dépressif majeur ne sont pas remplis ;
- **avec épisode d'allure de dépression majeure** : si tous les critères pour un épisode dépressif majeur sont réunis (à l'exception du critère D) ;
- **avec caractéristiques maniaques** : si une élévation de l'humeur ou une humeur expansive ou irritable prédomine ;
- **avec caractéristiques mixtes** : si des symptômes dépressifs et maniaques sont présents, mais qu'aucun des deux ne prédomine.

Note de codage : inclure le nom de l'affection médicale générale sur l'axe I ; p. ex., 293.83 Trouble de l'humeur dû à une hypothyroïdie, avec caractéristiques dépressives. Coder également l'affection médicale générale sur l'axe III.

Note de codage : si les symptômes dépressifs surviennent dans le cadre d'une démence vasculaire préexistante, indiquer la présence de symptômes dépressifs en codant le sous-type approprié, c.-à-d. 290.43 démence vasculaire, avec humeur dépressive.

ANNEXE 5 . STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES EN AMBULATOIRE⁷

Dans l'épisode dépressif léger à modéré, les antidépresseurs et les psychothérapies sont efficaces (*grade A* pour les antidépresseurs, *grade B* pour les psychothérapies cognitivo-comportementales, *grade C* pour les autres psychothérapies, *accord professionnel* pour la psychanalyse). L'association antidépresseurs-psychothérapie n'a pas fait la preuve d'une plus grande efficacité que la psychothérapie seule dans ces formes légères à modérées (*grade C*) :

- en cas d'épisode dépressif léger, une psychothérapie est proposée en première intention, en fonction de l'accessibilité de ce type de traitement et des préférences du patient (*accord professionnel*) ; sinon les antidépresseurs peuvent être proposés ;
- en cas d'épisode dépressif modéré, les antidépresseurs sont proposés en première intention (*accord professionnel*) ; l'association antidépresseurs-psychothérapie peut être proposée en cas de difficultés psychosociales ayant un retentissement marqué sur la vie du patient (*accord professionnel*) ;
- en cas d'épisode dépressif sévère, les antidépresseurs sont indispensables (*grade A*). L'association antidépresseurs-psychothérapie peut être proposée (*grade C*). Les antidépresseurs peuvent être associés aux neuroleptiques dans les formes psychotiques (*accord professionnel*).

⁷ Recommandation française pour la Pratique Clinique : « prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire », Anaes, mai 2002.