

La prise en charge de la dépression résistante: exemple de l'Unité START

Dr Maud Rothärmel

Centre Hospitalier du Rouvray

Sotteville-lès-Rouen

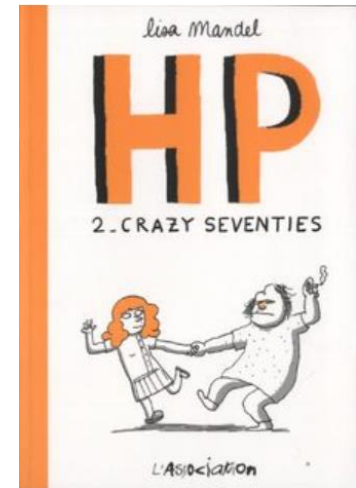


Déclaration d'intérêts

- Groupe d'experts et honoraires: Janssen

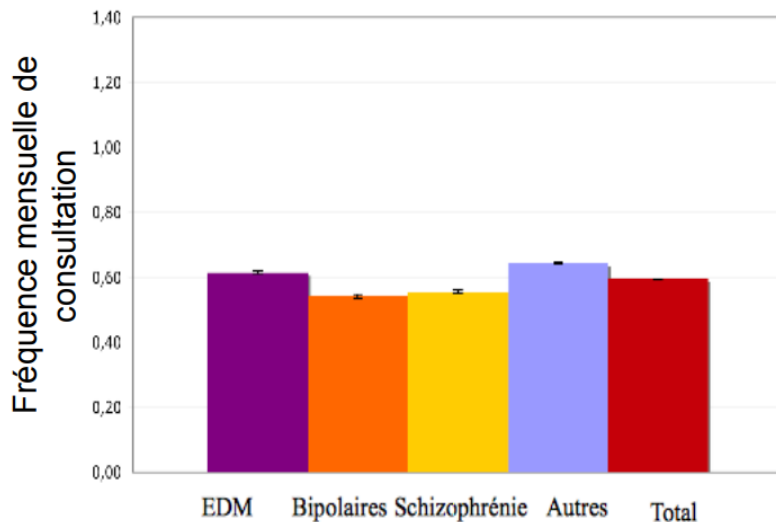
A l'origine de START: une remise en question du modèle historique des CMP

- **Centres Médico-Psychologiques (CMP) :**
créés dans les années 60 pour désinstitutionnaliser les patients psychotiques et alcooliques dépendants puis diversification avec les troubles de l'humeur
- Fonctionnent historiquement avec des médecins **à temps partiel** détachant du temps de l'intra pour l'extra-hospitalier
- **Travail du Dr E. Duhamel (2016) :** comparaison de l'activité médicale d'un CMP de référence avec celle d'un CMP théorique avec un modèle informatique de flux simulant l'évolution des maladies psychiatriques chez des malades fictifs



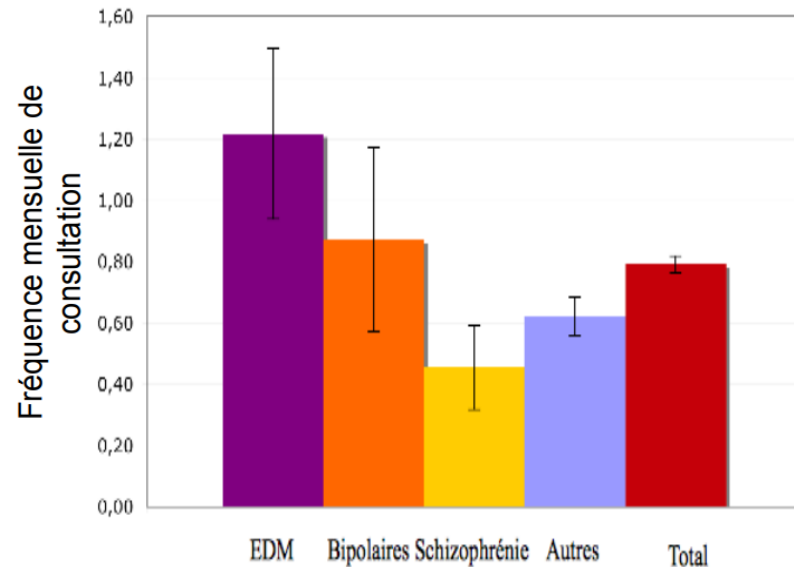
L'organisation actuelle des CMP...un modèle de consultation peu flexible

Activité effective de terrain d'un CMP:
moyenne de 0,59 ($\pm 0,3$)
consultations/mois



Homogénéité entre les pathologies
peu de flexibilité

Activité théorique d'un CMP: moyenne
de 0,79 ($\pm 0,2$) consultations/mois

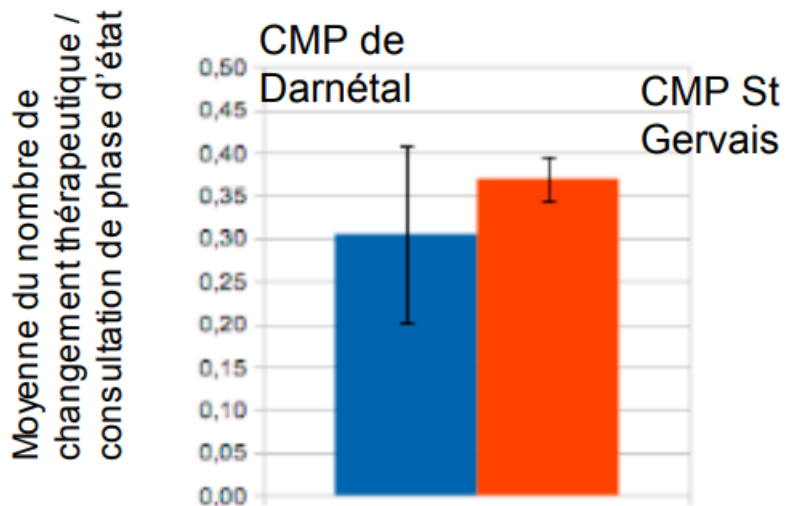


Hétérogénéité entre les pathologies
plus de souplesse

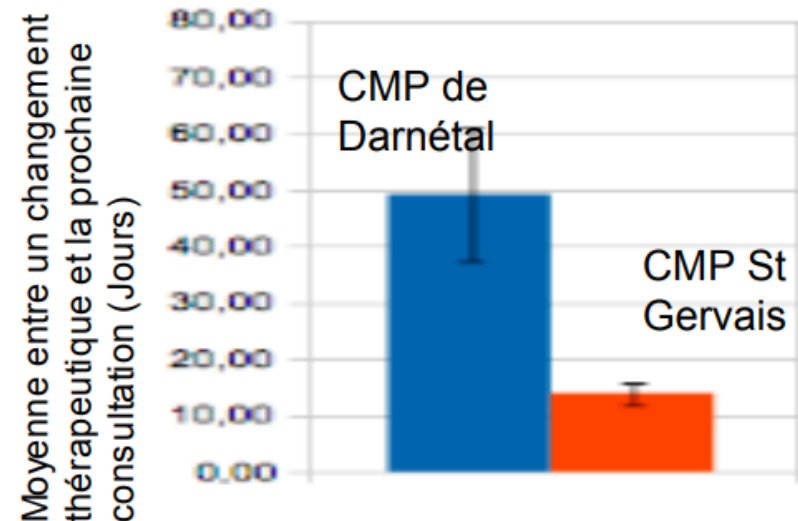
Trop de rigidité: allongement des prises en charge

- Comparaison de l'activité entre un CMP avec médecin à temps plein (St Gervais) et un CMP avec médecin à temps partiel (Darnétal)

Nombre de changements thérapeutiques équivalents



Mais allongement du délai entre la modification et la consultation suivante



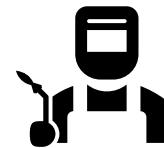
Comment gagner « en souplesse »?

En pratique?

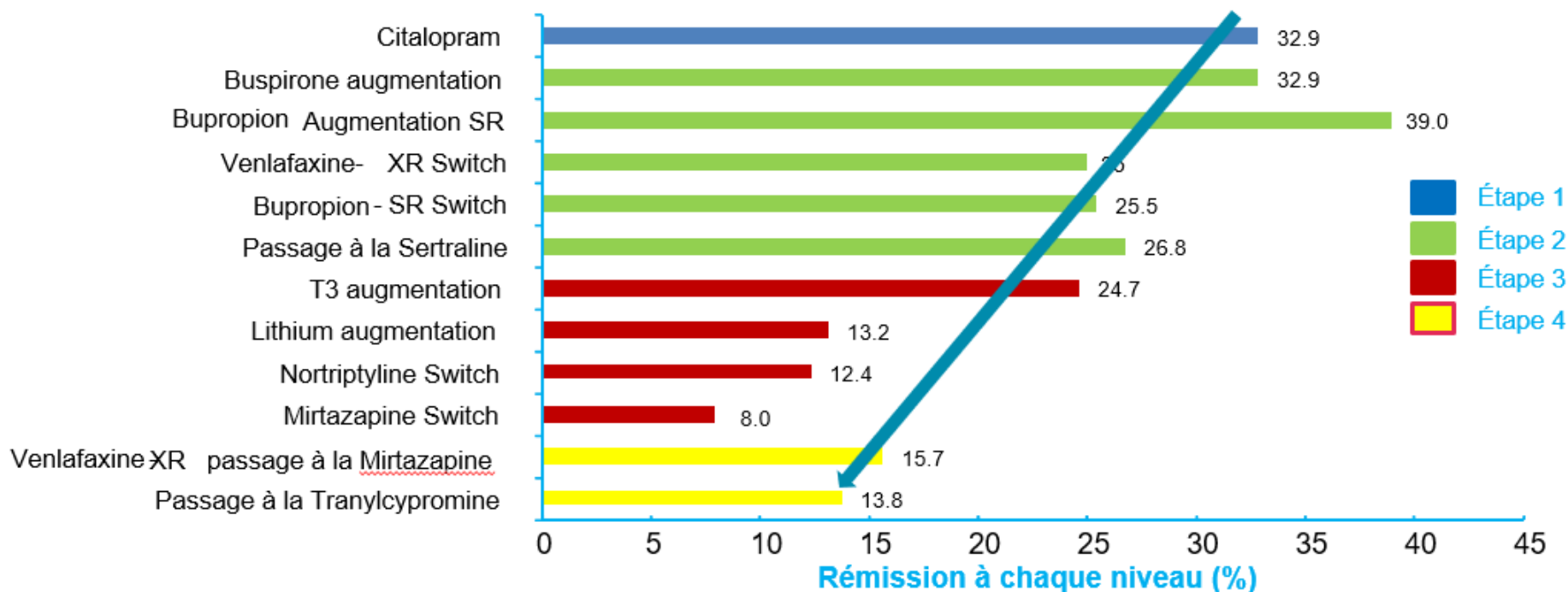


- Au moins un médecin sénior à temps plein
- Alternier les consultations de médecins « sénior » avec les internes (intérêt double pour la formation)?
- Rôle des futures IPA (Infirmière en Pratique Avancée)?

La dépression nécessite une prise en charge **offensive**



Plus on traite tôt et efficacement, plus on diminue le risque de résistance



➡ La réponse diminue avec le temps et le nombre de lignes utilisées (étude STAR*D)

Les « armes à disposition » en cas de résistance à 2 lignes de traitement



- **Stratégies pharmacologiques**

- **Optimisation** = Adapter la posologie du traitement
- **Switch** = Changer d'antidépresseur
- **Association** = Combiner plusieurs classes de traitements antidépresseurs
- **Potentialisation** = Associer un antidépresseur à une autre classe de psychotrope

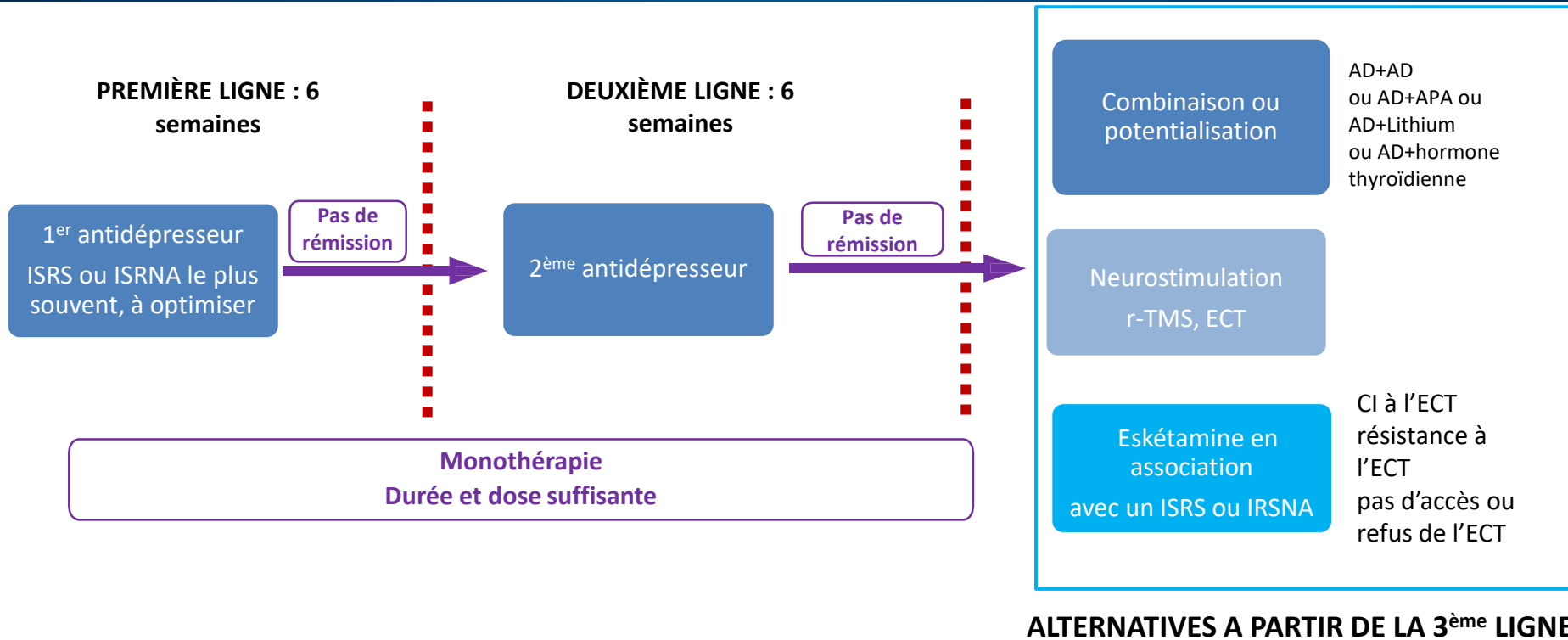
- **Stratégies non pharmacologiques**

- Psychothérapies
- Utilisation thérapeutique de l'exercice physique
- Techniques de neurostimulation (rTMS, ECT)

Charpeaud T, *et al.* Prise en charge des troubles dépressifs résistants : recommandations françaises formalisées par des experts de l'AFPBN et de la fondation FondaMental. *Encephale*. 2017;43:S1-S24

Al-Harbi KS, Treatment-resistant depression: therapeutic trends, challenges, and future directions. *Patient Prefer Adherence*. 2012;6:369-88

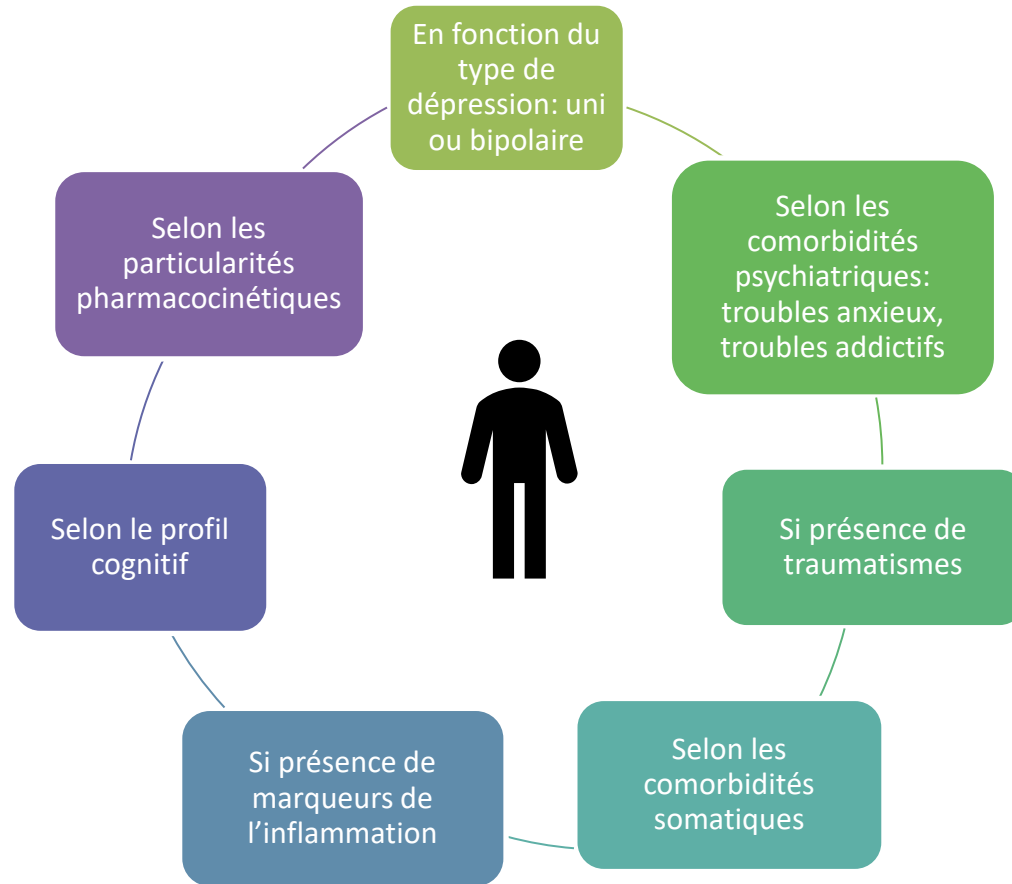
Le « plan de bataille »: l'algorithme de soins



Algorithme à individualiser en fonction de chaque patient et des moyens disponibles

AD : antidépresseur ; AP : antipsychotique ; ECT : électroconvulsivothérapie ; ISRS : inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine ; IRSN : inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline ; rTMS : stimulation magnétique transcrânienne; CI : Contre-Indications

L'approche personnalisée



Et l'offre de soins en Normandie?

CHU de Caen, CH de Bayeux, CH du Havre, CH de Dieppe, CH du Rouvray, Clinique d'Yvetot, Mare ô Dans

ECT

CH du Rouvray
(psychiatrie adulte,
gérontopsychiatrie,
périnatalité...)

tDCS



rTMS

CHU de Caen, CH du Rouvray, Vernon, Mare ô Dans, Clinique Océane

Eskétamine

CHU de Caen, CH de Bayeux, CH de Dieppe, CH du Rouvray, Vernon (à venir...)

START: une unité spécialisée dans la prise en charge de la dépression résistante

Troubles thymiques complexes, pharmaco-résistants

Prise en charge multimodale avec évaluation médicale, infirmière, psychologique, cognitive et sociale


Médecine personnalisée avec élaboration d'un programme de soins propre à chaque patient en fonction de ses comorbidités

Alternative à l'hospitalisation avec suivis pouvant être quotidiens

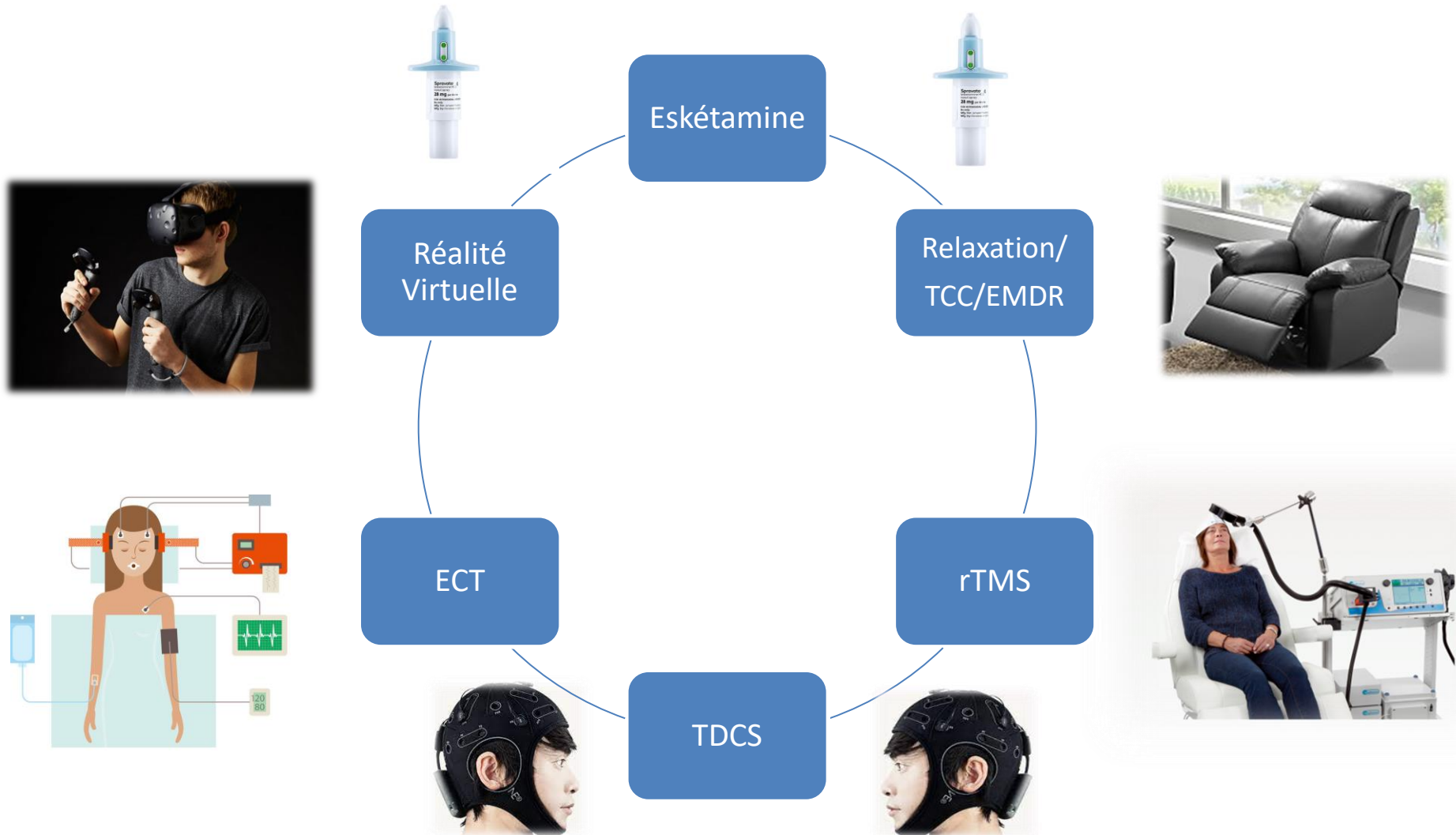


START: Service de Traitement A vocation Régionale des troubles Thymique du Centre Hospitalier du Rouvray

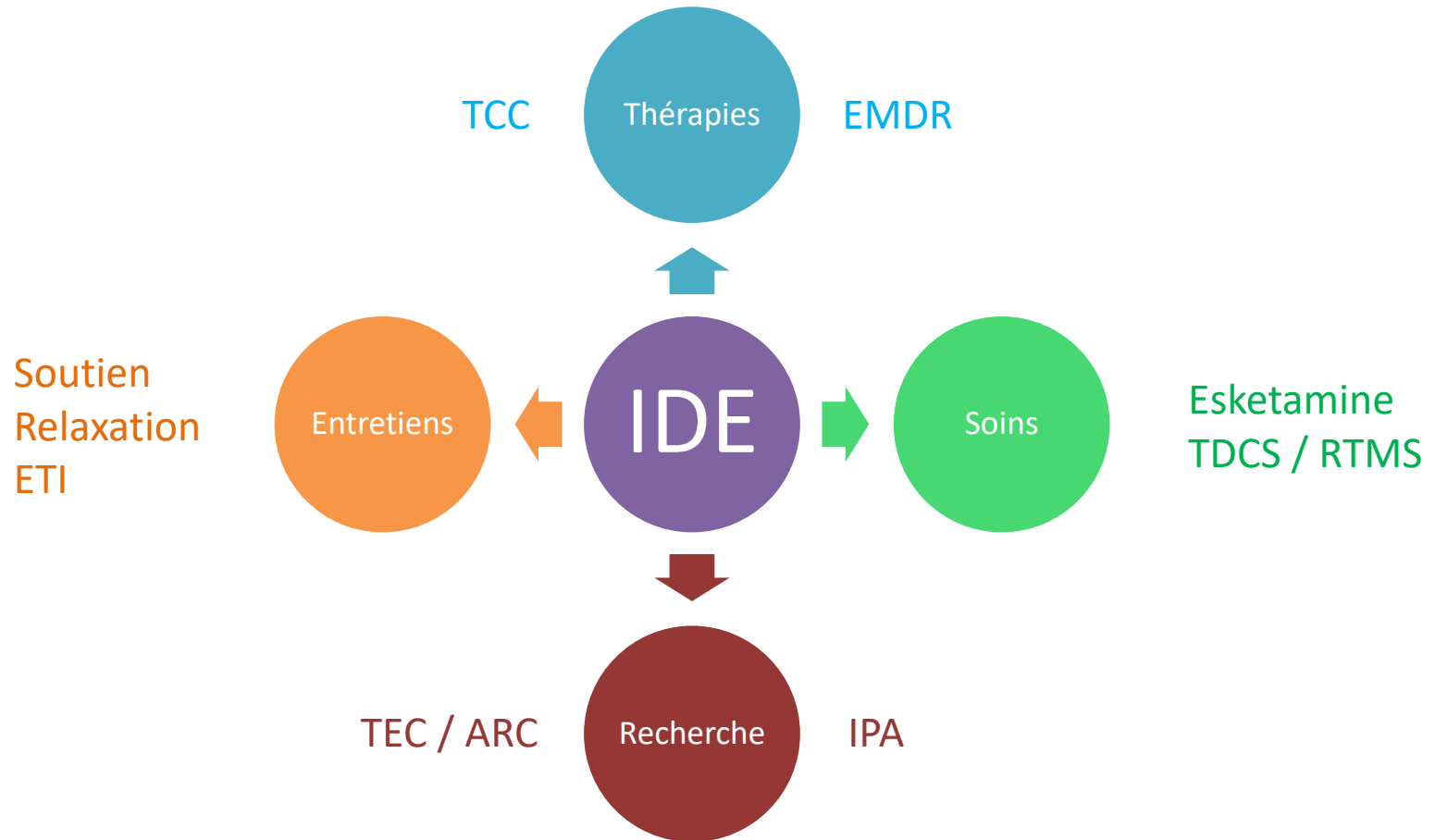
L'organisation de START

- Evaluation médicale initiale avec typage de la dépression, recherche des comorbidités, chimiogramme, prescription dosage plasmatique des traitements et imagerie cérébrale
 - Au terme de cette évaluation: 2^{ème} RDV pour réalisation des échelles d'évaluation à l'aide d'auto et hétéro-questionnaires
-  Propositions thérapeutiques faites au patient en fonction de son profil (décision médicale partagée)

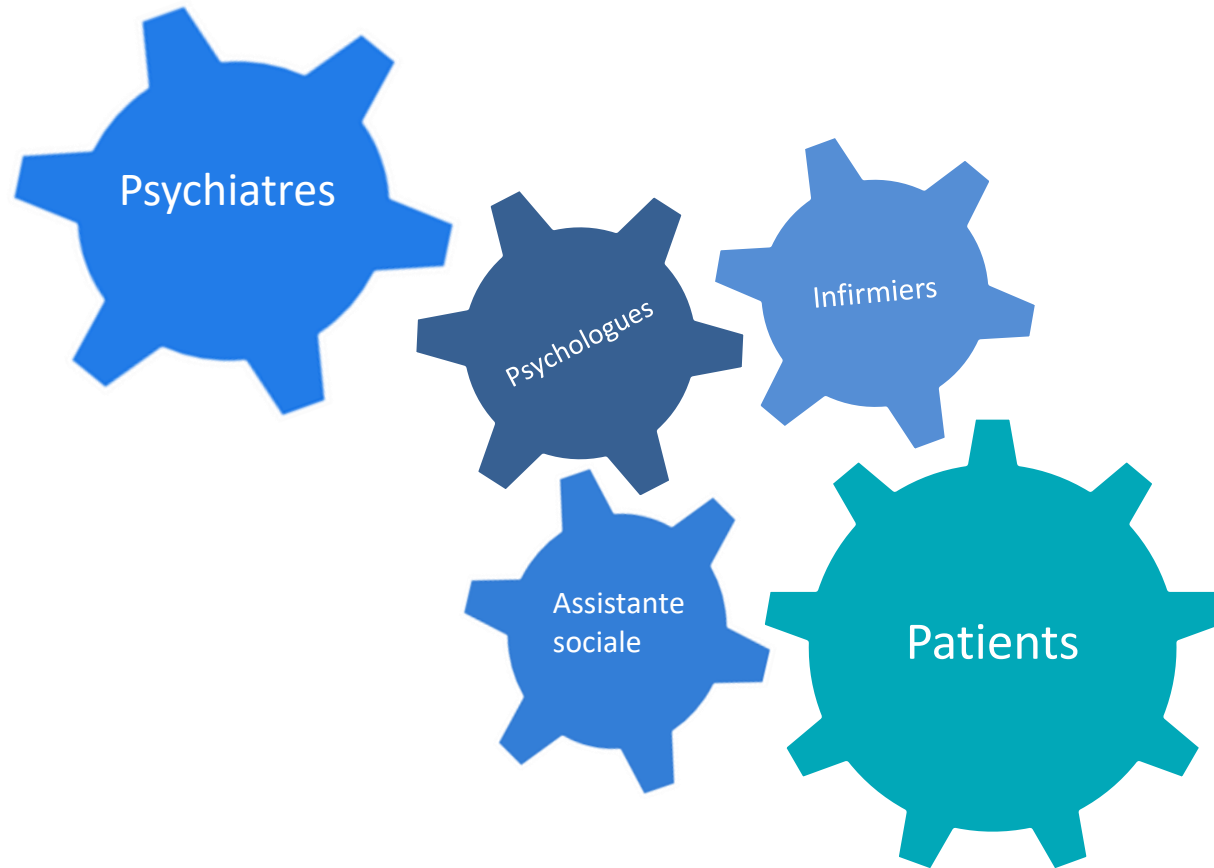
Mise à disposition de toutes les « armes » contre la dépression



Le rôle pivot des infirmiers au sein de l'unité START



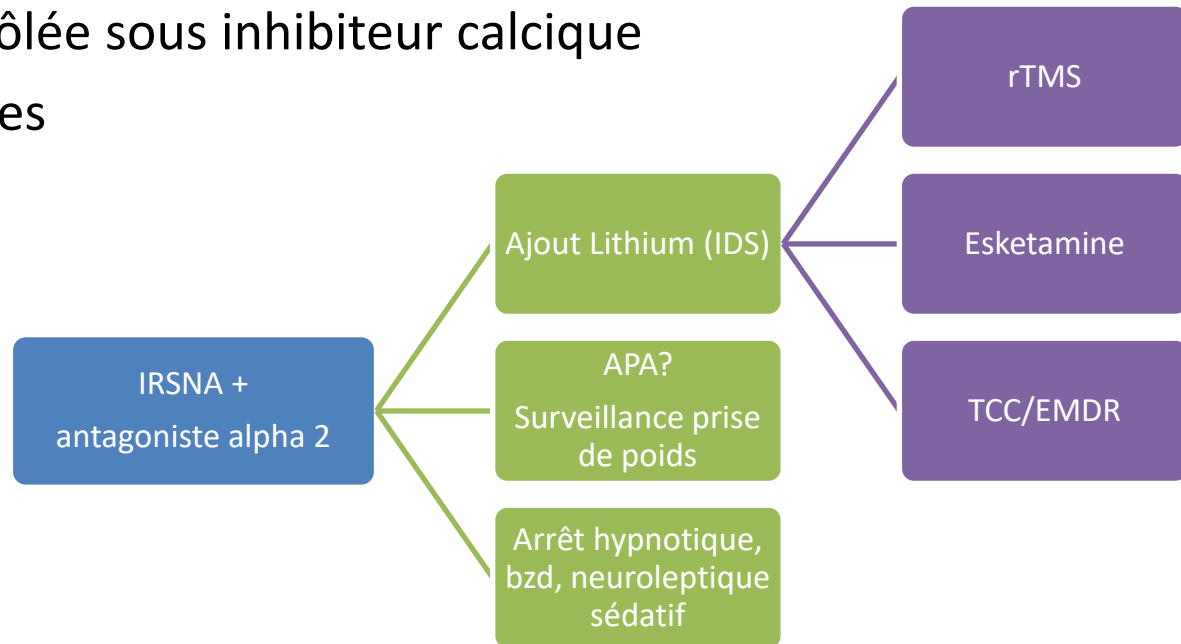
Une collaboration pluridisciplinaire à l'écoute des besoins du patient



Quel type d'algorithme pour quel patient?

- Patient de 50 ans, 2^{ème} EDC vie entière dans un contexte de difficultés professionnelles
- Episode actuel durant depuis 1 an avec essai de 2 ISRS pleine dose, benzodiazépines, hypnotique, neuroleptique sédatif.
- HTA bien contrôlée sous inhibiteur calcique
- IDS++, insomnies

- Proposition:



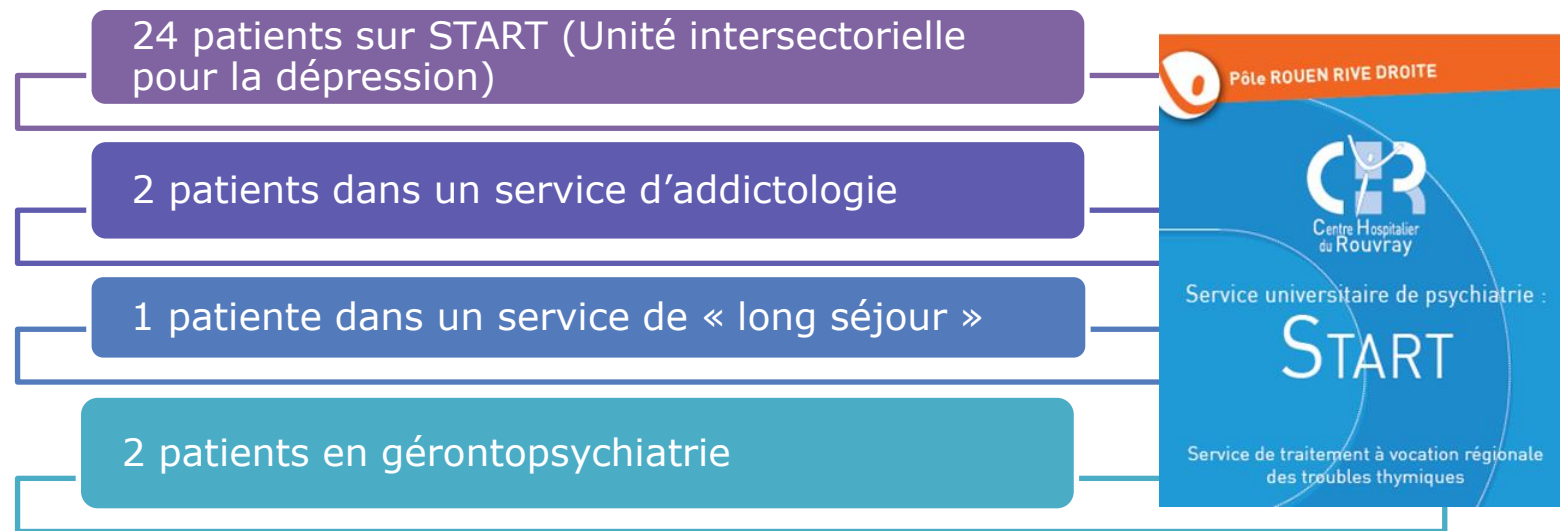
Administration de SPRAVATO® au sein de l'unité START

- Prise en charge le plus souvent individualisée par le même soignant tout au long de la cure qui fait les évaluations thymiques à la fin de chaque séance (MADRS, CGI, PHQ-9)
- Intérêts:
 - lien de confiance entre le patient et le soignant, propice à la verbalisation (traumas++)
 - Valorisation du travail infirmier
- Prise en charge possiblement couplée avec une intervention psychothérapeutique (EMDR/TCC)



MADRS: Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale; PHQ9: Patient Health Questionnaire – dépression; CGI: Clinical Global Impression

Au CH du Rouvray, depuis octobre 2019...



- 5 patients ont pu sortir d'hospitalisation et pour 22 patients, prise en charge **uniquement en ambulatoire (HDJ)**.

➔ **26 patients répondeurs (/29)**, 1 arrêt pour crise hypertensive non grave, 2 rechutes à 6 et 9 mois ayant nécessité un arrêt.
Amendement des IDS dès 2 à 3 administrations

Un modèle prometteur et qui montre que l'« ennemi » reste le retard à la prise en charge

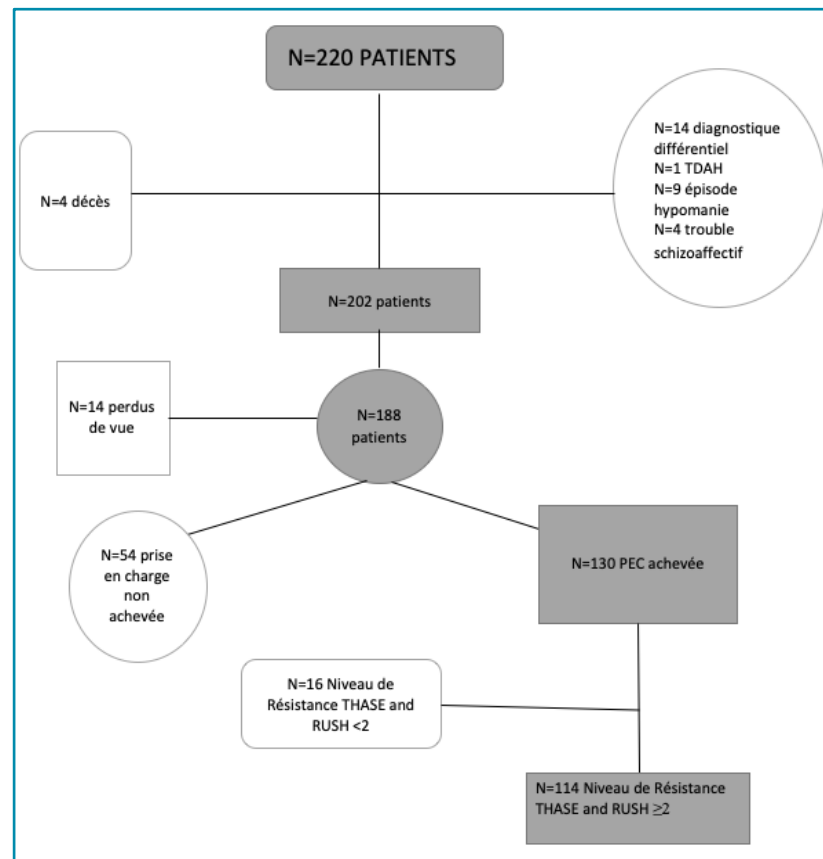
- Etude rétrospective des facteurs de résistance à la prise en charge intégrée

114 patients de mai 2016 à août 2020

➡ Efficacité du programme avec 71% de patients répondeurs et 61% en rémission à 15 mois de suivi

➡ Seul facteur de résistance identifié :

Durée de l'épisode



L'avenir

- Les prises en charge personnalisées en fonction des profils de chaque patient
- Rester réactif et offensif même si les symptômes sont moins intenses (intensité \neq résistance)
- Utiliser tous les moyens à disposition
- Développer de nouvelles techniques (lien avec la recherche++)

