

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

Dr Maud Rothärmel

Centre Hospitalier du Rouvray

Sotteville-lès-Rouen

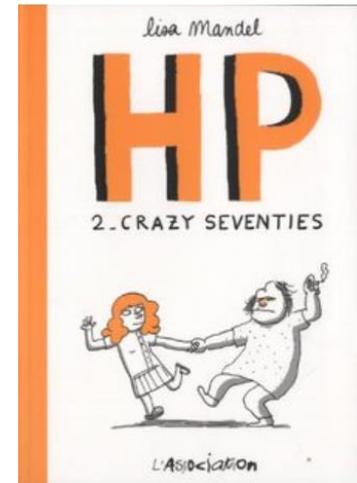


# Déclaration d'intérêts

- Groupe d'experts et honoraires: Janssen

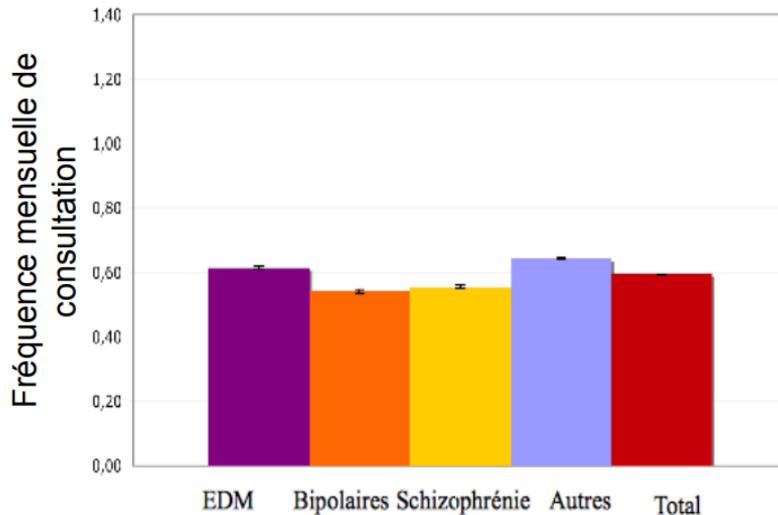
# A l'origine de START: une remise en question du modèle historique des CMP

- **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



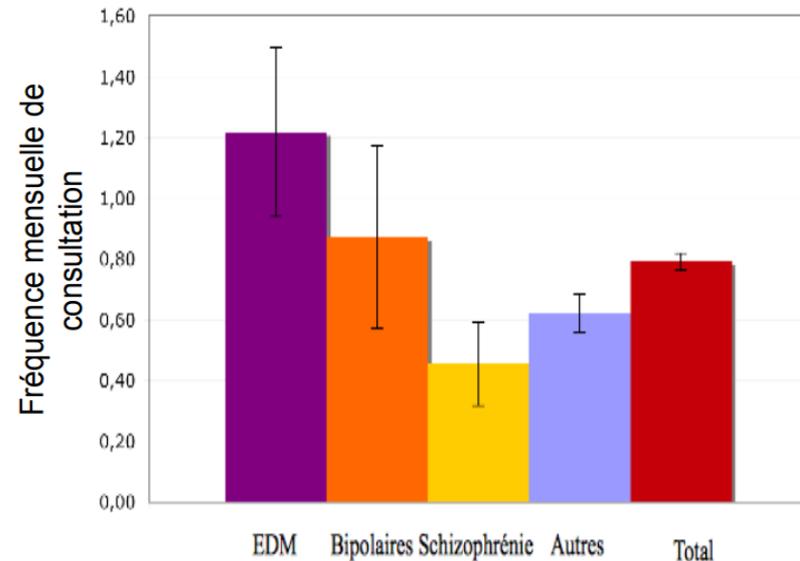
# L'organisation actuelle des CMP...un modèle de consultation peu flexible

**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

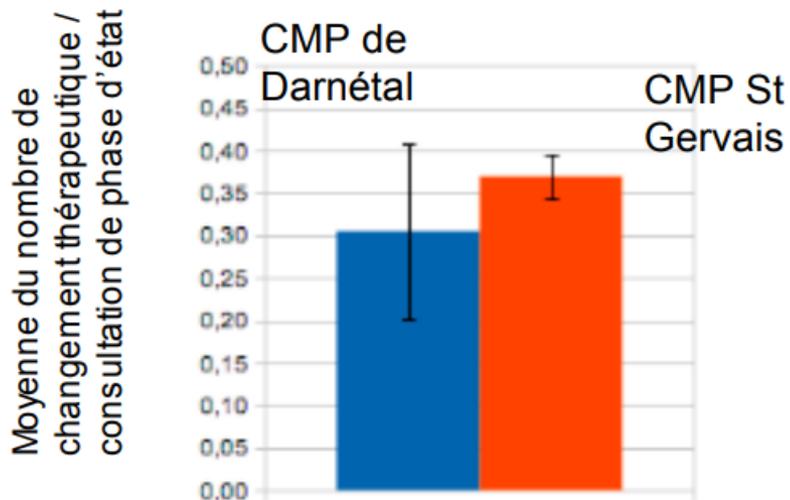


Hétérogénéité entre les pathologies  
**plus de souplesse**

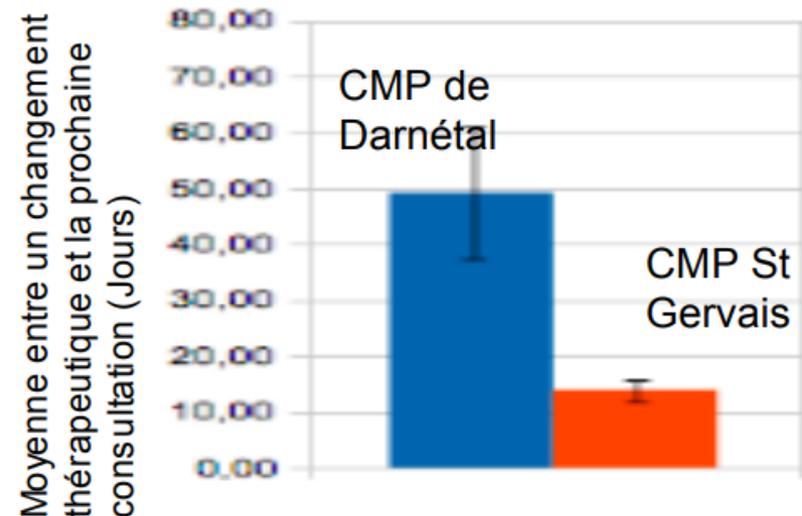
# Trop de rigidité: allongement des prises en charge

- 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**



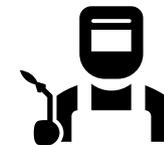
# Comment gagner « en souplesse »?

En pratique?

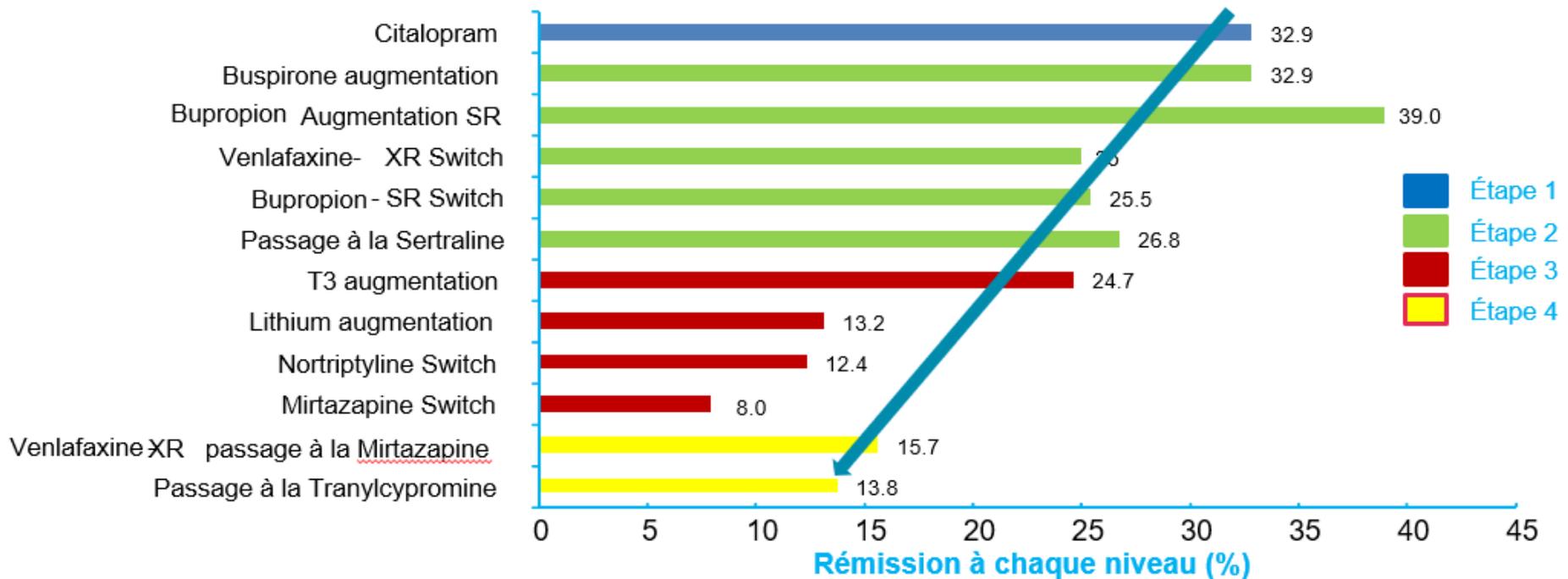


- Au moins un médecin sénior à temps plein
- Alternier les consultations de médecins « sénior » avec les internes (intérêt double pour la formation)?
- Rôle des futures IPA (Infirmière en Pratique Avancée)?

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

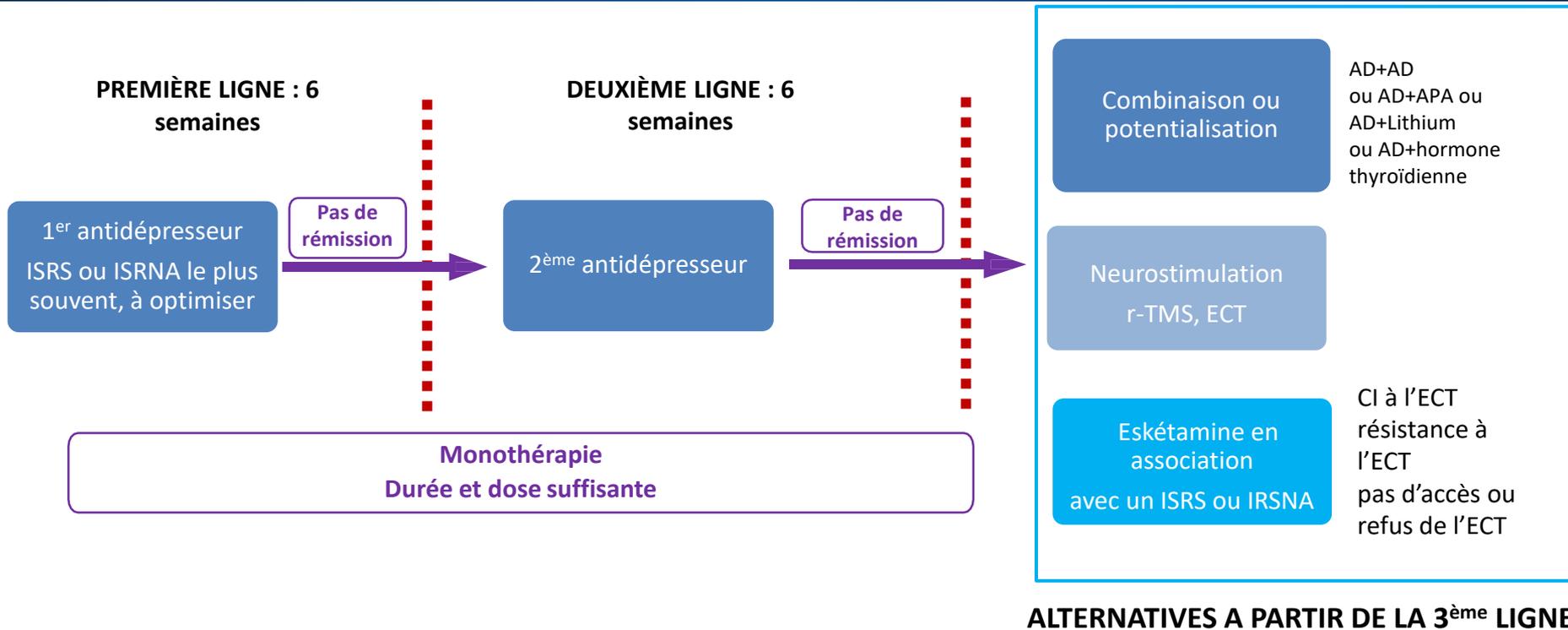
- **Stratégies non pharmacologiques**

- 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

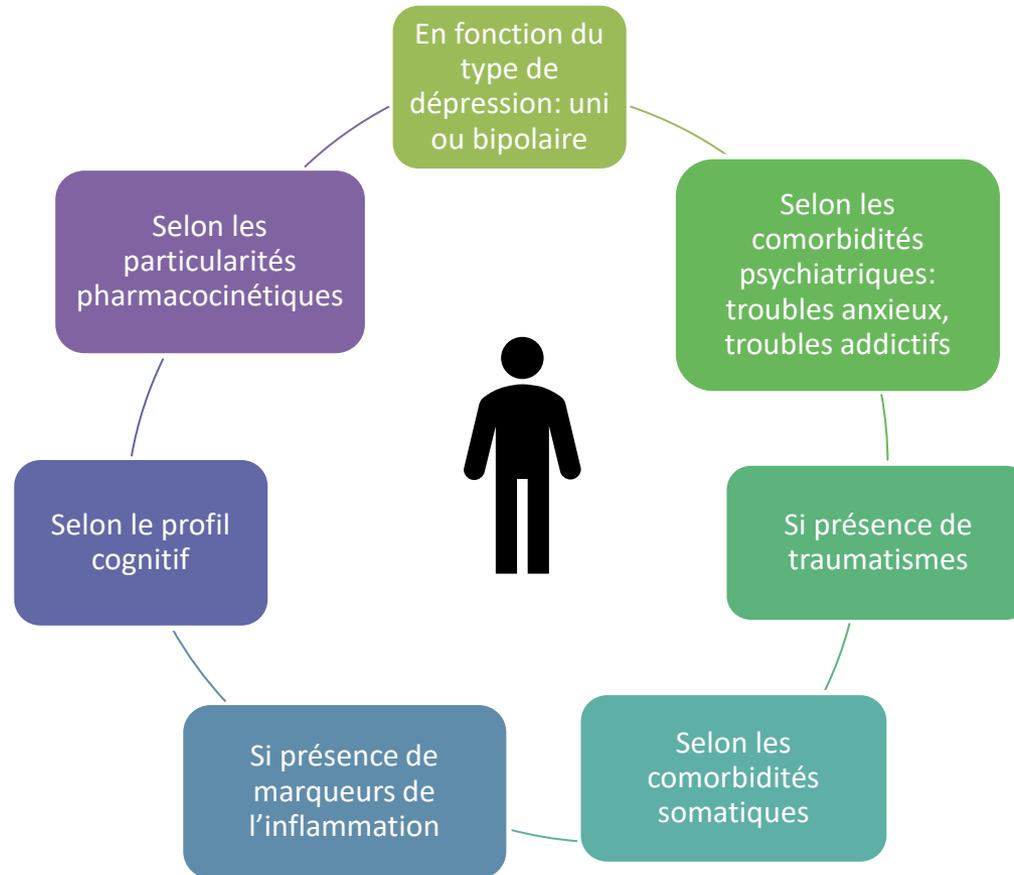
# Le « plan de bataille »: l'algorithme de soins



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

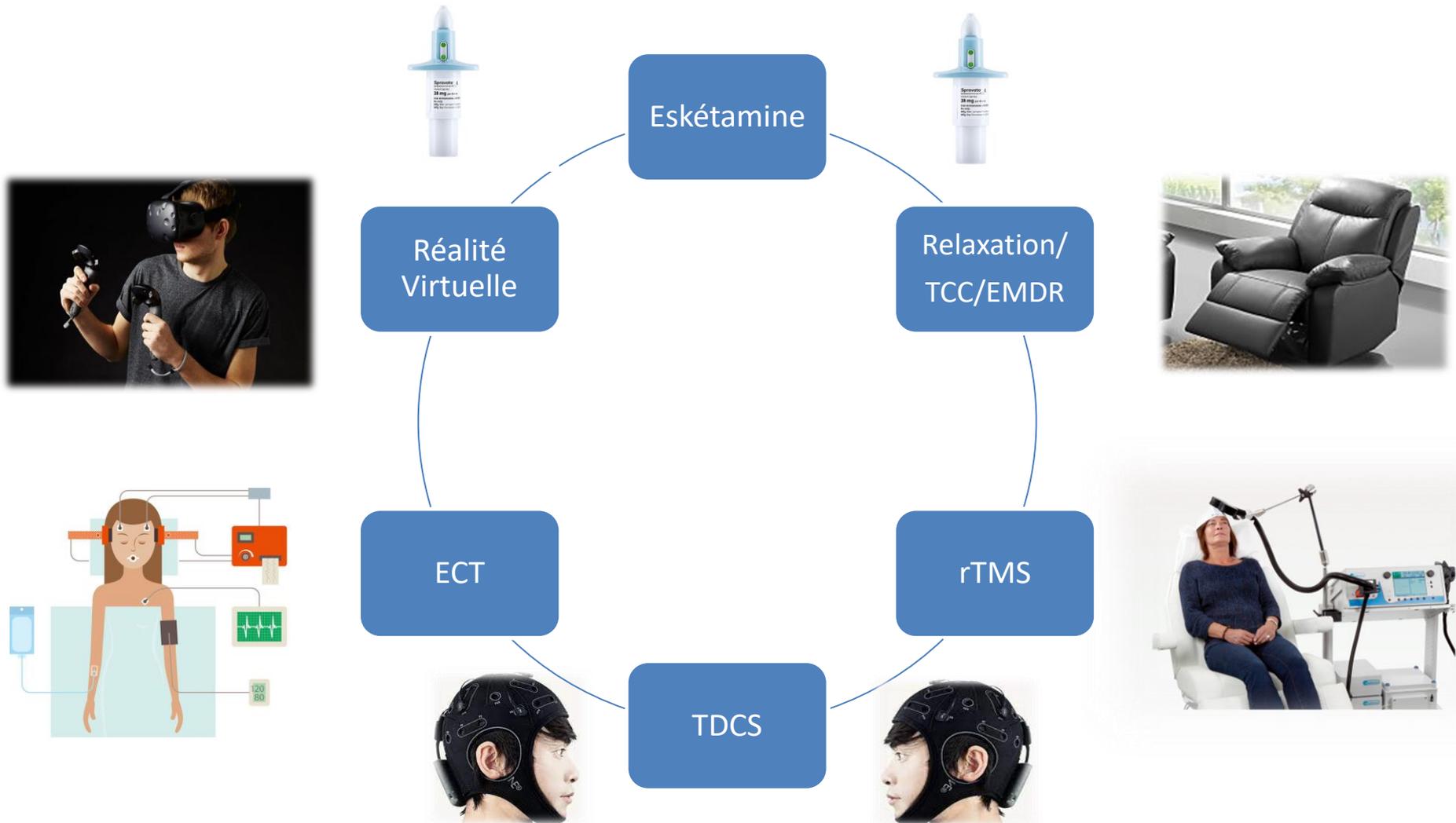


START: Service de Traitement A vocation Régionale des troubles Thymique du Centre Hospitalier du Rouvray

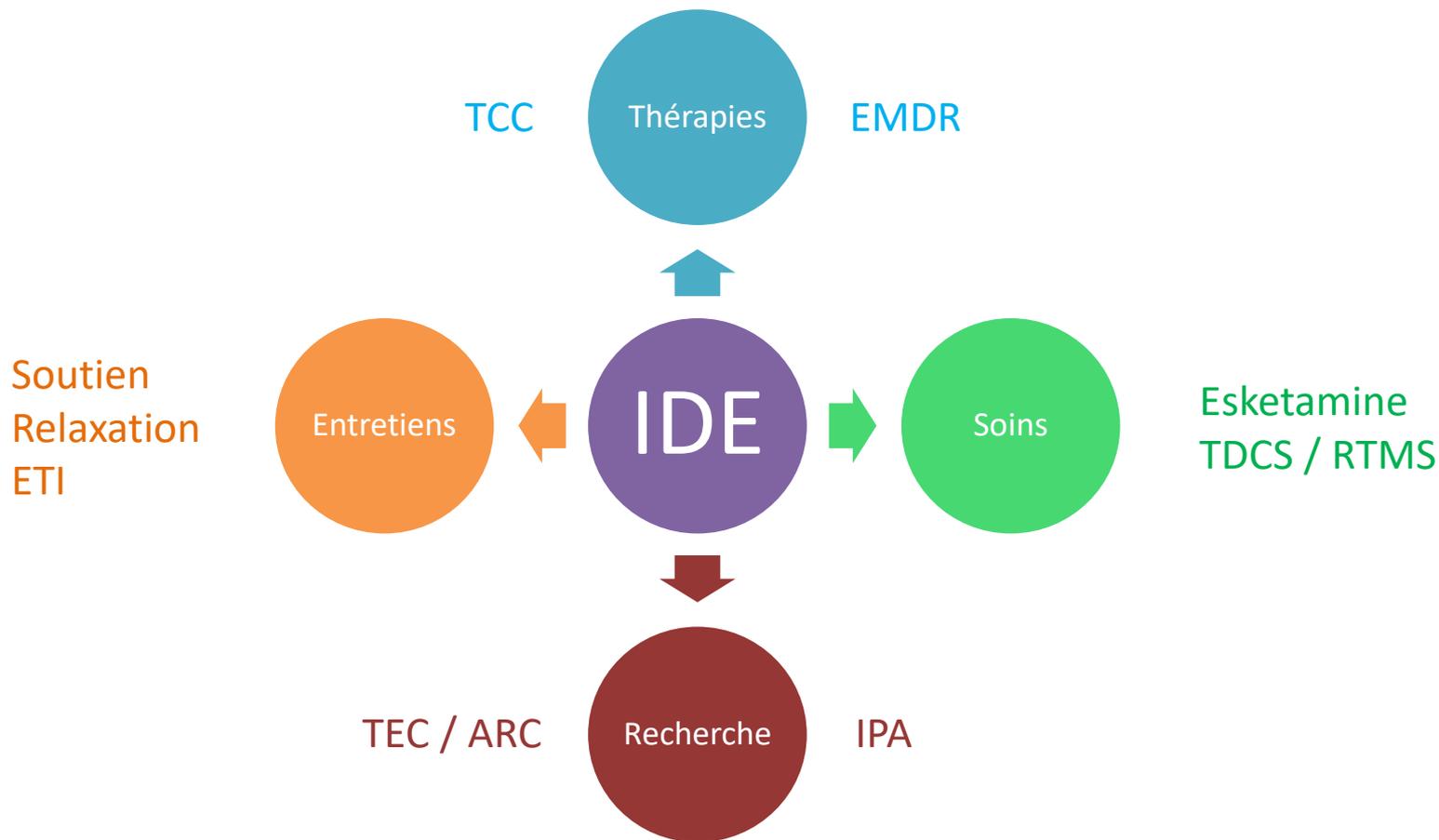
# L'organisation de START

- 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<sup>ème</sup> 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)

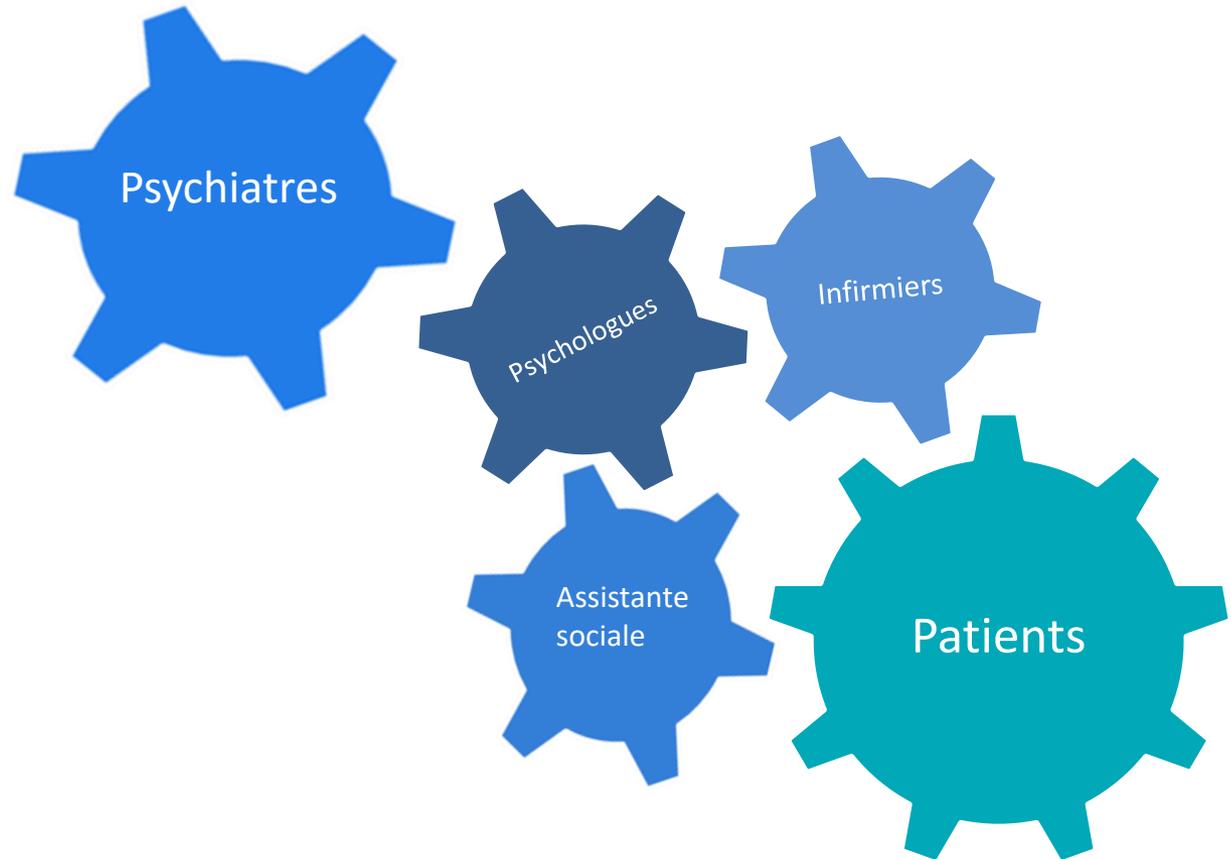
# Mise à disposition de toutes les « armes » contre la dépression



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



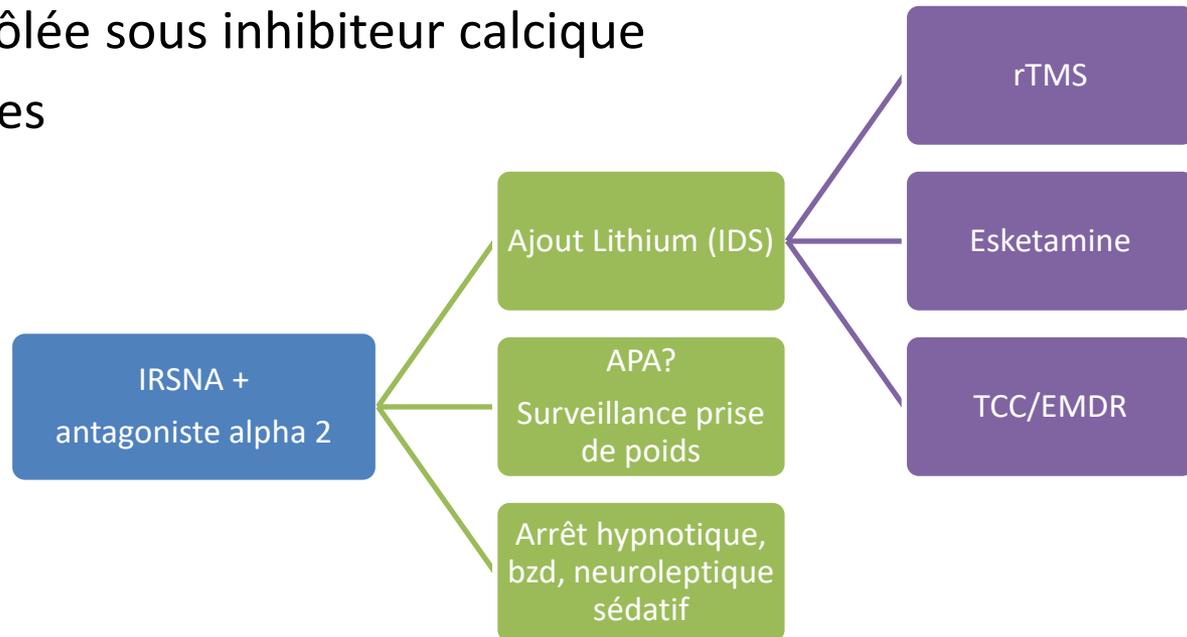
# Une collaboration pluridisciplinaire à l'écoute des besoins du patient



# Quel type d'algorithme pour quel patient?

- Patient de 50 ans, 2<sup>ème</sup> 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:



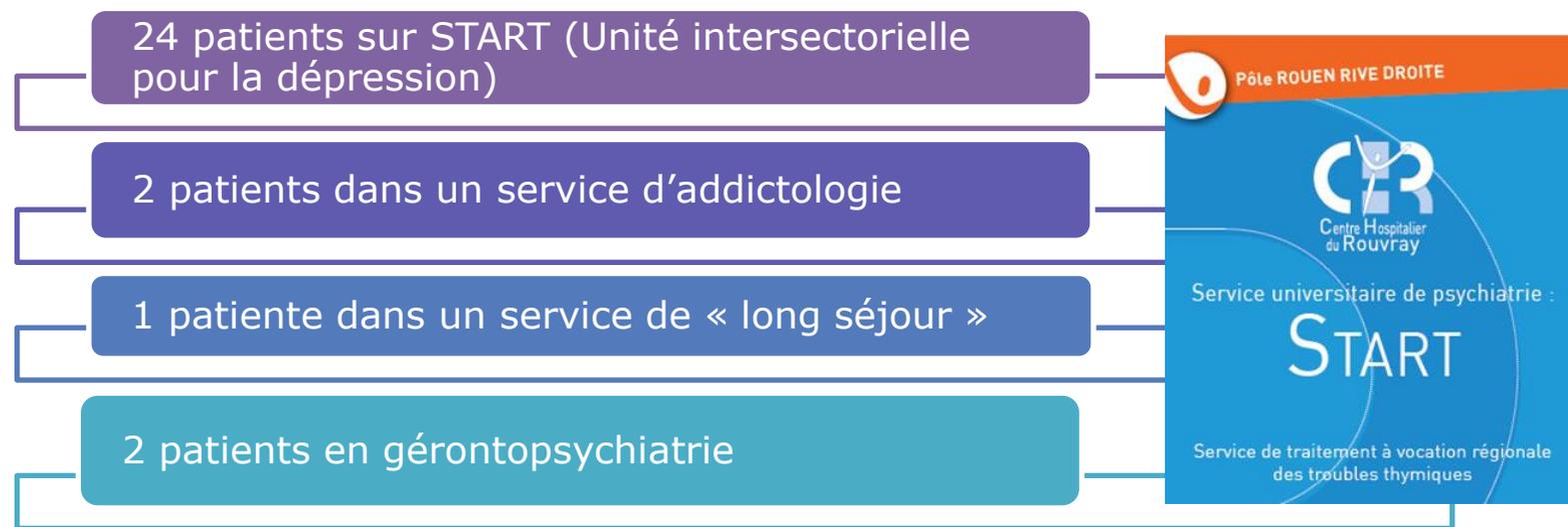
# Administration de SPRAVATO® au sein de l'unité START

- 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

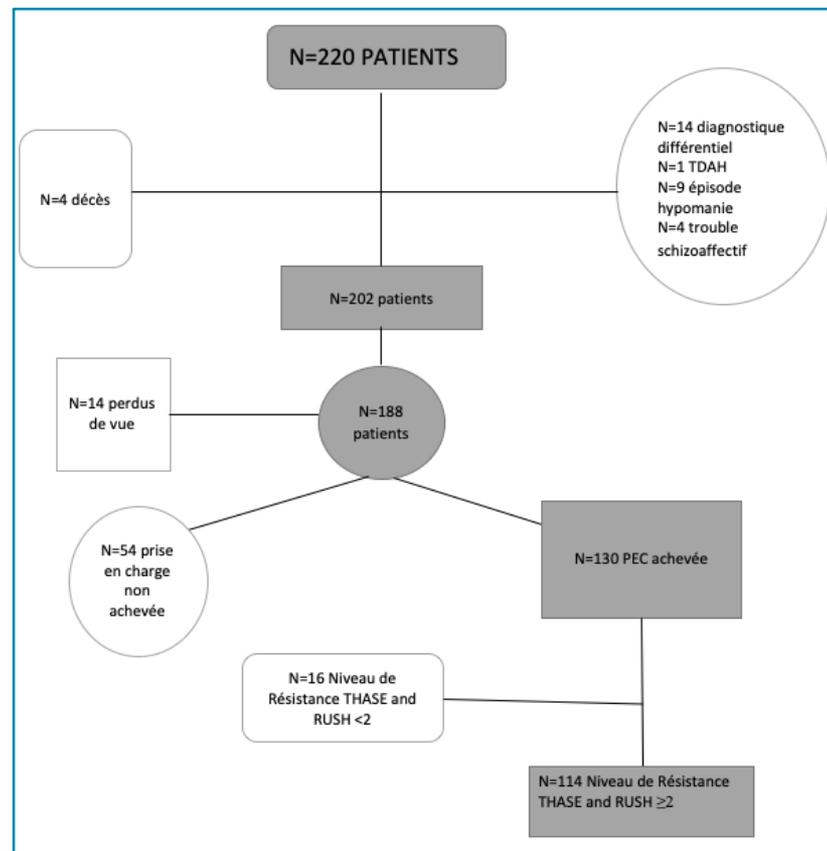
- Etude rétrospective des facteurs de résistance à la prise en charge intégrée

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++)

