

« *ITINERAIRES DES DEPRIMES* »

*REFLEXION SUR LEURS TRAJECTOIRES
EN FRANCE*

RAPPORT D'EXPERTS

DOCUMENT DE SYNTHESE

Janvier 2001

Groupe d'experts

Président

Pr. Philippe-Jean PARQUET, psychiatre

Experts cliniciens

Dr. Laurent CHEVALLIER, médecin généraliste
Dr. Henry CUCHE, psychiatre
Pr. Guy DARCOURT, psychiatre
Pr. Maurice FERRERI, psychiatre
Pr. Paul FRIMAT, médecin du travail
Pr. Rebecca FUHRER, épidémiologiste
Dr. Patrick de LA SELLE, médecin généraliste
Pr. Robert LAUNOIS, économiste de santé
Dr. Marie-France MOLES, psychiatre
Pr. Jean-Pierre OLIE, psychiatre
Dr. Nathalie REGENBERG, médecin généraliste

- *La coordination de l'ensemble du travail a été assurée par le Docteur Christiane Mirabaud.*
- *La recherche bibliographique et la rédaction du rapport ont été assurées par les docteurs Jacqueline Augendre, Jordi Molto-Santonja et Martin Reça, psychiatres.*
- *L'ensemble du projet a été réalisé sur une période de 18 mois ; son avancement a nécessité, en dehors de la charge individuelle de travail de conception, organisation et rédaction, une à deux réunions par mois de tout ou partie des acteurs concernés.*
- *Les experts n'ont perçu ni rémunération ni contre-partie d'aucune sorte pour leur contribution à ce travail.*
- *La réalisation de ce travail a été rendue possible par la contribution financière des Laboratoires Lundbeck, SmithKline Beecham et Servier.*

INTRODUCTION

« Dans le domaine de la dépression, nous nous trouvons aujourd'hui à la croisée des chemins :
il était peut-être nécessaire de détruire, mais il est indispensable de reconstruire. »

Pierre Pichot¹

Le problème posé

Depuis quelques années, une remise en cause profonde des conceptions classiques de la discipline psychiatrique et de la prise en charge des patients dépressifs, est survenue. Cela a provoqué un profond questionnement sur la nature même de la souffrance humaine. Cette dilution de la dépression dans la théorie a été reprise et amplifiée par les médias. On a vu alors apparaître des alternatives en dehors du cadre médical, avec, comme corollaire, un débat social autour de la pertinence des prises en charge "officielles" des troubles de l'humeur.

Comment définir la dépression ?

Le repérage du symptôme en psychiatrie, tout comme en médecine, passe par une délimitation préalable des champs du normal et du pathologique.

Dans le champ de la dépression cela pose un premier problème puisque certaines des émotions éprouvées par le malade font partie de la large palette d'affects physiologiques vécus par un sujet non déprimé. Pour faire la différence entre la souffrance morale normale et pathologique et définir ce qu'est la dépression il faut, au préalable définir l'humeur : « *L'humeur est cette disposition affective fondamentale, riche de toutes les instances émotionnelles et instinctives, qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable, oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur.* »²

Cette définition pose le problème du continuum entre l'humeur normale et l'humeur pathologique, entre la tristesse et la dépression. Est-ce une question de *quantité* de souffrance ou bien une question de *qualité* ?

Lorsque la dépression est caractérisée la réponse existe : il s'agit d'une tristesse qui n'est pas seulement particulièrement intense mais aussi d'un type particulier : la

¹ Pichot P (1988) Les concepts de la dépression. **Psychiatrie et psychobiologie** 3 1s-3s

² Delay J, (1946) **Les dérèglements de l'humeur** Bibliothèque de philosophie contemporaine Paris PUF

douleur morale. De plus, il existe d'autres symptômes : ralentissement, troubles somatiques, troubles du sommeil, anorexie...

Mais, depuis quelques années la sémiologie de la dépression s'est détournée progressivement de son axe central, l'humeur, pour s'étendre à des formes d'expression somatique ou comportementale de la maladie ainsi qu'à des tableaux moins intenses.

Devant cet élargissement considérable du champ du pathologique dans les troubles de l'humeur, on est en droit de se demander quelles sont les modalités de construction du diagnostic de dépression.

Les médecins généralistes utilisent - ils les mêmes modèles conceptuels que les psychiatres ?

Peu de repères stables permettent de proposer des modèles catégoriels facilement partageables par l'ensemble des acteurs de la filière de soins.

Il en résulte une impression de flou en ce qui concerne les contours des tableaux cliniques. Ceci peut engendrer un sentiment de "tout est dans tout" chez certains praticiens qui réagissent en radicalisant leur éventail diagnostique.

Une réponse médicale inadéquate aux attentes des patients

Certains sont tentés par le "test diagnostique" qui utiliserait les antidépresseurs comme outil diagnostique. La dépression serait alors définie par "ce qui réagit aux antidépresseurs". Raccourci conceptuel évidemment abusif et parfois dangereux.

Ainsi, le vrai problème ne se situerait pas au niveau d'une prétendue "inflation diagnostique", mais d'une inadéquation diagnostique.

D'autres fondent leur diagnostic sur le modèle de la dépression réactionnelle – la dépression survient « parce que » - beaucoup plus cohérent dans une ambiance où la pression sociale, la précarité et autres difficultés existentielles font qu'il semble "logique" que certains individus soient déprimés. Tout se passe alors comme si « le patient allait chercher chez le médecin une prescription qui valide une manière de comprendre sa souffrance, au travers d'une théorie accessible à tous » (Tremine 1995).

Ces « explications » évitent de prendre en compte les facteurs de vulnérabilité individuelle autant que les facteurs de protection dont l'importance est démontrée.

Les programmes de prévention devraient être centrés davantage sur l'étude de ces paramètres et non pas seulement sur la dépression elle-même.

Finalement on est en droit de se demander si, en matière de soins et prévention des états dépressifs, nos actions correspondent aux attentes de la population.

Lorsqu'une personne fait part de sa souffrance morale à un des acteurs de la filière de soins, l'objectif n'est pas celui de ne pas prendre sa détresse existentielle forcément pour une dépression, mais celui de trouver une réponse adéquate à chaque cas de figure.

Des chiffres incontestables et inquiétants

Face à ces incertitudes, il faut regarder les chiffres réels de la dépression aujourd'hui en France. La dépression caractérisée définie objectivement selon des critères scientifiques rigoureux, concerne tous les ans au moins 4,7% (Le Pape 1996) de la population, soit près de 3 millions de personnes. C'est une maladie de longue durée : 45 mois environ (Tylee 1999) à caractère récurrent dans 75 à 80% des cas et chronique dans 15 à 20% des cas (Angst 1998).

La dépression majeure entraîne une morbidité et comorbidité importantes. L'étude menée par le CreDES (Le Pape 1996) révèle que les dépressifs³ souffrent de 7 maladies contre 3 pour les non dépressifs au cours des 3 derniers mois.

Des estimations menées aux Etats-Unis révèlent des informations encore plus inquiétantes : ainsi en 2020, la dépression sera la deuxième cause d'invalidité mondiale, derrière les maladies cardiaques (Davidson 1999).

15% des patients hospitalisés pour des formes sévères de dépression majeure ont effectué une tentative de suicide (Agence du Médicament 1998).

Enfin, un déprimé coûte environ 15000 F / an en soins médicaux (Le Pape 1996).

La démarche du groupe d'experts

C'est en connaissance de ces faits très préoccupants qu'un groupe d'experts s'est engagé dans un travail de réflexion fondé sur les études rigoureuses disponibles ainsi que sur leur expérience personnelle.

Les objectifs qu'ils se sont fixés sont doubles :

- Apporter un éclairage à cette problématique difficile,
- Proposer des recommandations pour améliorer la prise en charge des déprimés.

Il est apparu très vite deux conditions nécessaires pour faire œuvre véritablement utile :

- Centrer la réflexion sur l'itinéraire du déprimé, c'est à dire mettre la personne souffrante au cœur de l'analyse,
- Se doter de compétences multidisciplinaires afin de balayer l'ensemble de la problématique et tenir compte des contextes scientifique, médical, sociétal et économique sans a priori.

Le groupe a donc été constitué de psychiatres hospitaliers ou libéraux, enseignants ou non, de médecins omnipraticiens d'exercice différent dans des lieux

³ Il s'agit de dépression majeure autodéclarée selon les critères du DSM-IV.

ITINERAIRES DES DEPRIMES,

géographiques variés, d'un médecin du travail apportant l'éclairage de l'interrelation de la dépression et de l'activité professionnelle, d'un épidémiologiste et d'un économiste de santé permettant de chiffrer et de valider les données qui ont servi de support à l'analyse ; enfin, un journaliste a donné le point de vue de la société française aujourd'hui, s'attachant à ce que le patient ne soit jamais perdu de vue.

Analyser l'itinéraire des déprimés et leur trajectoire en France et formuler des recommandations pour que ce cheminement soit plus efficace et plus rapide vers une prise en charge de qualité a nécessité de répondre à un questionnement chronologique dont le rapport est le résultat.

L'ESSENTIEL DES REPONSES

SOMMAIRE

	Page
1. LA DEMARCHE QUI AMENE OU NON A CONSULTER	10
<i>Quelle est la démarche du déprimé ? A qui s'adresse le déprimé ? Pourquoi le déprimé consulte-t-il difficilement et tardivement ? Comment exprime-t-il sa plainte ? Quels sont les principaux obstacles à consulter un médecin ?</i>	
2. LE TEMPS DU DIAGNOSTIC	13
<i>Quelle est la plainte du patient ? Quelles sont les circonstances de consultation ? Que se passe-t-il dans l'intimité de la consultation qui conduit, éventuellement, au diagnostic de dépression ? Comment se construit le diagnostic ? Quelles difficultés au cours de la consultation ? Pourquoi ? Quelles difficultés diagnostiques suivant les types de dépression et de patients ?</i>	
3. LE RETENTISSEMENT DE LA SYMPTOMATOLOGIE DEPRESSIVE	17
<i>Comment la dépression est-elle vécue par la famille du patient ? Comment en arrive-t-on parfois à la désinsertion sociale ? Quelle est la place spécifique du médecin du travail ? Comment évaluer l'aptitude à un poste donné ?</i>	
4. LES TRAJECTOIRES EVOLUTIVES	20
<i>Quels facteurs influencent ces évolutions différentes ? L'importance de Quelles sont les modalités évolutives en pratique ?</i>	
5. DU PROJET THERAPEUTIQUE AU PROJET DE VIE	25
<i>La décision de soins : Quels sont les préalables scientifiques qui fondent la prise en charge ? Quels sont les besoins et attentes des patients en matière de prise en charge ? Quelle négociation pour aboutir à un accord sur l'existence d'une dépression ?</i>	
<i>Les problèmes à aborder : Quelles questions se posent les patients à propos des médicaments de la dépression ? Quelles questions posent les antidépresseurs d'un point de vue scientifique ? Comment « négocier » le traitement médicamenteux ? Quelles sont les questions des patients à propos des psychothérapies ? Peut-on associer les deux traitements ?</i>	
<i>Quelle est aujourd'hui l'offre de soins ? Quel choix vers une filière de soins ou une autre et pourquoi ?</i>	
<i>Le suivi de la prise en charge : Que se passe-t-il après la décision de soigner ? Evaluation de l'effet antidépresseur. Choix de la molécule. L'évaluation de l'observance est un temps fort de la prise en charge des malades déprimés. Quel est le rôle de l'entourage du malade ?</i>	

L'arrêt des prises en charge : *Quand et comment négocier l'arrêt des prises en charge ? Durée des traitements médicamenteux. Y-a-t-il un rapport entre la durée du traitement et le suicide ? Place et rôle des instances régulatrices dans l'arrêt des prises en charge.*

6. PEUT-ON PREVENIR LES ETATS DEPRESSIFS ?

37

Prévention de la survenue d'un premier épisode dépressif chez des sujets présentant des facteurs de risque. Mortalité et morbidité. Prévention du suicide. Prévention des rechutes et récidives. Prévention des symptômes résiduels. Prévention de la chronicisation.

7. LA DEPRESSION : UN ENJEU DE SANTE PUBLIQUE

40

Une prévalence élevée. Une atteinte à la qualité de vie importante. Une maladie coûteuse. Des malades sous-traités. Un arsenal thérapeutique existe. Le manque d'information. Quelles solutions pour l'avenir ?

1. LA DEMARCHE QUI AMENE OU NON A CONSULTER

Quelle est la démarche du déprimé ?

Beaucoup de dépressions ne sont pas traitées : les chiffres de 50 à 70% des cas sont avancés (Agence du Médicament 1998). Cela est dû au fait que ces malades ne consultent pas et que parfois, lorsqu'ils consultent, leur dépression n'est pas identifiée.

Par ailleurs un grand nombre de ceux qui consultent ne le font qu'avec beaucoup de retard.

A qui s'adresse le déprimé ?

Les déprimés sont des usagers de tous les services médicaux trois fois plus assidus que la population non dépressive (Cooper-Patrick 1997).

La dépression est essentiellement prise en charge par les médecins généralistes (70%). Avant de consulter un psychiatre, 64% des patients ont fait appel à un médecin non psychiatre, 25% à un membre de leur famille, 6,5% à une infirmière ou un psychologue et 2,5% à un guérisseur ou une voyante (Rouillon 1993) .

Pourquoi le déprimé consulte-t-il difficilement et tardivement ?

Une des raisons principales pour ne pas consulter (ou pour le faire tardivement) paraît être la difficulté du patient à reconnaître ses dysfonctionnements psychologiques personnels et, en particulier, les variations de son humeur.

Si le sujet prend conscience de ses troubles, soit il les perçoit comme psychologiques et les considère alors souvent comme non pathologiques, soit il les attribue à des causes organiques.

Comment exprime-t-il sa plainte ?

Lorsque le déprimé consulte, il décrit les manifestations de sa dépression différemment selon qu'il s'adresse à un généraliste ou à un psychiatre.

Chez le médecin généraliste, les trois symptômes prédominants (hormis les plaintes somatiques) sont la fatigabilité, l'anxiété et l'insomnie, alors que chez les psychiatres les symptômes prédominants sont l'humeur dépressive, les signes de douleur morale, d'auto-dévalorisation et le ralentissement psychomoteur.

Lorsque le patient attribue ses troubles à une cause organique, cette conviction renforce sa méconnaissance de son état affectif. La dépression sera encore moins bien reconnue.

Les personnes de classes sociales basse ou élevée sont celles qui ont le plus de mal à reconnaître la dépression. Les personnes des milieux défavorisés et celles qui se trouvent dans un état de précarité identifient moins facilement la dépression et ont moins tendance à demander de l'aide pour cet état ou s'adressent à des services sociaux (à qui elles demandent une aide matérielle sans révéler leur dépression). De plus, lorsqu'elles la demandent, la dépression est sous-diagnostiquée et la prise en charge souvent inadéquate (Bebbington *in* Kovess 1996).

L'âge et le sexe jouent un rôle essentiel dans cette identification de la dépression, non seulement du côté du patient (les jeunes et les sujets âgés l'identifient moins) mais aussi du côté de l'entourage et du médecin. Dans les deux cas, c'est la notion même d'état pathologique qui n'est pas bien admise (Marks 1979). Par ailleurs, les femmes sont plus souvent atteintes que les hommes mais ceux-ci sont moins identifiés.

La sévérité de la dépression est une caractéristique qui contribue à sa reconnaissance (Docherty 1997) et qui favorise l'utilisation de soins (Kovess 1993). Les conséquences invalidantes de la dépression orienteront aussi bien l'entourage que le médecin généraliste vers le diagnostic de dépression (Kovess 1993). La notion de dépression dans le public semble étroitement liée aux aspects visibles du comportement, notamment à l'incapacité d'accomplir des rôles sociaux, en ignorant les aspects plus intériorisés des affects dépressifs, faute de pouvoir les identifier.

→ Dans une perspective d'éducation sanitaire, il faudrait envisager une information sur ce que sont les affects dépressifs et sur le fait qu'ils sont des symptômes pathologiques et justifient que celui qui les éprouve se dise malade.

Quels sont les principaux obstacles à consulter un médecin?

Le vécu même de la maladie dépressive (désespoir, culpabilité, honte d'être faible ...) freine toute demande de soins (on peut envisager d'attirer l'attention de l'entourage sur ce fait).

La stigmatisation du terme de dépression fait que le sujet a peur d'être mal considéré s'il fait état de ses troubles.

L'image très péjorative des traitements - et particulièrement la chimiothérapie - opposée à des images favorables des soins «alternatifs» (c'est là un problème majeur).

Une image également assez péjorative de la compréhension que les médecins peuvent avoir de la demande du patient : demande d'explications et d'éclaircissements.

→ Il faudrait informer le public sur le fait que :

- *souvent, les déprimés ont des difficultés pour demander de l'aide,*
- *la dépression est guérissable et doit être traitée.*

→ Des campagnes devraient être initiées pour déstigmatiser le terme de dépression.

→ Il faudrait conseiller de s'adresser à un médecin qui saura comprendre et apportera une aide supérieure à celle que peut fournir toute autre personne.

2. LE TEMPS DU DIAGNOSTIC

*"Si toutes les dépressions se ressemblent,
il n'y a pas deux déprimés pareils."
Yves Pelicier*

Quelle est la plainte du patient ?

Deux situations :

- Le patient consulte son généraliste pour des plaintes somatiques. Le praticien est souvent amené à démasquer une dépression, apprenant par la même occasion à son patient qu'en fait, il souffre d'un trouble psychique. Le praticien "négocie" le diagnostic.
- Le patient consulte son médecin traitant ou un psychiatre, pensant qu'il souffre de dépression. Il a cru se reconnaître dans un article de presse, une émission de télévision, dans le témoignage d'un proche. Le patient « négocie le diagnostic ».

Quelles sont les circonstances de consultation ?

Le premier entretien se fait le plus souvent en ambulatoire.

L'âge ou une comorbidité psychiatrique créent des situations particulières : enfant, adolescent, personne âgée, alcoolisme, autre conduite addictive... Le moment évolutif doit aussi être pris en compte.

Selon les études épidémiologiques, la plupart des itinéraires de patients déprimés débutent auprès d'un médecin généraliste. En effet, en consultation de médecine générale, la prévalence de la dépression est de 9 à 14 % (Kovess 1998), et 70 à 75 % des prescriptions d'antidépresseurs (Zarifian 1996) sont faites par des généralistes.

Cette situation, largement commentée par la presse fait l'objet d'un vrai débat public que vont s'approprier certains patients.

Le médecin généraliste se trouve confronté à une double contrainte :

- on exige de lui un diagnostic et une prise en charge précoces des troubles dépressifs,
- il lui est fortement enjoint de ne pas psychiatriser des problèmes existentiels ou sociaux qui aboutiraient à une prescription abusive de psychotropes.

Que se passe-t-il dans l'intimité de la consultation qui conduit, éventuellement, au diagnostic de dépression ?

Le patient vient pour trouver une aide et un réconfort. Sa demande ou ses plaintes sont, soit concrètes (douleurs, insomnies), soit imprécises.

En médecine générale, le domaine de la souffrance psychique est plus large que celui de la dépression. Les raisons qui conduisent à consulter sont très diverses. Derrière la souffrance somatique se cache, peut-être, la souffrance psychique et derrière celle-ci se cache, peut-être, une vraie dépression.

Le médecin doit se concentrer sur les questions : « De quoi s'agit-il ? Est-ce grave ou non ? ».

Après une évaluation des symptômes, il va s'attacher à la personne elle-même. Cette mise en relation vise à affiner le diagnostic le plus probable et à identifier les ruptures de lien social, les conflits destructurants, les événements et traumatismes sociaux, les sentiments de culpabilité anxiogènes.

Cette identification, sera le premier pas de la " procédure de retissage du lien social " complément du traitement médicamenteux et du soutien psychothérapeutique.

Le patient comme sujet, acteur dans son environnement naturel, doit, au-delà de l'observance et de sa participation motivée au suivi, rester maître du jeu de sa vie qu'il sent basculer. C'est à travers lui que le médecin va s'appuyer sur son entourage propre. Ce dernier aura une influence négative ou positive sur sa « guérison ».

Comment se construit le diagnostic ?

Le praticien va se référer à un "modèle" pour établir le diagnostic.

Or, une des caractéristiques de la dépression est justement le manque de repères stables permettant de proposer des modèles facilement repérables et partageables par l'ensemble des acteurs de la filière de soins.

Il peut néanmoins se référer à 5 modèles prééminents :

- La dépression caractérisée
- Les dépressions à expression somatique
- Les dépressions réactionnelles
- La dysthymie
- Les formes mineures

La dépression caractérisée a fait l'objet d'un consensus en termes de prise en charge médicale et de traitement (cf. tableau 1).

Les dépressions à expression somatique ou réactionnelles sont plus difficiles à diagnostiquer mais elles font partie des dépressions « caractérisées » et relèvent des mêmes traitements.

En revanche, les dysthymies et les formes mineures peuvent être difficiles à repérer et à prendre en charge. Leur traitement reste discuté.

Tableau 1

CRITERES D'EPISODE DEPRESSIF CARACTERISE (d'après le DSMIV)

Parmi les 9 symptômes suivants, au moins 5 doivent exister depuis 2 semaines, et l'un des 2 premiers doit obligatoirement être présent :

- 1 – le patient se plaint d'humeur dépressive continue
- 2 – Le patient dit qu'il n'a plus d'intérêt ou de plaisir pour aucune activité
- 3 – Le patient présente un trouble de l'appétit (\searrow ou \nearrow) net et continu ou un changement de poids (en plus ou en moins) de 5% au moins durant le dernier mois
- 4 – Le patient se plaint de troubles du sommeil (insomnie ou hypersomnie)
- 5 – Le patient présente une agitation ou un ralentissement psychomoteur net et objectif
- 6 – Le patient se plaint de fatigue
- 7 – Le patient se sent coupable de manière inappropriée ou excessive
- 8 – Le patient a des difficultés de concentration
- 9 – Le patient a des « idées noires ». Il pense à la mort, au suicide

Les symptômes présents nuisent à son fonctionnement social.

Les symptômes ne s'expliquent pas par un événement récent (deuil par exemple).

Quelles difficultés au cours de la consultation ?

La sous-estimation des manifestations affectives et la valorisation du somatique sont des constantes.

Le concept de dépression varie d'un médecin à l'autre. Comme pour la population générale, il peut être trop extensif, devenant donc parfois synonyme de maladie mentale, ou trop restrictif.

De l'étude de la prescription et de la consommation des antidépresseurs en ambulatoire (Agence du Médicament 1998), on note que plus d'un tiers des prescriptions de ces produits (toutes sous-classes confondues) se font en dehors des indications de l'AMM : 20% ne présentent aucun diagnostic psychiatrique caractérisé et 10% présentent un diagnostic hors AMM. Ces prescriptions hors indication ont souvent pour origine des interprétations diagnostiques trop laxistes.

Les facteurs environnementaux sont surinvestis par le médecin généraliste dans leur rôle étiologique. Il a une tendance spontanée à penser la dépression dans une

linéarité de cause-effet. L'orientation par l'anxiété du déprimé vers un traitement anxiolytique est un autre piège.

La durée de la consultation apparaît insuffisante pour établir le diagnostic de dépression et déclencher une prise en charge, notamment du côté des médecins généralistes.

Pourquoi ces difficultés ?

Plus que le manque de connaissances théoriques, c'est l'insuffisance d'entraînement à la reconnaissance de la dépression qui explique souvent les imprécisions diagnostiques constatées.

L'inattention aux expressions non-verbales du patient est également un facteur important.

La probabilité d'établir un diagnostic correct de dépression est d'autant plus grande que le praticien est convaincu personnellement de l'intérêt des traitements antidépresseurs et de sa capacité à prendre en charge cette maladie.

L'exactitude du diagnostic de dépression est fortement corrélée à l'aisance que le praticien éprouve à faire face aux "problèmes psychologiques" des patients, au temps qu'il consacre à la consultation et enfin, au fait qu'il se sente professionnellement concerné par ce type de pathologie.

→ Il faudrait que la FMC développe chez les généralistes : la notion de la réalité et de la fréquence de la dépression, la connaissance des signes affectifs, l'utilisation de quelques questions systématiques, la critique des explications somatiques et environnementales, la croyance dans l'efficacité de la thérapeutique.

Quelles difficultés diagnostiques suivant les types de dépression et de patients ?

Le diagnostic de la dépression de l'adolescent se heurte à une double difficulté. D'un côté le travail psychique à l'adolescence présente des points communs avec la psychopathologie de la dépression. De l'autre, l'expression symptomatique diffère de celle rencontrée chez l'adulte.

Les plaintes somatiques sont très souvent au premier plan chez le vieillard, pouvant reléguer au deuxième plan l'humeur dépressive qui passera inaperçue aux yeux du clinicien.

Chez des patients atteints de maladies organiques, la dépression contribue à la chronicisation des symptômes, à l'augmentation du coût des soins et à une détérioration de la qualité de vie.

3. LE RETENTISSEMENT DE LA SYMPTOMATOLOGIE DEPRESSIVE

Comment la dépression est-elle vécue par la famille du patient ?

La dépression peut constituer un symptôme révélateur du fonctionnement (dysfonctionnement...) familial. Dans certaines situations, le thérapeute peut être amené, non seulement à diagnostiquer un état dépressif, mais aussi à mettre en évidence l'existence d'un environnement familial pathogène. Dans ces circonstances, la position dépressive est le seul moyen de se soustraire à un milieu devenu trop insupportable.

→ Il est essentiel de repérer ces conjonctures avant d'entreprendre une prise en charge qui serait vouée à l'échec si elle visait uniquement la personne déprimée.

En dehors de tout conflit conjugal et/ou familial préexistant, il est indéniable que la dépression d'un des membres est un élément déstabilisant au sein d'une famille. On constate une importante détresse psychologique chez le conjoint.

La baisse de la libido fait partie du tableau clinique de la majorité des états dépressifs majeurs, mais la plupart des patients déprimés ne les rapportent pas spontanément . Le malade ne s'en plaindra que lorsqu'il ira mieux et retrouvera un élan érotique qui peut être contré par les effets secondaires de certains médicaments.

Les enfants de parents déprimés présentent plus souvent des troubles psychiques que les groupes témoins.

→ Traiter un déprimé c'est aussi aider la famille.

Comment en arrive-t- on parfois à la désinsertion sociale ?

Une dépression peut conduire à une désinsertion sociale, surtout quand elle n'est pas traitée. L'enchaînement de l'absentéisme, des difficultés financières, professionnelles et conjugales avec apparition d'un endettement y contribuent.

→ On n'attire pas suffisamment l'attention des praticiens sur ces dommages sociaux qui font souvent partie de la dépression.

Quel est le rôle spécifique du médecin du travail ?

Depuis 1946, le médecin du travail est amené à rencontrer annuellement tous les salariés actifs (secteur public ou privé) que ce soit dans le cadre de la « visite médicale » ou lors de ses visites en entreprises. Le médecin du travail a donc une place privilégiée pour le dépistage de la dépression.

Il existe des situations qui semblent spécifiques à la médecine du travail, d'où :

- l'identification d'entités cliniques – dépression – qui pourraient être imputées au milieu professionnel,
- l'éventuelle existence de "populations à risque", tels que les enseignants, les forces de l'ordre....

L'évolution des mentalités tend vers la reconnaissance du rôle pathogène d'agressions en tout genre, en particulier en milieu professionnel (victimologie). Dans ce contexte, des concepts comme celui de "harcèlement moral" engagent le médecin du travail. En effet, le monde du travail est mis en accusation de façon de plus en plus explicite. Le fonctionnement (dysfonctionnement ?) de l'entreprise ne serait qu'un révélateur d'une situation générale. Il ne ferait que refléter la pression sociale environnante.

Des jugements récents reconnaissant cette causalité ont été très médiatisés et ont permis une prise de conscience collective, autant sur l'ampleur du phénomène que sur le vide juridique existant en la matière.

Ceci soulève la question incontournable de l'existence de maladies professionnelles psychiques.

Deux étapes concomitantes sont indispensables pour parvenir à une meilleure collaboration entre les différents intervenants :

- La mise en commun de l'information concernant l'état de santé du sujet, ainsi que les caractéristiques et circonstances de son exercice professionnel,
- Une meilleure spécification des rôles de chacun et des étapes d'intervention.

Le suivi du salarié dépressif en milieu de travail peut amener le médecin à prononcer des limitations à l'aptitude médicale.

La rémission de la symptomatologie dépressive n'est pas le seul élément à prendre en compte lors de la reprise du travail. La poursuite d'un traitement psychotrope est de plus en plus habituelle chez les personnes qui renouent avec leur activité professionnelle après une dépression. De ce fait l'évaluation d'éventuels effets secondaires sur la vigilance devient incontournable, tout particulièrement lorsque le poste de travail implique la manipulation de machines, conduite d'engins, etc.

Le retour d'un patient au travail, après une expérience dépressive, confronte tous les intervenants, y compris les collègues de travail, à la question de la place de l'individu dans l'entreprise, dans la collectivité.

On observe souvent des dynamiques de groupe très diverses qui vont jouer un rôle déterminant dans cette réintégration. Cela peut aller de la solidarité totale au rejet complet.

Enfin, dans le cadre du retour ou du maintien à l'emploi, trop souvent les différents acteurs de santé (psychiatres, médecins généralistes, médecins conseils de Sécurité Sociale) méconnaissent la réalité des exigences de l'entreprise où le médecin du travail se doit d'intervenir en utilisant ou non les différentes aides au reclassement.

➔ Dans le contexte actuel le rôle du médecin du travail ne peut plus se limiter aux questions d'aptitude – inaptitude. La prise en charge de la dépression en milieu professionnel implique d'un côté la prise en compte de facteurs psychopathologiques, familiaux, environnementaux et même juridiques, et de l'autre l'articulation avec les médecins généralistes, les psychiatres et les employeurs. Il s'agit donc d'un réel défi que les acteurs de la médecine du travail se proposent de relever avec l'ensemble des intervenants du monde de la santé.

4. LES TRAJECTOIRES EVOLUTIVES

La dépression est une maladie spontanément réversible et curable dans 50% à 90% des cas selon les méthodes de soins employées. Son évolution naturelle est en moyenne de 6 à 8 mois. Les moyens thérapeutiques biologiques et/ou psychologiques ont fait la preuve de leur efficacité pour écourter ce temps à 1 ou 2 mois.

Cependant, le caractère récurrent de la maladie, son impact péjoratif, aux niveaux familial, social et professionnel ainsi que les risques qu'elle fait courir, notamment le risque suicidaire, aux personnes qui en souffrent, mettent en question sa bénignité en introduisant une nouvelle perspective sur son évolution à long terme (Paykel 1994).

La dépression récidive dans 50% des cas dans les deux ans suivant un premier épisode ; 20% des cas deviennent chroniques et dans 15% à 20% des cas, seule une rémission partielle est obtenue (Cardot, 1995).

L'évolution naturelle de la maladie dépressive tend à la répétition des épisodes (Tableau 2).

Tableau 2

DEFINITION DES TERMES CONCERNANT LES MODALITES EVOLUTIVES DE LA DEPRESSION.⁴

Une rémission partielle est un état qui comporte une amélioration d'un niveau tel que l'individu n'a plus les critères symptomatiques nécessaires pour que soit retenu le diagnostic d'épisode dépressif majeur (ndlr : caractérisé) tout en conservant certains symptômes de la maladie.

Une rémission complète est un état qui comporte une amélioration d'une qualité suffisante pour que l'individu soit considéré comme asymptomatique.

La guérison est une rémission complète pendant une durée suffisante (en théorie, égale ou supérieure à six mois).

La rechute se définit par la réapparition de symptômes dépressifs avant la guérison. Une rechute survient dans le cours évolutif d'un même épisode pathologique (de l'ordre de quelques mois).

La récidive (ou récurrence) correspond à la réapparition d'un nouvel épisode dépressif après guérison du précédent.

⁴ Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale, ANDEM

Quels facteurs influencent ces évolutions différentes ?

L'âge

Les dépressions du sujet âgé sont plus chroniques et rechutent plus souvent. Leur traitement est beaucoup plus long.

Le suicide des personnes âgées est très lié à la dépression.

Les sujets âgés sont moins enclins à faire des tentatives de suicide, mais quand ils réalisent une conduite suicidaire, celle-ci est très souvent fatale. Alors que le rapport entre tentative de suicide et suicide réussi est de 100/1 pour la population jeune, il est de l'ordre de 3/1 chez les personnes âgées (ANAES, 2000).

Elles constituent donc un véritable défi thérapeutique pour le praticien.

La dépression du sujet âgé survient souvent dans le contexte d'un deuil

Compte tenu de ce contexte, il paraît souhaitable de ne pas prescrire d'antidépresseur au moment du décès de l'être proche. Le temps à respecter serait de six mois environ.

→ La gravité du pronostic et les difficultés du diagnostic montrent toute l'attention qu'il faut porter à la dépression chez le sujet âgé.

La dépression de l'adolescent pose des problèmes diagnostiques et thérapeutiques particuliers. Ses symptômes sont souvent perçus comme un aléa du développement.

La personnalité du déprimé

Un autre facteur de risque fragilisant est constitué par des éléments propres à la personnalité du patient.

Les patients déprimés qui présentent par ailleurs une pathologie de la personnalité peuvent se servir de l'accès dépressif pour renforcer cet aspect de leur personnalité. La dépression fait partie d'eux ; elle est un peu une fatalité ; ils ne sont plus très combatifs vis-à-vis d'elle.

Ce sont des patients chez qui le médecin aura du mal à arrêter le traitement. La « négociation » sera longue et il faudra du temps pour envisager la diminution progressive. Cette dépendance aux médicaments serait beaucoup plus psychologique que chimique.

→ Une prise en charge psychothérapique s'impose d'autant plus que les antidépresseurs ne montrent plus d'efficacité spécifique.

L'anxiété

La coexistence de troubles anxieux est présente chez 50% des déprimés (Brochier, 1995). Elle constitue un facteur de risque de mauvais pronostic de l'épisode dépressif.

Elle favorise une certaine résistance au traitement médicamenteux, majore l'intensité du tableau dépressif, fragilise le patient, favorise le recours à des conduites addictives, entrave encore davantage la réadaptation sociale et professionnelle et augmente le risque suicidaire.

→ L'anxiété est à considérer comme un indice de gravité de la dépression.

Les conduites d'alcoolisation

C'est un phénomène fréquent qui constitue un facteur aggravant du tableau dépressif et de ses complications dont la plus grave et fréquente est le suicide.

Un patient qui a une consommation abusive d'alcool, ou qui en est dépendant, récidive plus facilement. Il est fréquent d'observer dans la pratique des complications de l'épisode dépressif par alcoolisation, utilisée comme un « auto-traitement ».

Ceci est vrai aussi pour les drogues en général.

→ Dans les formes de dépression associées à un abus d'alcool, la recherche de l'abstinence doit précéder le traitement de la dépression.

Quelles sont les modalités évolutives en pratique ?

Des patients guérissent de leur accès dépressif.

D'autres patients guérissent mais gardent une symptomatologie résiduelle - anxiété, troubles du sommeil, perte de l'initiative, changements du caractère - qui nécessite d'être prise en compte dans le traitement.

Enfin, certains patients se chronicisent de différentes façons.

Le retour à l'«état antérieur» est-il un mythe ?

L'épisode dépressif est défini par l'apparition d'une symptomatologie en rupture par rapport à l'état et au fonctionnement global antérieur d'une personne. La rémission complète d'un épisode dépressif se définit donc par rapport à un «retour à l'état antérieur ». Cette notion traditionnelle est de plus en plus remise en question au vu de l'étude des modalités évolutives au long cours des accès dépressifs.

Tout déprimé guéri nécessite souvent plusieurs mois pour reprendre pleine confiance en lui et en cette guérison. Ces remaniements psychologiques peuvent conditionner d'une manière ou d'une autre le devenir de la maladie dépressive.

Les modifications liées à l'expérience dépressive peuvent retentir aussi sur l'entourage.

A distance de la phase aiguë, le souvenir de la maladie reste pour ses proches et collègues. Ce rôle social de malade entraîne des difficultés dans les relations interpersonnelles, avec parfois des conséquences fâcheuses. Les répercussions conjugales sont importantes et peuvent être à l'origine d'un nouvel équilibre dans les rôles familiaux, de grand poids sur l'avenir du déprimé. L'ombre de la rechute peut planer pendant une longue période.

L'entourage joue un rôle primordial dans la prise en charge et l'évolution de la dépression. Son influence peut être nocive et prendre la forme de reproches adressés au malade.

Dans le cas contraire, l'entourage peut s'avérer un interlocuteur privilégié pour le médecin traitant. Il peut aider le patient à veiller sur la bonne marche du traitement, le rassurer, l'aider à retrouver son état habituel et contribuer au contrôle des récives.

→ D'où l'importance que le médecin rencontre l'entourage du patient en sa présence, l'informe sur la nature de la maladie et de son traitement et l'aide à comprendre les différents moments évolutifs de la dépression.

Quand la dépression devient chronique...

Une dépression devient chronique quand elle dure deux ans ou plus avec persistance d'une symptomatologie dépressive suffisante constatée à plusieurs reprises. Pendant cette période, l'altération du fonctionnement socio-professionnel est patente.

Une nouvelle stratégie thérapeutique s'impose alors, qui consiste à chercher les moyens de potentialiser l'effet antidépresseur.

Affections somatiques

L'hypothèse selon laquelle la dépression peut être à l'origine de certaines maladies somatiques (notamment cardiovasculaires et oncologiques) a souvent été évoquée.

Le taux élevé de suicide et la présence d'une affection somatique, paramètres souvent associés au trouble dépressif, semblent expliquer l'excès de mortalité retrouvé chez les déprimés par rapport à la population générale.

→ La dépression associée à une affection somatique mérite d'être identifiée et traitée d'une manière adéquate.

Le suicide

Deux-tiers des morts par suicide sont dus à une dépression.

Le suicide constitue la principale complication de l'épisode dépressif.

Il faut y penser devant les circonstances suivantes :

- La dépression est sévère avec une anxiété importante ou l'existence d'éléments psychotiques ou confusionnels, la présence d'une autre pathologie (troubles de la personnalité, pharmacodépendance, affection somatique), des antécédents personnels de tentatives de suicide.
- Le patient est de sexe masculin, il a des antécédents familiaux de suicide ; il est âgé.
- Le patient a des idées de suicide, surtout si elles sont fréquentes et accompagnées d'un projet.

→ Le risque suicidaire doit être une préoccupation constante, d'autant plus que le patient présente des indices de gravité.

→ Les différents traitements actuellement proposés (chimiothérapique, psychothérapique et sociothérapique) modifient heureusement l'évolution de la dépression. Le suivi à long terme du déprimé, constitue un des moyens d'assurer les meilleures chances d'évolution favorable.

5. DU PROJET THERAPEUTIQUE AU PROJET DE VIE

LA DECISION DE SOINS

Quels sont les préalables scientifiques qui fondent la prise en charge ?

Le premier préalable scientifique est la connaissance de la symptomatologie et de l'évolution des maladies dépressives.

Deuxièmement, les résultats des essais thérapeutiques ont montré la pertinence des prises en charge médicamenteuse et psychologique, pour écourter la phase aiguë de la maladie, éviter des complications (notamment le suicide, l'abus de drogues...) et un passage à la chronicité.

Le troisième préalable scientifique se fonde sur la connaissance du pronostic de l'épisode dépressif, (que l'on sait de plus en plus complexe et péjoratif), et la place des traitements efficaces dans la prophylaxie des formes majeures de dépressions.

Quels sont les besoins et attentes des patients en matière de prise en charge ?

Mais la décision de soins ne dépend pas seulement du préalable scientifique. Elle dépend aussi des attentes et des représentations que le patient a de son état.

Ces attentes des patients sont le plus souvent différentes. Elles traduisent une demande d'explication de leurs troubles par une situation causale plutôt que par une maladie. Ces personnes voudraient la reconnaissance que ce sont des difficultés extérieures qui sont à l'origine de leurs symptômes. Ils recherchent une aide à identifier ou dénoncer les situations pathogènes éventuellement inductrices de leur souffrance dépressive.

→ Cette demande doit être écoutée et prise en compte car elle jouera un rôle important dans l'acceptation du traitement.

Quelle négociation pour aboutir à un accord sur l'existence d'une dépression ?

La « négociation » consiste, pour le médecin, à aborder l'écoute des symptômes dépressifs sans *a priori* physiopathologique ou psychopathologique. C'est la première étape. La bonne démarche serait donc de pouvoir écouter, éventuellement recenser et identifier ce qui peut être indicateur d'une maladie dépressive.

Ensuite, le médecin doit activement rechercher des symptômes à propos desquels peut se discuter le diagnostic de dépression.

L'objet commun « dépression » doit être identifié par le médecin et le malade à partir de leurs expériences. Ils doivent ensuite, chacun, y confronter leur théories : celles des croyances éventuelles pour le patient et celles, pour le médecin, des connaissances sur le diagnostic, l'évolution, le traitement, les risques, etc.

→ médecin et patient doivent trouver un accord sur la réalité du diagnostic de dépression et la nécessité d'une prise en charge médicale.

LES PROBLEMES A ABORDER

Quelles questions se posent les patients à propos des médicaments de la dépression ?

L'un des déterminants du refus du médicament est la croyance que la dépression est la conséquence d'un stress ou d'un événement de vie. Ainsi, s'agissant d'un phénomène psychologique, on devrait lui opposer un traitement également psychologique et non un médicament.

Dans les questions que les patients se posent à propos des antidépresseurs, il revient souvent la peur d'en dépendre.

Il y a là sûrement une confusion avec les benzodiazépines, devenues dans la population générale le prototype même de tout psychotrope.

Mais il y a aussi, sans doute, des raisons psychopathologiques à cette crainte.

En effet, sont toxicomanogènes les substances qui induisent une accoutumance (nécessité au fil du temps d'augmenter la posologie pour obtenir le même effet) : les antidépresseurs ne sont pas toxicomanogènes. Cependant, ils produisent un nouvel équilibre biologique et psychologique : à l'arrêt brutal du traitement peuvent surgir des symptômes très transitoires, traduisant une rupture d'équilibre acquis, révélée par des symptômes physiques (nervosité, troubles du sommeil, irritabilité...) ou psychiques (anxiété).

→ La survenue de ces manifestations est prévenue en diminuant progressivement la posologie au moment d'envisager l'arrêt du traitement.

Les effets secondaires liés aux antidépresseurs sont divers. « *Est-ce que cela ne va pas me faire dormir ?* » est une des questions que les patients posent fréquemment. En ce qui concerne la somnolence diurne et les troubles de la vigilance, ceux-ci peuvent s'observer avec les produits sédatifs ou médians. Les gestes professionnels précis, la conduite automobile, ainsi que la concentration intellectuelle, peuvent être de ce fait entravés. Ces effets régressent habituellement au bout de quelques jours.

Quelles questions posent les antidépresseurs d'un point de vue scientifique?

Il ne s'agit ni de la question de l'efficacité, ni de celle des effets indésirables. Malgré leur efficacité prouvée, les antidépresseurs posent encore beaucoup de questions, non seulement au niveau de leur mécanisme d'action mais aussi sur leurs effets comportementaux et cognitifs, à court et long terme.

Mais les antidépresseurs posent surtout la question de leurs effets sur l'humeur des sujets non déprimés.

Est-ce que les antidépresseurs sont capables d'agir sur l'humeur normale ?

L'action des antidépresseurs est susceptible de s'exercer dans toutes les catégories des troubles dépressifs. Mais l'humeur normale répond-elle aux antidépresseurs ?

Les cliniciens remarquent que la prescription d'antidépresseurs chez le sujet sain n'entraîne pas d'euphorie à proprement parler

Chez les sujets non déprimés, l'antidépresseur peut montrer, selon le cas, un effet stimulant, anxiolytique, amaigrissant, hypnotique, ou encore sédatif. De ce fait le médecin peut être amené à prescrire, pertinemment, un antidépresseur à des personnes qui ne sont pas (ou plus) véritablement déprimées, afin de les faire bénéficier de ces spécificités ; Il prend alors une décision qui engage sa responsabilité vis à vis de la réglementation (cf Annexe : les RMO des médicaments antidépresseurs). Mais y a-t-il une action du médicament sur l'humeur normale? Cela on ne le sait pas.

Si l'on pouvait démontrer que les antidépresseurs n'agissent pas sur l'humeur normale, comme on a pu démontrer que l'aspirine ne fait pas baisser la température normale mais seulement l'hyperpyrexie, ce serait un immense progrès.

Comment « négocier » le traitement médicamenteux ?

La règle est de mettre en place les conditions pour un véritable échange d'informations sur les effets de la molécule (efficacité, délai d'action, effets secondaires).

Enfin, il est important d'informer sur l'évolution de la maladie et de rassurer sur la durée du traitement.

→ L'information fait partie du suivi et elle favorise une meilleure observance du traitement. C'est une manière d'aider le patient à « gérer » son traitement.

Quelles sont les questions des patients à propos des psychothérapies ?

La question regroupant ces interrogations pourrait se résumer ainsi : "*Qu'est-ce que c'est ? Est-ce que cela va marcher ?*".

Les thérapies psychodynamiques (cures psychanalytiques et psychothérapies d'inspiration analytique) d'une part, les thérapies cognitives et comportementales, d'autre part sont les plus utilisées.

Les psychothérapies psychodynamiques ont des objectifs larges et ne ciblent pas forcément la levée des symptômes. Leur indication ne se pose pas en termes de soins en urgence et nécessite une motivation toute particulière de la part du patient. Il est exceptionnel de commencer ce type de traitement pendant la phase aiguë de la dépression.

Les psychothérapies cognitivo-comportementales consistent à réapprendre à « gérer » les expériences relationnelles et à restaurer l'estime de soi. Ces programmes se déroulent suivant un calendrier préalablement fixé. L'indication en est plus facile à poser et le traitement peut débuter en phase aiguë de la dépression, à condition que l'intensité de celle-ci ne soit trop importante.

En dehors des thérapies structurées, brièvement décrites ci-dessus, il existe une psychothérapie non codifiée dans sa technique que l'on appelle volontiers psychothérapie de soutien. Elle représente une forme de thérapie médicale relationnelle, habituelle de tout acte médical. Elle est basée sur l'empathie qui permet au patient de s'exprimer librement et en confiance, sur le soutien et comprend une dimension directive de conseil, d'information et d'explication.

Peut-on associer les deux traitements ?

Lors de la phase aiguë, l'association chimiothérapie-psychothérapie est nécessaire, surtout en cas :

- de symptômes dépressifs chroniques ou rémission de mauvaise qualité antérieure à l'épisode actuel,
- d'efficacité partielle de chacun des deux traitements administrés isolément,
- d'antécédents de difficultés psychosociales,
- de mauvaise observance antérieure au traitement.

Les troubles dysthymiques chroniques et un taux élevé de rechutes parmi les antécédents personnels confèrent toute sa valeur à cette association thérapeutique.

Lors d'un épisode dépressif d'intensité légère ou modérée, une prise en charge psychothérapeutique isolée peut être envisagée lorsque le patient choisit ou préfère cette approche. Cette stratégie n'est pas recommandée chez les patients présentant une intensité sévère des troubles et/ou la présence de symptômes psychotiques ou mélancoliques.

→ Le soutien psychothérapeutique propre à la relation médecin-malade est une composante fondamentale du traitement médicamenteux de la dépression et cet accompagnement améliore l'observance.

→ La « négociation » des soins est donc un temps fondamental et riche de la relation médecin-malade-entourage ; elle constitue un maillon indispensable dans le devenir de la dépression.

→ La décision de soins est un projet thérapeutique que le médecin établit avec son patient et l'entourage proche de celui-ci.

→ Les possibilités thérapeutiques validées pour la dépression sont actuellement nombreuses et permettent de tenir compte des préférences du patient, à condition qu'il ait été suffisamment informé des bénéfices et des risques de chaque intervention.

L'OFFRE DE SOINS

Elle dépend évidemment de la démographie médicale, de l'organisation du dispositif de santé et du système de prise en charge. Qu'en est-il en France ?

Aujourd'hui, l'offre de soins est satisfaisante (Cf. tableau 3).

Lorsqu'on dit que les Français « prennent trop de médicaments par confort », il convient d'être attentif à l'adéquation des prescriptions aux troubles. Il faut s'assurer aussi que les patients authentiquement déprimés peuvent avoir recours au système de soins.

Tableau 3

LES CHIFFRES DE L'OFFRE DE SOINS EN FRANCE
Médecins généralistes : 60 875 (CNAMTS, 1996)
Psychiatres : 11 816 (SESI, 1997)
Lits d'hospitalisation en psychiatrie : 75 915 (14,7% du total lits d'hospitalisation) (Ministère du travail et des affaires sociales 1997)
Possibilité d'accès avec libre choix
Remboursement éventuel à 100%,
Prise en charge des médicaments,
Prise en charge des consultations,
Dans certains cas, prise en charge des psychothérapies.
Mais des disparités régionales importantes .

Quel choix vers une filière de soins ou une autre et pourquoi ?

Il existe différentes possibilités de consulter :

- Le médecin de famille est en général le premier recours.
- Le psychiatre est perçu comme le spécialiste prenant en charge les cas graves.
- Les catégories socio-économiques favorisées vont davantage chez le spécialiste ; les catégories moins favorisées vont chez le généraliste.
Ce choix est évidemment fonction de la démographie médicale régionale.
- Le recours à hospitalisation peut être nécessaire selon la gravité des troubles et les conditions de vie (environnement familial, situation matérielle etc.) du patient.

LE SUIVI DE LA PRISE EN CHARGE

Que se passe-t-il après la décision de soigner ?

Une fois obtenue l'adhésion initiale aux soins, on doit accompagner le patient tout au long de sa trajectoire.

Lorsque le malade accepte la démarche de soins qui lui est proposée, son but est de retrouver sa santé perdue, c'est-à-dire son bien être affectif, psychique, relationnel et peut-être spirituel. Pour parvenir à cet objectif, il faut réussir à faire accepter le suivi médical au patient, de sorte qu'il en soit partie prenante.

Pour ce faire, la mise en place de certaines bases est nécessaire :

- Surveillance et proposition de durée et de dose des médicaments
- Entretiens réguliers (thérapies de soutien, pédagogique, accompagnement)
- Initiation à des thérapies plus structurées favorisant la connaissance de soi, la gestion des émotions (agressivité, culpabilité), les changements de mode de pensée et de comportement.
- Prise en charge corporelle (relaxation, remise en forme...)
- Utilisation du soutien social, culturel et associatif quand ils existent.

L'usage des antidépresseurs au cours de l'évolution de la dépression.

Le bon usage des antidépresseurs nécessite, comme préalable, une verbalisation approfondie autour du médicament, établie comme un « contrat de confiance ».

➔ La durée de traitement en phase d'attaque est de deux mois en moyenne pour obtenir une disparition des symptômes.

➔ Le traitement de consolidation de quatre mois en moyenne se justifie après disparition des symptômes dépressifs. La posologie conseillée est la même que celle de la phase d'attaque.

➔ Le traitement de prévention des récurrences doit être envisagé pour les patients à risque. Il peut faire appel aux différentes psychothérapies comme aux médicaments antidépresseurs, dont on rappelle qu'ils n'ont pas d'AMM dans cette indication .

Comment le praticien évalue-t-il les effets du traitement (positifs et négatifs) ?

Evaluation précoce de l'efficacité : Un minimum de trois semaines de traitement à posologie active est nécessaire avant de conclure à une inefficacité et d'envisager un changement thérapeutique.

Evaluation de l'effet à long terme : Cette évaluation doit tenir compte de plusieurs critères. Fréquence, durée et intensité des épisodes, qualité et durée des intervalles libres. Un antidépresseur sera considéré comme efficace s'il modifie un ou plusieurs de ces cinq paramètres.

Choix de la molécule

Il n'existe pas aujourd'hui de médicaments pour des dépressions graves (mélancoliques, endogènes...) et d'autres pour des dépressions "névrotico-réactionnelles".

Les critères de choix objectifs du prescripteur prennent en compte :

- les propriétés sédatives, psychostimulantes ou neutres de la molécule qui ont l'avantage, par rapport à l'effet antidépresseur, de se manifester plus précocement.
- les contre-indications, effets secondaires et associations médicamenteuses par rapport à un patient donné
- la maniabilité des médicaments disponibles.

L'évaluation de l'observance est un temps fort de la prise en charge des malades déprimés

Elle est à la fois un des éléments déterminants pour l'amélioration du patient et un témoin de la qualité de la relation médecin-malade.

Des enquêtes récentes (I.M.H. 1999) montrent qu'une prescription sur deux n'est pas suivie. Et ce, toutes spécialités et médicaments confondus. Les causes en sont très diverses.

Le premier obstacle à l'observance des patients dépressifs vient de la maladie elle-même (troubles de l'attention, difficultés à comprendre les indications figurant sur l'ordonnance, sentiments de découragement et d'incurabilité).

D'autres sont liés à la sous-estimation, voire la négation de la maladie.

Le patient peut aussi douter de l'efficacité d'un traitement médicamenteux pour résoudre des problèmes psychologiques. La méfiance vis-à-vis du traitement peut être due à différents facteurs, qui peuvent se potentialiser chez un même patient : peur de la dépendance, peur du traitement à vie, peur du médicament « assommant », position de défi.

L'abandon pour amélioration de l'état clinique est proportionnellement, une des raisons d'inobservance la plus fréquemment retrouvée dans le suivi des patients déprimés. Pour l'éviter il faut, dès le début de la prise en charge, informer le patient de la nécessité de continuer le traitement, même lorsque les symptômes ont disparu.

La psychiatrie n'échappe pas à une certaine attitude "consommériste" qui se développe dans tous les secteurs, que ce soit à l'hôpital ou dans les cabinets des médecins. Le malade n'est plus en position de "*patient*" mais d' "*usager*" d'un dispositif de santé à l'intérieur duquel il a son mot à dire. Ceci ne se limite pas à ce *droit du malade de savoir ce qui est bon pour lui*. C'est aussi son entourage qui souvent prend fait et cause, intervenant et conseillant le patient.

Ce ne sont pas seulement les choix thérapeutiques ou la qualité des soins qui peuvent être mis en cause, mais aussi l'orientation diagnostique, donnée par le médecin, aux troubles pour lesquels le patient a consulté.

Quel est le rôle de l'entourage du malade ?

- La famille est un partenaire naturel du médecin. Celui-ci l'informe, la soutient dans les moments difficiles et l'implique dans le projet thérapeutique.
- Le milieu professionnel doit être pris en compte. Que le traitement médicamenteux soit poursuivi ou arrêté, il appartient au médecin du travail de prévoir le devenir social du dépressif le plus tôt possible, en particulier dans le cadre de la réinsertion professionnelle.
- Le pharmacien peut jouer un rôle d'appui non négligeable dans le respect de la prescription médicale, par ses conseils.

L'ARRET DES PRISES EN CHARGES

Quand et comment négocier l'arrêt des prises en charge ?

Les critères de guérison les plus fréquemment utilisés sont la disparition des symptômes, la réinsertion professionnelle et la reprise des activités.

Que fait-on après guérison clinique ? Convient-il de maintenir ou d'arrêter le traitement ? Et s'il convient de le poursuivre, pendant combien de temps ?

→ Un traitement bien conduit amène le plus souvent la rémission des symptômes au bout de deux mois ; il faut alors négocier avec le patient le maintien des doses et rester attentif à l'évolution ; la durée du traitement est habituellement de six mois de traitement. L'arrêt du médicament se fait ensuite, en diminuant progressivement les doses.

Les itinéraires des patients déprimés sous traitement sont généralement assez complexes.

Certains retrouvent leur état antérieur. On observe 10% de dépressions dites résistantes. Il existe un pourcentage de malades présentant plaintes et symptômes résiduels : troubles du sommeil, scepticisme, phobies, anxiété....

Il existe, d'autre part, des critères concernant la qualité de la réinsertion familiale et l'opinion de l'entourage qui définissent aussi la guérison.

Il y a, enfin, le vécu subjectif du patient. Maintenant, avec le confort des nouvelles molécules, les patients en demandent plus. Ceci peut amener une prolongation du traitement.

→ La période de traitement de 6 ± 2 mois apparaît, en pratique, comme recommandée.

Durée des traitements médicamenteux

Si en moyenne la durée des traitements antidépresseurs est de 2,8 mois (Sofres 1997), on voit co-exister des traitements antidépresseurs plus longs et des traitements plus courts. Il convient de s'interroger sur ces pratiques.

Les traitements antidépresseurs plus longs

Dans le cadre de l'enquête SOFRES, l'ancienneté de traitement observée a été de plus de 8 mois pour 60% des patients et de plus d'un an pour 50% d'entre eux.

Pourquoi traite-t-on plus longtemps ?

- L'inefficacité du traitement peut paradoxalement expliquer ces traitements longs, mal évalués, inadaptés, à posologie insuffisante....
- La crainte de la rechute, peut justifier une prolongation de la prescription au delà des recommandations usuelles.
- Par ailleurs, il existe souvent une demande de «meilleures performances» ou d'un plus grand confort, qui hausse la barre de la guérison.

Quelles raisons amènent le patient à ne pas vouloir arrêter son traitement antidépresseur ?

Les molécules actuelles sont très efficaces et de plus en plus dépourvues d'effets secondaires. Les patients ont développé des pratiques qui les ont conduits soit à l'automédication, soit à des ajustements de leur consommation loin des prescriptions thérapeutiques initiales. Ceci amène à des manipulations des prescriptions médicamenteuses, dont la prolongation de la prise au-delà du nécessaire.

Dans ce contexte, les psychotropes, en particulier les antidépresseurs, susciteraient l'espoir de surmonter toute souffrance psychique, même chez les personnes qui ne sont pas « véritablement » déprimées.

La dépression se verrait ainsi dans les représentations sociales (qui n'excluent pas les médecins) étroitement liée à la notion d'« insuffisance ».

Pour certains, de nos jours, la fatigue, l'inhibition, l'insomnie, l'anxiété et l'indécision ainsi que la plupart des difficultés rencontrées dans la vie quotidienne, sont assimilées à une dépression. Par beaucoup de ses aspects, cette « maladie » est parfois considérée comme en étroite relation avec une société où la norme est fondée sur la responsabilité et l'initiative. La dépression serait donc la contrepartie de l'énergie que chacun doit mobiliser pour devenir soi-même.

→ La question de la durée du traitement devrait se poser d'emblée lors de son instauration et cette question se doit d'être abordée avec le patient. L'observance ne peut qu'y gagner.

Les traitements antidépresseurs plus courts

L'analyse prospective du suivi des patients, dans l'étude SOFRES 1997, montre une prédominance de traitements « courts » avec un taux d'arrêts prématurés (moins de 4 mois) de 61%.

Qu'est-ce qui amène un patient à arrêter prématurément son traitement ?

- Le sentiment d'incurabilité lié aux dépressions sévères
- Une amélioration perçue de l'état de santé jugée suffisante par le patient
- Les effets secondaires des médicaments
- La peur de devenir dépendant du médicament.
- La baisse de qualité de l'adhésion aux recommandations du médecin au cours du temps
- L'insuffisance d'accompagnement médical
- La non-reconnaissance du besoin de cette thérapeutique par l'entourage.

Y a-t-il un rapport entre la durée du traitement et le suicide ?

La maladie dépressive est un des principaux facteurs de risque du suicide, sinon le plus important. Soigner de manière appropriée la dépression c'est, pour beaucoup, prévenir le suicide. L'arrêt prématuré du traitement, médicamenteux et psychothérapeutique comporte donc un risque de suicide.

Dans la majorité des cas de suicide, c'est l'absence de prise en charge adéquate d'une affection psychiatrique potentiellement suicidogène (notamment la maladie dépressive) qui est retrouvée et, ceci, malgré une demande de soins de la part des futurs suicidants.

→ Il faut attirer l'attention

- **sur les arrêts intempestifs des antidépresseurs et le risque accru, à ce moment, de passage à l'acte suicidaire,**
- **sur l'importance de la qualité de la prise en charge, pour éviter le risque suicidaire.**

Place et rôle des instances régulatrices (RMO, Médecin conseil) dans l'arrêt des prises en charge

La mise en place des Références Médicales Opposables (cf Annexe : les RMO des médicaments antidépresseurs) est un souci louable. Quand le médecin conseil demande des explications, il paraît bien normal que le praticien ait à lui répondre. L'idéal serait que tous les médecins adhèrent aux mêmes standards scientifiques et qu'ainsi chaque patient puisse être traité de la même manière, indépendamment de l'endroit et de la personne qui doit le traiter. Mais ceci n'est pas le reflet de la réalité. Il existe un écart entre les pratiques recommandées à partir des données scientifiques et les pratiques quotidiennes.

Le suivi des patients déprimés est complexe, ce qui amène le praticien à assumer à bon escient, les nuances des décisions thérapeutiques prises pour un malade.

→ La conduite de la prescription doit toujours se faire pour un temps limité. en fonction d'objectifs thérapeutiques définis à l'avance. Elle s'accompagne d'informations et de recommandations au patient sur les effets recherchés et indésirables des molécules, et leurs règles d'utilisation.

→ le projet thérapeutique s'élabore à deux, dans une relation établie entre le médecin et le malade. Les différents niveaux de souffrance seront déterminés conjointement ainsi que les objectifs à atteindre et les moyens d'y parvenir.

→ Pour bien informer les malades, le praticien doit être lui même bien informé. Son rôle dans l'observance ou non du traitement est primordial : une mauvaise communication avec peu d'informations, des explications insuffisantes, un manque de compréhension, le manque de maîtrise technique d'une juste prescription, un rapport ambigu avec le médicament, une approche biologique exclusive de la maladie dépressive sans considérations des facteurs psychologiques et socio-environnementaux, sont tous des facteurs qui vont influencer d'une manière ou d'une autre les modalités de la prise en charge.

→ Il importe d'informer, de soutenir et d'impliquer l'entourage du malade pour qu'il contribue à améliorer le niveau d'adhésion aux soins.

6. PEUT-ON PREVENIR LES ETATS DEPRESSIFS ?

Les actions menées par l'ensemble des acteurs de la filière de soins ne seront pas les mêmes selon qu'on vise à prévenir :

- La survenue d'un premier épisode dépressif, chez des sujets présentant des facteurs de risque et/ou ayant des difficultés existentielles,
- La mortalité et la surmortalité. Autrement dit, les conséquences ou complications induites, dont le suicide, d'un état dépressif en cours de traitement,
- Les rechutes et récurrences,
- Les symptômes résiduels,
- La chronicisation.

Prévention de la survenue d'un premier épisode dépressif chez des sujets présentant des facteurs de risque et/ou ayant des difficultés existentielles

La démarche consiste ici, pour le médecin, dans un *double repérage anticipatif* :

- Identifier dans l'histoire du sujet les événements majeurs (anciens ou récents) susceptibles de contribuer à l'apparition d'un état dépressif, ainsi que les caractéristiques personnelles et environnementales du patient, et tenter de réduire des risques de dépression (travail sur l'entourage, intervention d'une assistante sociale...),
- Reconnaître et prendre en charge les signes avant-coureurs d'un état dépressif naissant.

Mortalité et morbidité. Prévention du suicide

60 à 70% des suicidés ont consulté un médecin généraliste dans le mois précédant une tentative de suicide (ANAES 2000).

Il est donc évident que des programmes de formation destinés à améliorer la reconnaissance de la dépression et son traitement pourraient contribuer à optimiser la prise en charge de la dépression et, par voie de conséquence, prévenir le suicide.

On distingue trois éléments communs dans tous ces programmes.

Le premier, prioritaire, est celui qui consiste à centrer les actions de formation sur un dépistage et une prise en charge précoces des troubles dépressifs.

Viennent ensuite le repérage des populations à risque et l'amélioration de la prise en charge des suicidants (prévention secondaire).

Prévention des rechutes et des récurrences

Il faut être conscient du haut potentiel de récurrence de la dépression et par conséquent ne pas hésiter, surtout après plusieurs rechutes, à poursuivre longtemps le traitement antidépresseur à dose efficace.

Cette préconisation du *traitement à vie* semble rencontrer un assentiment de plus en plus large. Précisément, on trouve dans les recommandations de l'ANDEM, un chapitre consacré au *Traitement de maintenance ou traitement prophylactique* où il est dit clairement que l'objectif est de prévenir la survenue de nouveaux épisodes chez des patients à risque.

En ce qui concerne les moyens d'y parvenir, il semble y avoir un consensus international autour du traitement médicamenteux : "les normothymiques et les antidépresseurs ont les uns et les autres leurs indications propres. Pour les antidépresseurs il est conseillé d'utiliser la même posologie que celle utilisée en phase d'attaque.

En revanche, pour ce qui est de la durée du traitement à visée prophylactique et les éléments permettant d'identifier les patients à risque, les avis divergent. Selon l'ANDEM, la durée du traitement varie en fonction du nombre d'épisodes dépressifs antérieurs (jusqu'à 4 à 5 ans).

Prévention des symptômes résiduels

La nécessité de prendre en compte une éventuelle symptomatologie résiduelle, voire certains remaniements de la personnalité consécutifs à l'épisode dépressif, est évidente.

Prévention de la chronicisation

Il existe un certain consensus concernant la stratégie de prévention du risque de chronicisation. Il porte sur deux points :

- La précocité et la qualité du traitement, lors du premier épisode, sont déterminants pour l'évolution ultérieure de la dépression,
- Après plusieurs rechutes, particulièrement chez les patients à risque, le traitement antidépresseur doit être poursuivi à dose efficace, et régulièrement réévalué.

→ L'expérience démontre que les démarches de soin et de prévention ne peuvent plus être considérées comme deux temps différents dans la prise en charge des troubles dépressifs.

→ De plus en plus de travaux prouvent que les premiers éléments de prise en charge, au début d'un premier épisode dépressif, peuvent déterminer l'avenir du patient.

→ Un traitement antidépresseur efficace doit, non seulement améliorer les symptômes en phase aiguë, mais également prévenir la survenue d'autres épisodes dépressifs.

→ Les médecins généralistes doivent accompagner le patient au delà de la disparition des symptômes (continuité des soins).

7. LA DEPRESSION : UN ENJEU DE SANTE PUBLIQUE

Une prévalence élevée

En France, l'étude menée par le CREDES en population générale en 1992 indique une prévalence de la "dépression majeure" de l'ordre de 4,7%. Si l'on considère la prévalence vie entière, la dépression apparaît comme étant encore plus répandue : 17 à 19% de la population souffre ou a souffert de dépression majeure nécessitant une prise en charge médicale au cours de sa vie.

Une atteinte à la qualité de vie importante

Les dépressifs ont une incapacité fonctionnelle et sociale beaucoup plus élevée que celle des non dépressifs.

Mis à part les maladies cardiaques, les dépressifs ont une altération physique bien plus importante que pour les autres maladies chroniques (cf. Tableau 1 en annexe).

On estime à 12 000 le nombre de morts par suicide chaque année en France. Il y aurait vingt à trente fois plus de tentatives, parmi lesquelles 30 à 50% sont liées à une maladie dépressive (ANAES, 1996).

Une maladie coûteuse

Il est généralement admis que la dépression est associée à des coûts élevés. Il s'agit tout aussi bien de coûts directs (consultation chez les généralistes et spécialistes, médicament, hospitalisation, analyse de laboratoire...), de coûts indirects (pertes de production liées à des arrêts de travail ou aux suicides...), ou de coûts intangibles (stress, souffrance...), ces derniers étant plus difficiles à estimer.

Toutes les études démontrent l'importance économique de la dépression : \$43,7 milliards en 1990 aux Etats-Unis (Greenberg, 1993).

L'impact est d'autant plus important concernant les coûts indirects, représentant, selon les études entre 72 et 88% du coût total de la dépression. Ils traduisent principalement les pertes de productivité, considérables pour la société.

Le coût de la dépression⁵ est comparable à celui d'autres pathologies considérées comme graves. En effet, la dépression fait partie des 10 premières maladies les plus coûteuses des Etats-Unis (Hall, 1995). Une estimation menée en Belgique indique que la dépression est la maladie la plus coûteuse après les affections cardiovasculaires (Anseau, 1998).

Des malades sous traités

La prise en charge actuelle de la dépression est sûrement à optimiser, la dépression est encore parfois rarement diagnostiquée et correctement traitée.

Parmi les dépressifs correctement diagnostiqués, seulement un tiers reçoit une prescription d'antidépresseur. Mais il convient de souligner la corrélation positive entre sévérité de la dépression et prescription médicamenteuse. Ainsi, en France, la moitié des dépressions caractérisées ont une prescription médicamenteuse.

En tenant compte des données d'observance et de taux de réponse issus de la littérature (Weissman, 1974), il en résulte que seulement 5% des dépressifs reçoivent une prise en charge médicale correcte pour leur dépression (Henry, 1993). (Cf. Figure 1 en annexe).

Un arsenal thérapeutique existe

Face à l'impact de la dépression pour le patient et pour la société, il existe pourtant des solutions : le traitement médicamenteux par antidépresseur, la psychothérapie, et, dans certains cas, le recours aux électrochocs (ECT).

Le manque d'information

Il existe en France des RMO clairement définies s'agissant du traitement de la dépression : elles indiquent la prescription d'antidépresseurs. Pourtant, seulement 25% des prescriptions médicamenteuses concernent les antidépresseurs (Lépine, 1997). Ce faible pourcentage laisse donc douter du bon respect des RMO. (Cf. Tableau 2 en annexe)

Les habitudes de prescriptions des médecins pour le traitement de la dépression persistent et l'utilisation d'autres psychotropes, tels que des tranquillisants ou des hypnotiques, est encore importante, même si elle tend à diminuer avec le temps (Credes, 1996). Ce type de traitement a été démontré comme étant inefficace pour la dépression et source de nombreux effets indésirables.

⁵ Episode dépressif majeur, dysthymie, troubles bipolaires

En cas d'utilisation d'antidépresseur, les doses prescrites sont inférieures aux doses préconisées pour trois quarts des dépressifs traités, diminuant ainsi le taux de réponse au traitement (McDonald, 1997).

Quelles solutions pour l'avenir ?

La formation des généralistes

Une formation articulée autour de séminaires améliorant la reconnaissance de la dépression et de son traitement auprès de ce public pourrait être la source d'une amélioration de la prise en charge de la dépression, par une meilleure reconnaissance de la pathologie, et l'utilisation de traitements adéquats et efficaces.

Une telle expérience a été menée en Suède (Rutz, 1997). Elle a montré des résultats satisfaisants concernant la prise en charge de la dépression. Ces derniers se traduisent par un changement positif d'attitude des généralistes, induisant une meilleure reconnaissance de la dépression (Cf. Tableau 3 en annexe).

Les médecins ont ainsi augmenté leur prescription d'antidépresseurs, réduisant alors le recours aux services psychiatriques et aux hospitalisations. Les arrêts - maladie ont été diminués de moitié. Le taux de suicide a été significativement réduit. La mesure des effets à long terme a démontré que cette tendance était le résultat du programme d'éducation. Le bénéfice des résultats du programme s'estompant avec le temps, témoigne de la nécessité de reproduire régulièrement ce programme.

A la suite du programme d'éducation, une évaluation coût-bénéfice a été menée et montre que les coûts du programme (369 000SEK⁶) ont été largement compensés par les bénéfices liés à la diminution de la morbidité et de la mortalité, ainsi qu'une meilleure utilisation des traitements par antidépresseur, réduisant massivement les coûts indirects de la dépression (155 millions SEK). (Cf. Tableau 4 en annexe).

Le travail en réseau Médecin généraliste/Médecins psychiatres

De plus en plus se dessine une volonté de travailler en réseaux de coopération qui commencent par des formations communes, des échanges sur des cas cliniques, un travail commun sur la question : quand et comment pour le médecin généraliste « passer la main » au spécialiste.

L'éducation des patients et l'information de la population

Sturm (1995) a mené une analyse coût-efficacité et effectué des simulations à partir des données du *Medical Outcomes Study*. Le but de l'étude était de mesurer les coûts et la qualité de vie des patients en fonction de la prise en charge retenue. Les résultats démontrent qu'une meilleure prise en charge de la dépression amène à une amélioration de la qualité de vie des patients.

⁶ SEK : couronne suédoise. 1 SEK = 0,8FF

En effet, l'existence de soins appropriés, c'est-à-dire plus de conseils pratiqués par les médecins aux malades, une utilisation plus adéquate des antidépresseurs, permet effectivement d'améliorer la prise en charge de la dépression. Il n'est peut-être pas judicieux de considérer uniquement les coûts du traitement, il convient sans doute de donner aussi de l'importance à la qualité des soins et à l'information à donner aux patients. Dans une autre étude, Katon (1995) a montré qu'une prise en charge soutenue de la dépression, avec des conseils adaptés de la part des médecins, entraîne une meilleure observance de la part des patients. Les études menées jusqu'à présent tendent à favoriser les conseils prodigués par les médecins et une utilisation appropriée des antidépresseurs.

Le paradoxe de la dépression

Son coût n'est pas tant lié aux coûts du traitement, mais plutôt à celui de son inefficace prise en charge. Il a été effectivement démontré que la dépression est à la fois sous diagnostiquée, sous traitée et traitée de façon non optimale, alors que le traitement médicamenteux de la dépression a été prouvé comme étant efficace.

Une meilleure prise en charge de la dépression :

- permet une amélioration de la qualité de vie des malades, autrement dit une meilleure capacité fonctionnelle, sociale et un meilleur bien-être,
- réduit le recours à des ressources médicales onéreuses telles que l'hospitalisation,
- augmente les capacités de production, donc réduit les coûts pour la société.

La prise en charge de la dépression devient alors un enjeu majeur de santé publique qu'il convient d'étudier avec un plus grand intérêt.

→ Il apparaît nettement le besoin de mener des campagnes éducatives pour améliorer le niveau sanitaire de la population générale et la participation des patients au traitement de la maladie dépressive.

→ Le débat actuel sur les consommations de soins et de médicaments et leurs conséquences en terme de coût de la prise en charge de la dépression n'est peut-être pas le bon débat.

→ La mise en place de programmes d'éducation de formation auprès des médecins généralistes bénéficierait aussi bien que des programmes d'éducation et d'information pour les patients et le grand public qu'à la société, du fait de l'existence de traitements efficaces.

BIBLIOGRAPHIE

1. Améliorer l'observance. Dossier Impact médecin hebdo 22 octobre 1999.
2. Agence du Médicament. Direction des Etudes et de l'Information Pharmaco-économiques. Observatoire National des prescriptions et consommations des médicaments. Juillet 1998.
3. ANAES. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Texte long. Octobre 2000 : 20.
4. ANAES. Utilisation des médicaments antidépresseurs. 1996.
5. ANDEM Recommandations et références médicales. Médicaments antidépresseurs. Extrait du supplément au numéro 42 du *Concours Médical* du 14 décembre 1996.
6. ANGST J. Major depression in 1998 : are we providing optimal therapy ? *Journal of Clinical Psychiatry*. 1999 ; 60 : 5-9.
7. ANSSEAU M. Aspects socio-économiques de la dépression. *Revue Médicale de Liège*. 1998 ; 53 (5) : 308-10.
8. BROCHIER T., BAYLE FJ. Dépression et maladies anxieuses. In : Olié JP, Poirier MF, Léo H. *Les maladies dépressives*, Flammarion, Paris, 1995
9. CARDOT H., ROUILLON F. Evolution à long terme des dépressions : épidémiologie et clinique. *L'Encéphale*, 1995, Sp II : 51-59.
10. COOPER-PATRICK L. et coll. Identification of patient attitudes and preferences regarding treatment of depression. *J Gen Intern Med*, 1997, 12 : 431-438.
11. DAVIDSON J.R, MELTZER-BRODY S.E. The under-recognition and under-treatment of depression : what is the breadth and depth of the problem ? *Journal of Clinical Psychiatry*, 1999 ; 60 (Suppl. 7) ; discussion 10-1.
12. DOCHERTY JP. Barriers to the diagnosis of depression in primary care. *J Clin Psychiatry*, 1997, 58 (suppl. 1) : 5-10.
13. GREENBERG P, STIGLIN L, FINKELSTEIN S, BERNDT E. The economic burden of depression in 1990. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1993 ; 54 : 405-418.
14. HALL RC, WISE MG. The clinical and financial burden of mood disorders. Cost and outcomes. *Psychosomatics*. 1995 ; 36 (2) : S11-8.
15. HENRY J. Debits and credits in the management of depression. *British Journal of Psychiatry*. 1993 ; 163 (suppl.20) ; 33-39.
16. KOVESS V. Quels sont les facteurs de risque démographiques, sociaux et culturels de : guérison, rechute, récurrence, résistance, chronicisation, mauvaise observance ? In : Aspects évolutifs de la dépression, sous la direction de Th. Lempérière. Acanthe, Masson, Paris, 1996.
17. KOVESS V., CHASTANG. Les déprimés et le système de soins. *L'Information Psychiatrique* 74, 4, 1998.

18. LE PAPE A., LECOMTE T. Aspects socio-économiques de la dépression. Evolution 1980-81/1991-92. CREDES 1996.
19. LEPINE JP, GASTPAR M, MENDLEWICZ. Depression in the community : the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *International Clinical Psychopharmacology*. 1997 ; 12 : 19-29.
20. MCDONALD CJ, ALLER RD. Information about quality of care. *Ann Intern Med*. Oct 1, 1997; 127 (7) : 575.
21. MARKS JN. et coll. Determinants of the ability of general practitioners to detect psychiatric illness. *Psychol Med*, 1979, 9 : 337-353.
22. ROUILLON F. LEJOYEUX M. et le GEP. Modalités d'accès aux soins en consultation psychiatrique. *Ann Méd-Psychol*, 1993, 151, 9 : 628-632.
23. RUTZ W, WÅLINDER J and al. Prevention of depression and suicide by education and medication: impact on male suicidality. An update of the Gotland study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 1997; 1: 39-46
24. SOFRES *Médical*. Etude Observatoire des antidépresseurs. Juillet 1997.
25. TYLEE A, GASTPAR M, LÉPINE JP, MENDLEWICZ J. DEPRES II (Depression Research in European Society II) : a patient survey of the symptoms, disability and current management of depression in the community. DEPRES Steering Committee. *International Clinical Psychopharmacology*. 1999 ; 14 (3) : 139-51.
26. WEISSMAN MM. The Epidemiology of suicide attempts, 1960-1971. *Archives of General Psychiatry*, 1974, 30, 737-746.
27. ZARIFIAN E. (Rapport), Mission Générale concernant la Prescription et l'Utilisation des Médicaments Psychotropes en France, mars 1996.

ANNEXES

RMO : MEDICAMENTS ANTIDEPRESSEURS.

Le traitement médicamenteux d'un patient déprimé n'est qu'un aspect de sa prise en charge, qui comporte d'autres mesures thérapeutiques (psychothérapies interpersonnelles, psychothérapies comportementales,...) et la prise en compte de facteurs sociaux. Sont exclus de ce thème : les troubles paniques avec ou sans agoraphobie, les troubles obsessionnels compulsifs, l'énurésie de l'enfant, les algies rebelles.

1. Il n'y a pas lieu d'associer systématiquement en début de traitement, à un antidépresseur :
 - un anxiolytique;
 - ou un hypnotique;
 - ou un thymorégulateur;
 - ou un neuroleptique.

Si l'importance de l'anxiété, de l'insomnie, de l'agitation, du risque de levée de l'inhibition, justifie une coprescription, celle-ci doit être brève et rapidement réévaluée.

2. Il n'y a pas lieu de prescrire en première intention plus d'un antidépresseur à doses antidépressives, lors de la mise en route du traitement d'un état dépressif.
3. Il n'y a pas lieu de poursuivre un traitement antidépresseur plus de 6 mois, après l'obtention de la rémission complète (période durant laquelle est observé une amélioration d'une qualité suffisante pour que le patient soit considéré comme asymptomatique) de l'épisode dépressif, sauf en cas d'antécédents d'épisodes dépressifs majeurs, caractérisés récurrents et rapprochés.

ITINERAIRES DES DEPRIMES,

Tableau 1 : Atteinte à la qualité de vie de la dépression et de différentes maladies chroniques (source : Wells, 1989)

	Capacités fonctionnelles		Occupations habituelles		Bien-être	
	Physique ⁷ (+) ⁸	Intégration sociale (+) ¹⁰	Activité ¹¹ (+)	Jours d'alitement ¹² (-)	Santé perçue ¹³ (+)	Douleur ¹⁴ (+)
Dépression	77,9	81,2	73,7	1,4	58,7	64,5
Hypertension	86,4 ¹	94,9 ¹	90,0 ¹	0,36 ¹	72,1 ¹	77,5 ¹
Diabète	81,5 ²	89,6 ¹	80,7 ¹	1,0 ²	64,2 ¹	76,3 ¹
Arthrite	80,6	92,1 ¹	83,6 ²	0,53 ¹	69,9 ¹	60,4
Angine de poitrine	71,2	89,8 ¹	72,4	0,30 ¹	60,8	70,0 ²
Maladies cardiaques	65,8 ¹	83,9	60,4 ¹	2,08	60,6	70,8 ¹
Problèmes gastriques	82,8	88,8 ¹	79,9	0,93	64,2 ¹	65,1
Absence de maladie chronique	88,1 ¹	94,6 ¹	90,6 ¹	0,41 ¹	75,7 ¹	76,2 ¹

¹P<0.0001 ; ²P<0.005

Tableau 2 : Poids des différentes classes de médicaments psychotropes prescrits pour une dépression (Source : Credes, 1992)

Psychotropes	% des conditionnements	
	1992	1989
Hypnotique	15,45	9,0
Tranquillisant	38,80	48,2
Neuroleptique	7,05	11,1
Antidépresseur	37,12	29,7
Psychostimulant	1,44	1,7
Antivertigineux	0,13	0,1
Total	100,0	100,0

⁷ Difficultés à faire du sport, à monter des escaliers, à marcher, à s'habiller, à se laver.

⁸ + : un score élevé indique des capacités ou un bien-être meilleurs

⁹ Rendre visite à des proches

¹⁰ - : un score élevé indique de moins bons résultats

¹¹ Activités telles que le travail ménager, le travail scolaire, l'activité professionnelle

¹² Nombre de jours passés au lit au cours des 30 derniers jours, du fait de la maladie

¹³ Perception de la santé : sentiment de bien-être, de maladie...

¹⁴ Douleur physique au cours du dernier mois

ITINERAIRES DES DEPRIMES,

Tableau 3 : Résultats du programme d'éducation de Gotland (Rutz, 1989)

	1982	1985
Taux de suicide	25/100 000	7/100 000
Nombre jours hôpital (moyenne)	30	15
Prescription d'antidépresseur en DDD ¹⁵ /1000 habitants	3.9	5.2
Prescription tranquillisant en DDD/1000 habitants	11.6	9.7

Tableau 4 : Coûts et bénéfices du programme d'éducation (Rutz)

Coûts du programme		Coûts directs de la maladie		Coûts indirects de la maladie	
Catégories	Montant SEK ¹⁶	Catégories	Montant SEK	Catégories	Montant SEK
Programme d'éducation	+212 000	Médicaments Antidépresseur	+242 000	Morbidity Jours arrêt maladie	-3 400 000
		Tranquillisant	-347 000		
		Jours sédation	-122 000		
		Nuits sédation	-227 000		
		<i>Net</i>	-227 000		
Pertes d'activité généralistes	+80 000	Soins hôpital jour	+-0	Mortalité	-140 600 000
Pertes d'activité enseignants	+77 000	Soins hospitalisation	-11 250 000	Nombre suicide	
Total	+369 000	Total	-11 477 000	Total	-144 000 000
Profit net	155 500 000				

¹⁵ Defined Daily Dosages

¹⁶ SEK : couronne suédoise. 1 SEK = 0,8FF

Figure 1

Prise en charge des dépressifs
(Source: Henry, 1993)

