

LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ANXIO-DEPRESSIFS EN MEDECINE COURANTE EN AUVERGNE (2000)

1. INTRODUCTION

La dépression est une pathologie fréquente qui concernerait, selon une enquête du Centre de Recherche d'Étude et de Documentation en Économie de la Santé (CREDES), 3% des Français. Dans la plupart des cas, ces patients sont pris en charge par le médecin généraliste (1) habituellement peu familiers de la nosologie psychiatrique moderne [DSM III-R de l'American Psychiatric Association (2), ICD 10 de l'Organisation Mondiale de la Santé (3)]. Par ailleurs, le diagnostic de dépression n'est posé que dans 50% des cas selon des études anglaises (4) car il est rendu difficile par la multiplication de plaintes somatiques, particulièrement quand la fatigue est au premier plan.

En effet, assez souvent, la recherche systématique de symptômes, notamment ceux qui n'auraient pas été spontanément exprimés par le patient, n'est pas l'objet direct du motif de la consultation de ce dernier un jour donné. En pratique, la fatigue, qui est quasiment toujours présente dans les dépressions, est parfois le seul des signes exprimés spontanément par le patient. Il est alors capital chez ces patients de rechercher systématiquement, à titre de « question - filtre », les critères majeurs de dépression, leur absence permettant d'écarter une dépression, leur présence justifiant une recherche approfondie des symptômes associés qui permettront de poser un diagnostic précis (5).

Les profils d'activité des Médecins Généralistes et quelques enquêtes montrent que le médecin de famille est en droit de penser qu'il est en première ligne pour les troubles anxieux (6, 7).

Une enquête de l'Institut de recherche néerlandais NIVEL sur le profil d'activité des médecins généralistes dans 30 pays d'Europe (6), coordonnée par le Réseau National de Téléinformatique pour des Maladies Transmissibles (RNTMT) pour la France, permet d'apprendre que les médecins généralistes français suivent en moyenne 1 480 patients, pratiquent 16,6 actes quotidiens durant 20 minutes chacun, et rendent 27 visites hebdomadaires. A la question : pour quelles pathologies de médecine générale pensent-ils être en première ligne ? Les troubles anxieux sont cités dans 98%, devant les problèmes ORL de l'enfant et les maladies d'expression cardio-vasculaire (douleurs thoraciques) (8).

Des enquêtes récentes, dont celles de l'INSERM (juin 1996), montrent la fréquentation des cabinets de médecins généralistes par les jeunes adolescents (3 jeunes sur 4) (9), et la prévalence nette des consultations pour troubles anxieux en médecine générale. Aussi, les médecins généralistes parlent-ils de crises d'angoisse aiguë, voire de spasmophilie. Selon une enquête du Réseau Sentinelle effectuée en juin 1995, les crises d'angoisse aiguë en médecine générale nécessiteraient 320 000 heures par an de consultations de généralistes en France (10, 11).

En raison de la fréquence élevée, autour de 20%, des troubles anxieux et dépressifs en consultation de médecine générale (12, 13, 14, 15, 16), les praticiens sont confrontés quotidiennement à des patients anxieux et au traitement de leurs troubles. On évoque classiquement à ce propos les demandes insistantes des patients en substances psychotropes. Pourtant, l'épidémiologie de l'anxiété en médecine générale demeure peu documentée (17).

2. LE DIAGNOSTIC POSITIF

2.1 L'anxiété

L'anxiété est un trouble fréquemment rencontré en médecine générale et de nombreux auteurs se sont attachés à distinguer l'anxiété-trait et l'anxiété-état (18, 19, 20). Cette notion confronte le praticien au problème difficile de la prescription des anxiolytiques. L'anxiété-trait se rapporte à une tendance habituelle à être anxieux, alors que l'anxiété-état se rapporte à l'anxiété ressentie à un moment particulier (21). Tous les auteurs s'accordent pour dire que l'anxiété est une entité clinique qui peut être associée à toutes les affections psychiatriques (22). En effet, elle apparaît fréquemment en association avec des épisodes dépressifs. Il peut s'agir de dépression majeure, de dysthymie, de troubles bipolaires, de schizophrénie ou d'abus de substances toxiques. Dans la pratique clinique, on constate qu'il est difficile d'évaluer correctement la prévalence de cette anxiété comme une dimension indépendante, tant il existe de ressemblance et d'intrications complexes avec la dépression. C'est ainsi que les sujets atteints de dépression majeure obtiennent des scores élevés aux échelles d'anxiété (22). Il semble même que lorsqu'un épisode dépressif vient compliquer une dysthymie, les scores d'anxiété sont supérieurs à ceux des troubles anxieux purs (23, 24).

Selon les critères du DSM III-R les troubles correspondant au tableau clinique d'anxiété généralisée sont les suivants (25) :

Critères DSM III-R Troubles de l'anxiété généralisée
Soucis injustifiés ou excessifs Tension motrice 1. tremblements , secousses 2. Tension, douleurs 3. Fébrilité 4. Fatigabilité
Hyperactivité neurovégétative 5. Souffle « coupé » 6. Palpitations 7. Transpiration 8. Sécheresse buccale 9. Etourdissement, lipothymies 10. Nausées, diarrhée 11. Bouffées de chaleur 12. Pollakiurie 13. Boules dans la gorge
Exploration hypervigilante de l'entourage 14. Sensation d'être survolté 15. Réaction de sursaut 16. Difficulté de concentration 17. Difficulté d'endormissement 18. Irritabilité

2.2 La dépression

Les états dépressifs présentent une unité :

- clinique : il s'agit d'un syndrome relativement constant avec sa composante axiale et ses symptômes associés,
- physiopathologique : un dysfonctionnement synaptique existe avec ses répercussions sur les systèmes noradrénergique et sérotoninergique,
- psychopathologique : le syndrome obéit à la conception de la dépression à partir du modèle freudien du deuil
- thérapeutique : les états dépressifs répondent favorablement à un certain type de psychotropes, les antidépresseurs.

Ils présentent également une diversité :

- le syndrome dépressif peut se rencontrer dans toute la pathologie psychiatrique. La séméiologie en est marquée par la structure sous-jacente : de la dépression chez les sujets névrosés aux caractères spécifiques de la mélancolie. C'est donc un syndrome qui nécessite un diagnostic nosologique.
- le risque majeur est le suicide. Il faut savoir évaluer le risque suicidaire qui existe à toutes les étapes de l'évolution de la maladie. La vie du patient est en danger.

L'humeur dépressive s'exprime dans le discours du patient et dans son corps. La tristesse pathologique est à différencier de la tristesse normale. Il s'agit d'un vécu pessimiste, d'une péjoration de l'avenir, d'un sentiment d'insatisfaction, de dévalorisation, de culpabilité, d'une diminution de l'estime et de la confiance en soi. La douleur morale est constituée de culpabilité, d'indignité et d'incurabilité.

L'inhibition psychique se manifeste par des troubles de l'idéation, des troubles de la mémoire, un désintérêt.

L'inhibition motrice quant à elle se traduit par :

- le ralentissement moteur avec des gestes lents, maladroits, des soupirs, une mimique pauvre.
- l'asthénie (80% des cas), exprimée par une difficulté à la mise en train, un manque d'élan.
- l'aboulie se manifestant par un sujet qui doute, hésite, est perplexe devant une situation où il devrait agir.

Les symptômes d'accompagnement sont représentés essentiellement par l'anxiété. L'anxiété est un affect vécu sur le mode d'une crainte, d'une peur d'un danger indéterminé, à venir. Elle n'est pas la dépression, elle n'entre pas dans le syndrome basal de la dépression, cependant, elle est fréquemment associée aux états dépressifs. Elle peut aussi se manifester dans des symptômes somatiques pouvant poser des problèmes délicats de diagnostic.

D'autres perturbations sont quasi constantes et ont un caractère extrêmement pénible.

Ainsi, le sommeil n'est pas réparateur. Il s'agit rarement d'hypersomnie, presque toujours d'insomnies. Les modifications du caractère sont vécues douloureusement par le patient ; ce changement est aussi ressenti par l'entourage. Le patient devient irritable, hostile, intolérant aux autres, aux bruits, impulsif, parfois violent. Le vécu est celui d'une incompréhension qui renforce le sentiment d'isolement.

Enfin, les troubles somatiques manquent rarement. Parfois, ce sont les seuls signes de la dépression comme dans les « dépressions masquées ». Presque tous les malades attirent l'attention sur leurs malaises somatiques. Nous ne retiendrons que les principaux :

- l'amaigrissement et les troubles alimentaires sont marqués par la restriction alimentaire qui peut aller du manque d'appétit au refus simple, jusqu'à l'absence totale d'alimentation
- les troubles digestifs (état saburral, nausées, vomissements, constipation, douleurs abdominales erratiques,)
- les troubles cardio-vasculaires (hypotension, phénomènes vasomoteurs, avec pâleur, palpitations,....)
- les troubles endocriniens (impuissance, frigidité, aménorrhée,...)
- les troubles algiques (céphalées rebelles aux traitements spécifiques, lombalgies, dorsalgies hautes, impression de « corps douloureux »,)(26).

3. LES ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES

La majorité des études épidémiologiques (27) menées en consultation omnipraticienne ont objectivé que les troubles psychiatriques mineurs représentaient le premier motif de demande de soins. La prévalence des troubles psychiques en médecine générale serait de 16 à 43% selon Barrett et al. en 1988 (28).

3.1 L'anxiété

L'omnipraticien demeure l'interlocuteur privilégié des patients souffrant de troubles anxieux et/ou dépressifs, qui représentaient plus d'un tiers des consultants en médecine générale (29, 30). Ainsi, l'anxiété et la dépression représenteraient 90% des problèmes psychiatriques rencontrés par l'omnipraticien (31).

Les différentes enquêtes menées en population générale font état d'une prévalence de 2,9 à 22% pour les troubles anxieux non spécifiés, de 1,6 à 7,6% pour le « trouble anxieux généralisé » (TAG). Une synthèse des études conduites en population générale figure dans le tableau I de la page suivante.

Tableau 1: Etudes en population générale

	Nbre de cas	Durée	trouble « anxiété généralisée » (%)	Anxiété non spécifiée (%)	Trouble panique (%)	Phobies (%)
Agras et al., 1969	325	p ⁽¹⁾				0,8
Marks et al., 1973	-			3,4		
Vaisänen, 1975	991					18,7 ⁽²⁾
Weismann et al., 1978	511	p	2,5	4,3	0,4	1,4
Orley et al., 1979	206					15 ⁽²⁾
Schwab et al., 1979	1 645					16 ⁽²⁾
Hooper et al., 1979		3 mois		1,6		
Costello, 1982	444					19,7 ⁽²⁾
Bebbington et al., 1982	800	1 mois	7,6	2,9		0,2
Angst et al., 1983	600	1 an	2,3	8,4	3,1	3
Uhlenhuth et al., 1984	3 161	1 an	6,4			3,5
Myers et al., 1984 (ECA)	11 506	6 mois			0,8	12,5
Kessler et al., 1985	166	6 mois	6,4		1,6	37,2 ⁽²⁾
Sireling, 1985	143	14 mois	5,5		2,5	2,5
Surtees et al., 1986	576			7,6		
Wittchen, 1986	1 504	6 mois		8,1	1,1	7,7
Von Korff et al., 1987	1 242	4 mois	4,6		1,4	
Barrett et al., 1988	260	15 mois	2,9	4,1		
Ormel et al., 1991	1 450	14 mois	1,8	22,7		

(¹) Prévalence ponctuelle ; (²) Symptômes.

3.2 La dépression

En France, on recense chaque année plus de 12 000 morts par suicide. Pas moins de 60% des suicides sont liés à un état dépressif, les hommes déprimés se suicidant 2 à 3 fois plus souvent que les femmes. En dehors du sexe masculin, les antécédents familiaux de suicide, les événements de vie ayant une signification de rupture ou de perte (séparation, ; divorce, deuil, chômage, ...), la sévérité de l'accès dépressif, l'existence de symptômes traduisant une perte du contact avec la réalité, les éveils matinaux précoces répétés, un sentiment de désespoir, la perte de plaisir, d'intérêt et l'existence d'un alcoolisme associé constituent les facteurs de risque essentiels (32).

La morbidité est l'ensemble des données qui reflètent la fréquence de la maladie dépressive dans la population. L'étude de la morbidité dépressive repose sur deux indices essentiels : l'incidence et surtout la prévalence.

Les données épidémiologiques récentes (33) confirment l'importance de la maladie dépressive dans ces différentes formes : épisode dépressif majeur isolé, trouble dépressif récurrent, trouble affectif bipolaire, trouble dysthymique, ...

La prévalence ponctuelle de la symptomatologie dépressive évaluée à l'aide d'autoquestionnaires est estimée à environ 10% de la population générale. Néanmoins, en fonction du mode de dépistage et des critères retenus pour poser le diagnostic de dépression, ces chiffres de prévalence varient de 6,5% à plus de 20%.

La dernière étude réalisée en population générale sur tout le territoire des Etats-Unis a retrouvé une prévalence annuelle des épisodes dépressifs majeurs s'élevant à 7,7% chez l'homme et à 12,9% chez la femme. La prévalence sur la vie entière est dans cette étude de 17,1% pour l'ensemble de la population. En France, une étude réalisée sur un échantillon représentatif de la population générale avec des instruments d'évaluation similaires indiquent des prévalences annuelles de 3,4% chez l'homme et de 6% chez la femme, et des prévalences sur la vie respectivement de 10,7 et de 22,4%. Au-delà des quelques divergences liées en partie à des aspects méthodologiques, ces études confirment dans tous les pays la fréquence élevée de la dépression majeure.

Le concept de trouble dysthymique, dépression peu intense mais chronique, est moins bien définie, même s'il fait l'objet de travaux de plus en plus nombreux. La prévalence sur la vie du trouble dysthymique se situe entre 2 et 6% de la population générale, selon les études.

Dans les pays industrialisés, la prévalence du trouble affectif bipolaire (maladie maniaco-dépressive) se situe autour de 1%.

L'étude des caractéristiques socio-démographiques recueillies auprès de larges échantillons de patients déprimés permet de détecter des facteurs prédisposant ou « facteurs de risque ». Les principales données concernent le sexe, l'âge, le statut marital et le statut socio-économique.

La prévalence de la dépression est environ deux fois plus élevée chez la femme. Parmi les nombreuses raisons invoquées (génétiques, hormonales, vécu psychologique différent, recours accru aux services de santé), aucune ne peut complètement expliquer cette différence. Le sexe-ratio serait encore plus marqué pour le trouble dysthymique, entre 2,5 et 3 femmes pour un homme, et semble varier selon l'appartenance ethnoculturelle (34).

4. LES ASPECTS THÉRAPEUTIQUES

4.1 La classification des antidépresseurs

Le groupe s'est enrichi récemment de nouveaux produits, de mécanismes d'action variés, et comprend, en 1998, plus de 20 médicaments. La meilleure connaissance de l'action de chaque antidépresseur sur les différentes monoamines cérébrales, après avoir laissé espérer une typologie pharmacoclinique des dépressions, s'avère être insuffisante comme seul critère pour guider le choix de l'antidépresseur. La classification thérapeutique des antidépresseurs est décrite dans le tableau 2 ci-dessous. Elle repose sur l'effet précoce, dès les premiers jours de traitement, du médicament, à distinguer de l'effet antidépresseur proprement dit, qui n'apparaîtra qu'au bout de 10 à 15 jours. On peut situer les différents antidépresseurs sur un axe sédatif-anxiolytique, et un rôle psychostimulant ou désinhibiteur (35). Le tableau 2 suivant synthétise ces notions :

Tableau 2: Classification thérapeutique des antidépresseurs

Pôle psychotonique	
<u>Antidépresseurs psychotoniques</u>	
Iproniazide	Marsilid
Toloxatone	Humoryl
Moclobémide	Modamine
Viloxine	Vivalan
Amineptine	Survector
Quinupramine	Kinupril
Désipramine	Pertofran
<u>Antidépresseurs intermédiaires</u>	
Fluoxétine	Prozac
Médifoxamine	Clédial
Imipramine	tofranil
Clomipramine	Anafranil
Tianeptine	Stablon
Amoxapine	Défanyl
Fluvoxamine	Floxyfral
<u>Antidépresseurs sédatifs</u>	
Dosulepine	Prothiaden
Miansérine	Athymil
Doxépine	Sinéquan
amitriptyline	Laroxyl
	Elavil
Maprotiline	Ludiomil
Timipramine	Surmontil
Pôle sédatif	

4.2 La classification pharmacologique

Le critère retenu pour cette classification (tableau 3) est la spécificité de la molécule vis-à-vis des trois principaux neuromédiateurs, la noradrénaline, la sérotonine et la dopamine. Certains auteurs ont proposé d'orienter le choix de l'antidépresseur en fonction de son mécanisme d'action supposé ; les patients déprimés agités et impulsifs réagissent mieux aux antidépresseurs sérotoninergiques, alors que les patients ralentis ou émoussés sur le plan affectif répondraient bien aux noradrénergiques. Le manque d'études contrôlées sur le sujet fait que cette classification biochimique des antidépresseurs reste pour l'instant d'un intérêt limité en pratique quotidienne.

Tableau 3: classification pharmacologique des antidépresseurs

Mode d'action	Nom commercial	Dénomination commune internationale
IMAO = action sur la noradrénaline, la sérotonine, la dopamine	Marsilid	Iproniazide
	Humoryl	Toloxatone
	Moclamine	Moclobémine
Action sur la noradrénaline et la sérotonine	Tofranil	Imipramine
Action prévalente sur la noradrénaline	Athymil	Miansérine
	Kinupril	Quinupramine
	Ludiomil	Maprotiline
Action prévalente ou exclusive sur la sérotonine	Laroxyl	Amitriptyline
	Elavil	
	Anafranil	Clomipramine
	Prozac	Fluoxétine
	Floxyfral	Fluvoxamine
	Stablon	Tianeptine
Action sur la dopamine	Survector	Amineptine
	Clédial	Médifoxamine

4.3 Les modalités de prescription du traitement antidépresseur

La posologie du traitement antidépresseur ne doit pas varier selon l'intensité de l'épisode dépressif ; si le médecin a posé l'indication d'un traitement, celui-ci doit toujours être prescrit à posologie efficace.

Le traitement antidépresseur est prescrit, soit à posologies rapidement croissantes (par exemple pour les tricycliques), soit à posologie efficace d'emblée (pour les IRS).

La répartition quotidienne des prises dépend de la demi-vie plasmatique du médicament ; beaucoup d'antidépresseurs peuvent être administrés en une seule prise par jour.

Un antidépresseur à pôle sédatif sera plutôt prescrit le soir, un antidépresseur stimulant le matin. Un traitement antidépresseur doit, sauf cas particulier, être prescrit en monothérapie (C.F. sur les Références Médicales Opposables). Une association à visée symptomatique (anxiolytique, hypnotique, ...) est envisageable, surtout en début de traitement, mais la nécessité de sa poursuite devra être fréquemment réévaluée.

Le traitement d'un épisode dépressif comporte trois étapes : le traitement de l'épisode aigu, le traitement de consolidation et, pour certains patients, le traitement préventif des récurrences.

Le traitement de l'épisode aigu (ou traitement initial) correspond à la période de traitement nécessaire pour obtenir une rémission complète des symptômes dépressifs.

Le traitement de consolidation (ou d'entretien) est destiné à éviter les rechutes ; à partir de la guérison clinique (disparition totale de la symptomatologie dépressive), la poursuite du traitement antidépresseur durant un minimum de 4 mois permettrait d'éviter les rechutes précoces.

S'il s'agit du premier épisode dépressif, la poursuite du traitement antidépresseur au-delà du quatrième mois après la guérison clinique est inutile et devient après 6 mois contraire aux RMO, qui pour mémoire figurent dans le tableau 4 ci-dessous. L'antidépresseur est arrêté après une période de diminution progressive de la posologie (des syndromes de sevrage après arrêt brutal de l'antidépresseur ont été décrits).

S'il existe un antécédent d'épisode dépressif (troubles dépressifs récurrents), il faut envisager un traitement de durée plus prolongée (afin d'éviter une éventuelle récurrence). La majorité des études ont montré la nécessité d'un traitement de durée supérieure à un an. En revanche, il n'existe pas actuellement de consensus sur la durée optimale d'un traitement préventif des récurrences, ni sur la posologie de ce traitement ; des études menées récemment montrent que les antidépresseurs (par rapport au placebo) continuent à être efficaces dans la prévention des récurrences au bout de 1, 2, 3 ans ou plus de traitement prophylactique.

Chez un patient bipolaire la prévention des récurrences repose sur les traitements thymorégulateurs (lithium, carbamazépine, valproate de sodium).

Tableau 4 : Références Médicales Opposables concernant les antidépresseurs (1997)

-
- 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 d'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 six mois, après l'obtention de la rémission complète de l'épisode dépressif, sauf en cas d'antécédents d'épisodes dépressifs majeurs caractérisés, récurrents et rapprochés.
-

5. OBJECTIFS

L'objectif principal de cette enquête est de décrire la prévalence des différents troubles psychiatriques de la série anxio-dépressive rencontrés dans la pratique de médecine générale en Auvergne ainsi que leurs modes de prise en charge thérapeutique (étude « avant »).

Une Intervention de Santé Publique, à type d'information par un référent psychiatre, est conduite à destination de l'ensemble des médecins du réseau participant à l'enquête. Le M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview) est un questionnaire permettant d'explorer de façon standardisée les principaux troubles psychiatriques. L'entretien diagnostique structuré est réalisé par le généraliste après une formation à l'utilisation de cet instrument.

L'objectif secondaire de cette enquête est de conduire une nouvelle évaluation de la prise en charge des pathologies anxio-dépressives qui sera réalisée après cette Intervention afin d'en mesurer l'impact (étude « après »).

6. PLAN EXPERIMENTAL

Il s'agit d'une enquête de type descriptif, prospective, de type « avant-après ».

7. POPULATION DE L'ENQUETE

7.1 *Les médecins*

100 médecins seront inclus dans l'enquête. La population à l'étude est l'ensemble des médecins généralistes exerçant en pratique courante de ville. Afin d'assurer une description de la pratique de prise en charge évaluée sur la série de patients, un échantillon de 100 médecins sera constitué à partir du réseau de l'A.D.I.M.

7.2 *Les patients*

Chaque médecin devra décrire la prise en charge globale des patients se présentant à sa consultation. Un nombre total de 200 patients sera recueilli sur la période de sélection, soit en moyenne 2 patients par médecin.

7.2.1 **Sélection des patients**

Les patients dont la prise en charge globale sera décrite par les médecins, devront répondre aux critères de sélection et de non sélection décrits aux paragraphes suivants. Il est essentiel de préciser que la prise en charge globale des patients ne sera aucunement modifiée par le protocole de cette enquête.

7.2.2 Critères de sélection des patients

Seront sélectionnés dans l'enquête les patients adultes de sexe masculin et féminin (≥ 18 ans) présentant une symptomatologie fonctionnelle motivant la consultation.

L'inclusion sera aléatoire et déclenchée par le centre de monitoring. Un appel téléphonique de l'Assistante de Recherche Clinique indiquera au médecin généraliste le prochain patient répondant aux critères de sélection. Cette inclusion sera réalisée sur 2 jours, à raison d'un patient par médecin et par jour.

7.2.3 Critères de non sélection des patients

Sont exclus du champ de l'enquête :
les patients dont la symptomatologie est évocatrice, sur le plan clinique, d'une affection traumatique ou d'une pathologie infectieuse aiguë.

8. ANALYSE STATISTIQUE

L'analyse statistique des données sera effectuée par l'A.D.I.M..

1. L'analyse vise à connaître les caractères de l'échantillon :
 - répartition par tranche d'âge, sexe, catégorie socio-professionnelle, niveau d'études, habitat urbain ou rural, secteur d'emploi, situation dans l'emploi, notion d'isolement social

1. L'analyse descriptive globale établira :
 - la fréquence des personnes suivies pour dépression
 - la durée moyenne de suivi
 - la fréquence des recours au psychiatre
 - la fréquence de traitement par une thérapie
 - la fréquence de la mise en place d'un traitement antidépresseur
 - la fréquence de la mise en place d'un traitement anxiolytique
 - le type d'antidépresseur
 - le type d'anxiolytique
 - la posologie moyenne de l'antidépresseur par type d'antidépresseur
 - la posologie moyenne de l'antidépresseur par type d'anxiolytique
 - la fréquence des consultations pour simple renouvellement
 - la fréquence pour modification de traitement
 - la fréquence de changement de l'antidépresseur
 - la nature du nouvel antidépresseur prescrit
 - la posologie du nouvel antidépresseur
 - la fréquence de changement de l'anxiolytique
 - la nature du nouvel anxiolytique prescrit
 - la posologie du nouvel anxiolytique
 - la fréquence de demande d'avis spécialisé
 - la fréquence des arrêts de travail prescrits
 - la durée moyenne des arrêts de travail
 - la fréquence des nouvelles consultations programmées

1. L'analyse du Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) établira selon l'algorithme de calcul propre à cet instrument un score, indicateur de diagnostic de :

- épisode dépressif majeur
- épisode dépressif majeur avec caractéristiques mélancoliques
- risque suicidaire
- épisode (hypo)-maniaque
- trouble panique
- agoraphobie
- phobie sociale
- trouble obsessionnel compulsif
- état de stress post-traumatique
- alcool (dépendance/abus)
- drogues (dépendance/abus)
- troubles psychotiques
- anorexie mentale
- boulimie
- anxiété généralisée
- trouble de la personnalité antisociale

1. Les scores du MINI seront calculés dans le groupe des patients dépressifs et traités comme tels et dans le groupe des patients non diagnostiqués comme dépressifs.

2. On mesurera la correspondance entre diagnostic de dépression porté par le médecin traitant et diagnostic porté grâce au MINI selon le tableau de contingence suivant :

		Médecin traitant	
		+	-
MINI	+		?
	-	?	

8.1 Population de l'enquête

Il s'agit de tous les patients inclus conformément aux critères de sélection se présentant pendant la période de sélection, ouverte sur 2 jours.

L'effectif de 200 patients correspond au nombre d'individus de l'échantillon permettant d'obtenir un intervalle de confiance acceptable en termes de précision de l'information ($= \pm 5\%$) sur des occurrences de l'ordre de 20%.

8.2 Méthodes statistiques

Les critères qualitatifs seront présentés sous forme de tableaux de contingence et les critères quantitatifs seront décrits par leurs moyenne, écart-type, médiane et avec leurs intervalles de confiance. Les tests statistiques appropriés seront utilisés en fonction du type de variables. Les tests seront décrits dans le plan d'analyse.

Les données manquantes seront identifiées en temps réel par une saisie au fur et à mesure du retour des questionnaires. Elles feront l'objet d'une interrogation complémentaire immédiate du médecin ayant procédé à la sélection afin de minimiser le nombre de données manquantes et de ne pas utiliser de méthodes de reconstruction de l'information altérant la fiabilité des données en général.

9. DEROULEMENT DE L'ENQUÊTE

9.1 Période de recueil

Elle se déroulera pendant 2 jours. Chaque patient consultant son médecin au cours de cette période et répondant aux critères de sélection se verra proposer par son médecin traitant d'entrer dans l'enquête et de fournir des informations médicales liées à sa pathologie.

9.2 Arrêts de l'enquête

L'A.D.I.M. peut décider à tout moment d'arrêter l'enquête dans les cas suivants :

- Insuffisances qualitatives ou quantitatives dans le recueil des données. Le contrôle de qualité instauré au cours du monitoring de l'enquête doit fournir les signaux d'alerte propres à entraîner une correction de la situation : relances téléphoniques aux médecins, rencontres face à face avec l'ARC ;

L'arrêt prématuré de l'enquête peut aussi intervenir à la demande du médecin dans le centre investigateur.

10. PROCÉDURES DE RECUEIL DES DONNÉES ET MONITORING

10.1 Recueil des données

Les cahiers d'observation seront fournis par l'A.D.I.M.. Ils seront remplis par les médecins au stylo à bille à l'encre noire, en lettres capitales. L'anonymat du médecin sera respecté par l'utilisation d'un numéro de trois chiffres. Quant au patient dont la prise en charge aura été décrite sur les questionnaires, seul le médecin traitant possédera un code permettant d'identifier son patient qui sera noté sur une feuille de correspondance. Celle-ci sera conservée par le médecin.

Toutes les cases devront être complétées. Le médecin précisera N.A. (non applicable) accompagné d'une justification, N.D. (non disponible) ou N.F. (non fait) en fonction des situations et aux endroits appropriés. Les modifications ou les additions apportées devront être faites de la façon suivante : la donnée initiale devra être barrée d'un seul trait pour qu'elle reste lisible. La nouvelle donnée sera reportée à côté. Toute correction faite par le médecin doit être datée et paraphée par lui-même.

L'original des documents de recueil des données sera adressé à l'A.D.I.M. La gestion des données sera effectuée au moyen des logiciels adaptés (ACCESS, EPI-INFO, SPSS), sous la responsabilité de l'A.D.I.M.

10.1.1 Questionnaires

Le recueil sera réalisé grâce à un cahier d'observation, contenant les variables suivantes :

1°) Informations socio-démographiques :

VARIABLES	FORMAT	TAILLE
Numéro Médecin	car α numérique	3
Numéro Patient	car α numérique	5
Âge	numérique	2
Sexe	M/F	1
Lieu de vie (urbain/ rural)	car α numérique	1
Niveau d'études	car α numérique	1
Catégorie Socio-Professionnelle (définitions de l'INSEE en annexe)	car α numérique	1
Secteur d'emploi	Public/Privé	1
Situation de l'emploi	car α numérique	1
Notion d'isolement social	Y/N	1

2°) Historique de la pathologie et facteurs de risque :

VARIABLES	FORMAT	TAILLE
Motif de la consultation	car α numérique	50
Quel est votre diagnostic sur le plan psychologique ?	car α numérique	50
Le patient présente d'autres pathologies	Y/N	1
Le patient a des antécédents personnels de dépression nerveuse	Y/N	1
Le patient a des antécédents familiaux de dépression nerveuse	Y/N	1

Actuellement, le patient est déjà traité pour dépression	Y/N	1
Si oui, Depuis quand ? en mois	numérique	2
Le patient a été vu par un psychiatre	Y/N	1
Le patient suit une thérapie	Y/N	1
Le patient suit un traitement	Y/N	1
Si oui, antidépresseur :	Y/N	1
lequel ?	car α numérique	50
Depuis quand ? en mois	numérique	2
anxiolytique :	Y/N	1
lequel ?	car α numérique	50
Depuis quand ? en mois	numérique	2
Autres traitements médicamenteux	Y/N	1
Si oui, lesquels ?	car α numérique	50

Votre attitude thérapeutique, ce jour est la suivante :

VARIABLES	FORMAT	TAILLE
Vous avez renouvelé l'ordonnance	Y/N	1
Si oui, AVEC les mêmes médicaments antidépresseurs et anxiolytiques	Y/N	1
Si non, vous avez prescrit un nouveau traitement	Y/N	1
Si oui, Un traitement antidépresseur	Y/N	1
Lequel	car α numérique	50
Un traitement anxiolytique	Y/N	1
Lequel	car α numérique	50
Vous avez demandé un avis spécialisé	Y/N	1
Vous avez prescrit un arrêt de travail	Y/N	1
Si oui, nombre de jours	numérique	2
Vous avez programmé une nouvelle consultation	Y/N	1

A ce questionnaire général s'ajoute le **Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)** qui évalue la symptomatologie.

10.1.2 Qualité des données

L'enquête fera l'objet d'une analyse qualitative de l'information avec tri à plat sur chacune des variables afin d'évaluer le pourcentage de données manquantes. Cette analyse qualitative sera faite en

continu afin de corriger par les moyens adaptés un éventuel fléchissement de la motivation des médecins.

10.2 Accès aux documents sources des patients

L'enquête peut faire l'objet d'une inspection par les Autorités de contrôle compétentes.

Un recours au dossier patient pour recueil complémentaire d'informations en cas de remplissage non satisfaisant des questionnaires, pourra être demandé au médecin.

10.3 Monitoring du centre

Le monitoring du centre sera principalement réalisé par téléphone au décours de la sélection des patients. L'intervention téléphonique comprendra :

- un rappel du schéma de l'enquête
- une présentation et une explication sur le mode de remplissage des questionnaires par l'ARC.
- les modalités de suivi par l'ARC : coordonnées téléphoniques, déplacements si nécessaires.

Le suivi des sélections, médecin par médecin ainsi que la qualité des données saisies pour chacun d'eux fera l'objet d'un suivi personnalisé à raison de 2 contacts téléphoniques par médecin pendant la période de sélection.

Ce suivi permettra un retour d'information au médecin et sera un lien indispensable à la qualité de l'enquête.

La saisie des données en temps réel permettra de contrôler la qualité du recueil qui, si elle pose problème, entraînera un contact téléphonique et éventuellement une visite.

11. MATÉRIEL DE L'ENQUETE

- 2 questionnaires : questionnaire général et questionnaire M.I.N.I.
- lettre d'information au patient
- protocole
- enveloppes T

12. REGLES JURIDIQUES APPLIQUABLES

12.1 Soumission au Conseil National de l'Ordre des Médecins

Conformément à l'Article L.365-1 du code de la santé publique, communément appelé DMOS, (loi DMOS du 27/01/93, modifiée par la loi du 18/01/94), les activités de recherche ou d'évaluation scientifique doivent faire l'objet d'une convention soumise aux instances ordinales compétentes. Le caractère national de l'enquête implique la soumission du protocole au Conseil National de l'Ordre des Médecins.

12.2 Soumission à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés - CNIL - (loi n° 78-17 du 06/01/78 complétée par la loi n° 99-641 du 27/07/99 : J.O. du 28 juillet 1999 et décret n° 99-919 du 27 octobre 1999 : J.O. du 31 octobre 1999).

Seront fournis à cet organisme :

- le protocole de recherche de l'enquête ;
- les mesures envisagées pour informer individuellement les personnes et préserver leurs droits ;
- un descriptif des moyens informatiques ;
- les clauses de confidentialité ;
- les mesures de sécurité des traitements et des informations.

13. DIVULGATION DES DONNÉES

13.1 Responsabilités mutuelles

L'A.D.I.M. et les médecins participants ont la responsabilité conjointe des données fournies avant l'enquête et obtenues pendant celle-ci.

Les données anonymes seront transmises à l'A.D.I.M. et à aucune autre personne physique ou morale.

L'A.D.I.M. s'engage à conserver ces données anonymes uniquement aux fins de traitement statistique et comme documents sources susceptibles de servir de vérifications aux résultats présentés.

13.2 Confidentialité

Toute information recueillie par le médecin, en liaison avec les résultats de l'enquête, y compris les informations fournies par l'A.D.I.M., sont confidentielles. La communication d'informations à des tiers se limite aux personnes amenées à délivrer un avis scientifique ou éthique concernant l'enquête et aux médecins participant à l'enquête.

Un engagement de confidentialité est adressé à la CNIL par l'ADIM.

13.3 Publications

Les résultats de cette enquête restent la propriété exclusive des différents partenaires ayant mutualisé leurs moyens pour réaliser cette enquête.

14. ASSURANCE

Un contrat d'assurance (contrat n° 75/1 171 620), conformément à l'Article L.209-7 du Code de la Santé Publique est souscrit auprès de la Compagnie SOFRAS 6, place Bellecour 69002 LYON. Cette assurance couvre la responsabilité des différents intervenants.

L'assurance Responsabilité Civile Professionnelle du Médecin doit être à jour de cotisation. L'A.D.I.M. s'engage à recueillir cette information auprès de chacun des médecins inclus dans l'enquête.

La responsabilité civile du médecin est engagée à titre individuel dans l'enquête comme en dehors de l'enquête pour tout acte lié à sa pratique professionnelle.

15. PROCÉDURES D'ASSURANCE QUALITÉ - AUDITS

Conformément aux Bonnes Pratiques Cliniques et aux Bonnes Pratiques des Méthodes d'Évaluation Économiques des Stratégies Thérapeutiques, les activités suivantes peuvent être vérifiées :

- audit des documents relatifs à l'enquête,
- audit chez le médecin, nécessitant l'accès aux locaux et la consultation directe des documents relatifs à l'enquête, y compris le dossier du patient,
- audit de la base des données informatiques de l'A.D.I.M.,
- audit du rapport de fin de l'enquête.

Dans tous les cas, les règles de confidentialité relatives à l'anonymat du patient seront respectées. Les médecins devront conserver le double du questionnaire pendant une période d'au moins 5 ans. L'A.D.I.M. conservera les originaux pendant la même période.

16. CALENDRIER PRÉVISIONNEL DE L'ENQUÊTE

16.1 Début et durée du recrutement

La période de sélection des patients débutera dès la réception de l'avis favorable des instances réglementaires (CNIL, CNOM), et durera 1 mois, le calendrier restant ensuite à définir en ce qui concerne l'Intervention de Santé Publique (formation des médecins généralistes par un psychiatre).

L'étude « après » de cette enquête est prévue courant 2001.

17. BIBLIOGRAPHIE

1. LECOMTE T

Aspects socio-économiques de la dépression. Paris : Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé : 1998 Sept. Report n°774

2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

Diagnostic and statistical manual of mental disorders, third edition, revised. Washington DC : APA, 1987

3. WORLD HEALTH ORGANISATION

ICD 10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostics guidelines. Geneva : WHO, 1992

4. FREELING P, RAO BM, PAYKEL ES et al.

Unrecognized depression in general practice. Br Med J 1985 ; 290 :1880-3

5. MAURICE-TISON S, BOURGEOIS M, PEREZ P, SALAMON R.

Fatigue et signes de la série dépressive en médecine générale en Aquitaine. L'encéphale, 1994 ;XX :611-4

6. CHAUVIN P

Enquête sur les profils d'activité des MG en Europe. Sentinelle, 1995 ;2^e trim 1995,8 :4

7. LEPINE JP.

Troubles paniques. Revue du Praticien. 1995 ;45 :11-3

8. VINCENT T.

Thèse, Faculté de Médecine de Marseille, mars 1990

9. MONJEAN M.

Fil santé jeunes. Impact Med Hebd. Février 1996 :42

10. FLAHAULT A, DANGOUMAU L, THOMAS G.

Sentinelle, Avril 1996

11. BOURGEOIS M.

La crise d'angoisse paroxystique, point de vue de l'omnipraticien. L'encéphale, 1996 ;SpV-10 :9-10

12. HOEPER EW, NICZ GR, CLEARY PD.

Estimated prevalence of mental disorders in primary medical care. Int J Ment Health 1978 ;8 :6-15

13. ZUNG WWK.

Prevalence of clinically significant anxiety in a family practice setting. Am J Psychiat 1986 ;143 :1471 :2

14. SIRELING LI, PAYKEL ES, FREELING P et al.

Depression in general practice. Br J Psychiatr 1985 ;147 :113-9

15. SURTEES PG, SASHIDHARAN SP, DEAN C.

Affective disorders amongst women. A longitudinal study. Br J Psychiatr 1986 ;148 :176-86

16. VON KORFF M, SHARPIRO S, BURKE JD et al.

- Anxiety and depression in a primary care clinic. Arch Gen Psychiat 1987 ;44 :152-6
17. MARTIN C, MAURICE-TISON S, TIGNOL J.
Les troubles anxieux en médecine générale : fréquence – traitement. Enquête auprès du Réseau Sentinelle Aquitaine. L'encéphale 1998 ;XXIV :120-4
18. DE BONIS M, FERREY G.
Anxiété-trait, anxiété-état : changement réel, changement apparent. Encéphale 1975 ;1 :53-60
19. SPIELBERGER CD.
Theory and Research on anxiety, In : Spielberger CD, ed Anxiety and Behavior. San Diego, CA : Academic Press, 1966 :3-20
20. SPIELBERGER CD.
Anxiety as an emotional state. In : Spielberger CD, ed. Current trends in theory and research. San Diego, CA :Academic Press, 1972 ; voll :24-49
21. LADER MH, MARKS IM.
Clinical Anxiety. London : Heineman, 1971
22. WETZLER S, KATZ MM.
Problems with the differentiation of anxiety and depression. J Psychiatr Res 1989 ;23 :1-12
23. DI NARDO PA, BARLOW DH.
Syndrome and symptom co-occurrence in the anxiety disorders. In : Maser JD, Cloninger CR, eds. Comorbidity of Mood and Anxiety Disorders, Washington, DC :American Psychiatric Press Inc, 1990 :205-30
24. JOUVENT R, BUNGENER G, MORAND P, MILLET V, LANCRENON S, FERRERI M.
Distinction trait-état et anxiété en médecine générale. Etude descriptive. L'encéphale, 1999 ;XXV :44-
25. RASKIN A, SCHULTERBRANT J, REATIG N.
Replication factors of psychopathology interview, ward behavior and self ratings of hospitalized depressives. J Nerv Ment Dis 1969 ;148 :87-98
26. BRIOLE Guy
Le médecin généraliste face au patient déprimé. Mots et Images - Toulouse. Janvier 1993 : 1-16
27. ROUILLON F, THALASSINOS M, FERRERI M, PARQUET P, SAMULIAN JC.
Etude clinique et épidémiologique du trouble “anxiété généralisée” en médecine générale. L'encéphale, 1994 ; XX : 103-10
28. BARRETT JE, BARRETT JA, OXMAN TE, GERBER PD.
The prevalence of psychiatric disorders in a primary care practice. Arch Gen Psychiatry, 1988 ; 45 :1100-6
29. LEMPERIERE T.
La dépression dans les populations médicales. Psychiatr Psychobiol 1988 ;3 :71-83
30. ORMEL J, MAARTEN WJK, BRINK W, WIZLIGE G.
Recognition, management and course of anxiety and depression in general practice. Arch Gen Psychiatry 1991 ;48 :700-6

31. GOLDBERG D.
Detection and assessment of emotional disorders in a primary care setting. *Int J Ment Health* 1979 ;
8 :30-48
32. HARTMAN F.
Suicide et dépression. In OLIE JP, POIRIER MF, LÔO H. *Les maladies dépressives*, Flammarion coll,
Médecine-Sciences, 1995 ; p.45-51
33. ROUILLON F, LEON E.
Epidémiologie. In OLIE JP, POITIER MF, LÔO H. *Les maladies dépressives*, Flammarion coll,
Médecine-Sciences, 1995 ; p.274-281
34. LÔO H, GALLARDA T.
La maladie dépressive. Flammarion Eds. Juin 1997 : 41-3
35. PHAM-SCOTTEZ A.
Le choix d'un traitement antidépresseur. *Presse Médicale* 1998 ;27 :2145-50