

LA PRISE EN CHARGE
DES PATIENTS
DEPRESSIFS
EN MEDECINE
COURANTE

Mis en œuvre par l'ADIM

Janvier 2001

URCAM Auvergne

Il convient de rappeler ici l'enquête sur la prise en charge des patients anxio-dépressifs en Auvergne, ayant fait l'objet d'un protocole adressé à la CNIL en avril 2000 (demande d'autorisation n° 701591).

L'objectif fixé dans ce protocole, ayant fait l'objet d'une autorisation en date du 19 juin 2000 prévoyait :

« 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 »). »

Cette enquête « avant » s'est achevée le 31 janvier 2001 et a fait l'objet d'un rapport adressé au commanditaire, c'est-à-dire l'URCAM Auvergne.

Cette enquête met en lumière des faits saillants qu'il convient de rapprocher des conclusions récentes du rapport « Itinéraire des déprimés » élaboré par un groupe d'experts. (Président : Pr P. J Parquet, ; experts et cliniciens : Dr H. Cuhe, Pr G. Darcourt, Pr M. Ferreri, Pr P. Frimat, Pr R. Fuhrer, Pr R. Launois, Dr M F Moles, Pr J. P. Olié, Dr L. Chevalier, Dr N. Regensberg et Dr P. de La Selle).

En ce qui concerne les patients présentant un syndrome anxio-dépressif, on observera que :

- Une très grande majorité de femmes constitue le contingent des individus présentant cette pathologie (8 femmes pour 2 hommes)
- 1 sujet sur 2 a un âge compris entre 26 et 50 ans (la moyenne d'âge étant 46,3 ans) et que 4 sur 10 ont plus de 50 ans. La part des 16-25 ans représente 8 % du recrutement.
- 1/3 des patients ont un niveau éducatif inférieur ou égal au primaire
- 1/3 des patients sont employés, 1/5 est sans activité professionnelle
- 1 patient sur 2 est actif
- Enfin, un isolement social est présent 1 fois sur 6.

En ce qui concerne les pratiques médicales et la prise en charge de ces patients, on observera que 4 principaux diagnostics sont déclarés par les médecins généralistes :

- Dépression réactionnelle : 1 fois sur 2
- Névrose d'angoisse : 1 fois sur 5
- Dépression et anxio-dépression : 1 fois sur 5
- Anxiété : 1 fois sur 10
- La notion d'anxiété étant évoquée globalement 1 fois sur 2.

Les diagnostics précis – correspondant à la classification du DSM-IV – ne sont cités qu'exceptionnellement. D'autres n'entrent dans aucun cadre nosologique classique (somatisation anxieuse, paranoïa, ...).

Ainsi l'épisode dépressif majeur est cité 1 fois, de même que trouble obsessionnel (2 cas), cyclothymique (2 cas), dépression anaclitique (1 cas), dépression chronique (3 cas), dépression dans le cadre d'une névrose (1 cas), dépression endogène bipolaire (2 cas), dépression masquée (1 cas), dépression et agoraphobie (1 cas), dépression mélancolique (1 cas), psychose maniaco dépressive (2

cas), névrose hystérique (2 cas), névrose phobique (2 cas), paranoïa (1 cas), rechute dépression (1 cas), somatisation anxieuse (2 cas).

Le MINI est un algorithme classant qui permet de repérer des diagnostics conformes au DSM – IV après un interrogatoire standardisé du patient, imposant la lecture d'un questionnaire pré-établi (C.F. ANNEXE 1). Le praticien n' a donc d'autre choix que de se laisser guider, l'algorithme conduisant de façon scientifiquement validée au diagnostic précis concernant le patient soumis à l'entretien.

Les résultats de la confrontation MINI test / diagnostic du médecin interpellent :

Alors que la notion d'épisode manique est cité 3 fois par les médecins généralistes, ce diagnostic est retrouvé par le MINI 1 fois sur 6 chez les 175 patients de l'enquête.

Des diagnostics ne sont pas évoqués du tout par le médecin généraliste alors qu'ils sont révélés par le MINI, tels que :

TROUBLE PANIQUE

<i>TPSAA = Trouble Panique Sans Agoraphobie Actuel</i>	<i>10,3 %</i>
<i>TPAAA = Trouble Panique Avec Agoraphobie Actuel</i>	<i>8,6 %</i>
<i>ASATPA = Agoraphobie Sans Antécédents de Trouble Panique Actuel</i>	<i>20 %</i>

PHOBIE SOCIALE

<i>PSA = Phobie Sociale Actuel</i>	<i>18,3 %</i>
------------------------------------	---------------

TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF

<i>TOCA = Trouble Obsessionnel Compulsif Actuel</i>	<i>4,6 %</i>
---	--------------

ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

<i>ESPTA = Etat de Stress Post-Traumatique Actuel</i>	<i>10,9 %</i>
---	---------------

DEPENDANCE ALCOOLIQUE / ABUS D'ALCOOL

<i>DAA = Dépendance Alcoolique Actuel</i>	<i>3,4 %</i>
<i>AAA = Abus d'Alcool Actuel</i>	<i>8 %</i>

TROUBLES LIES A UNE SUBSTANCE (NON ALCOOLIQUE)

<i>DSA = Dépendance à une (des) Substance(s) Actuel</i>	<i>3,4 %</i>
<i>ASA = Abus de Substance(s) Actuel</i>	<i>3,4 %</i>

ANOREXIE MENTALE

<i>AMA = anorexie Mentale Actuel</i>	<i>0,6 %</i>
<i>BA = Boulimie Actuel</i>	<i>1,1 %</i>

Ces constats conduisent à citer les conclusions du président du groupe d'experts précédemment évoqué : « Comme le souligne le Professeur Parquet, le terme « Dépression » recouvre des réalités bien différentes pour le grand public et le monde médical. Pour les uns, il est fondé sur la notion de souffrance et d'invalidation sociale qu'amène le trouble dépressif ; pour les autres, il est centré sur la définition de la dépression et les modalités thérapeutiques. Cependant, leurs perceptions de la dépression se rapprochent sur un point essentiel : pour tous, il existe plusieurs formes de dépression. C'est la diversité de ses modes d'expression, son multidéterminisme, sa variabilité suivant l'âge, les situations... qui semblent poser un problème dans la population et au sein des experts ». Le rapport souligne un manque de connaissances sur les personnes qui souffrent de troubles dépressifs, leurs besoins, leurs attentes de soins, leur acceptabilité de la pathologie et des soins, l'idée qu'elles se font de la maladie et de leur soignant, leurs satisfactions et leurs espérances.

A partir des diagnostics validés que fournit le MINI test, on observera le rôle de certains facteurs sur l'apparition de tableaux cliniques particuliers.

Ainsi :

L'importance du sexe, avec davantage de Phobie Sociale Actuel (PSA) et Agoraphobie Sans Antécédents de Trouble Panique Actuel (ASATPA) chez les femmes, plus de Dépendance à une (des) Substance(s) Actuel (DSA) et Abus de Substance(s) Actuel (AAA) chez les hommes.

L'importance de l'isolement social, l'Episode Dépressif Majeur Actuel (EDMA) se rencontrant beaucoup plus fréquemment en cas d'isolement, de même que la Dépendance Alcoolique Actuel (DAA).

L'importance de la situation de l'emploi, le chômage entraînant davantage de Dépendance à une (des) Substance(s) Actuel (DSA) et Abus de Substance(s) Actuel (ASA).

L'importance des antécédents personnels de dépression, ces antécédents étant plus liés à l'apparition d'Episode Maniaque Passé (EMP) et de Phobie Sociale Actuel (PSA).

L'importance des antécédents familiaux de dépression, ces antécédents étant plus liés à l'apparition d'Episode Maniaque (EM) et Episode Maniaque Passé (EMP).

L'âge, avec chez les 16-25 ans avec une plus grande fréquence de Dépendance à une (des) Substance(s) Actuel (DSA) et Abus de Substance(s) Actuel (ASA) et Anorexie Mentale Actuel (AMA), chez les 26-50 ans une plus grande fréquence d'Etat de Stress Post-Traumatique Actuel (ESPTA).

La CSP, les épisodes hypomaniaques (EH) semblant toucher davantage les cadres et les professions intermédiaires.

En ce qui concerne la prise en charge thérapeutique de ces patients présentant un syndrome anxio-dépressif, on observera que :

Lorsqu'un diagnostic Episode Dépressif Majeur Actuel (EDMA) est posé, un traitement antidépresseur n'est pas prescrit 1 fois sur 10 (8,5 % des cas) et un traitement anxiolytique n'est pas prescrit 1 fois sur 5 (18,3 % des cas).

Lorsqu'un diagnostic Episode Dépressif Majeur Avec Caractéristiques Mélancoliques Actuel (EDMACMA) est posé, un traitement antidépresseur n'est pas prescrit 1 fois sur 10 (8,5 % des cas) et un traitement anxiolytique n'est pas prescrit 1 fois sur 5 (19,1 % des cas).

- Lorsqu'un diagnostic Dysthymie Actuel (DA) est posé, un traitement antidépresseur n'est pas prescrit 1 fois sur 20 (5,4 % des cas) et un traitement anxiolytique n'est pas prescrit 3 fois sur 10 (29,7 % des cas).
- Lorsqu'un diagnostic Risque Suicidaire Actuel Léger (RSAL) est posé, un traitement antidépresseur n'est pas prescrit 1 fois sur 7 (13,8 % des cas) et un traitement anxiolytique n'est pas prescrit 1 fois sur 2,5 (37,9 % des cas).
- Lorsqu'un diagnostic Risque Suicidaire Actuel Moyen (RSAM) est posé, un traitement antidépresseur n'est pas prescrit 1 fois sur 13 (7,7 % des cas) et un traitement anxiolytique n'est pas prescrit 1 fois sur 6 (15,4 % des cas).
- Lorsqu'un diagnostic Risque Suicidaire Actuel Elevé (RSAE) est posé, un traitement antidépresseur n'est pas prescrit plus d'1 fois sur 10 (10 % des cas) et un traitement anxiolytique n'est pas prescrit 1 fois sur 10 (10 % des cas).

- Lorsqu'un diagnostic Episode Hypomaniaque Actuel (EHA) est posé, un traitement antidépresseur n'est pas prescrit 1 fois sur 7 (14,3 % des cas) et un traitement anxiolytique est toujours prescrit.
- Lorsqu'un diagnostic Trouble Panique Sans Agoraphobie Actuel (TPSAA) est posé, un traitement antidépresseur n'est pas prescrit plus d'1 fois sur 3 (33,7 % des cas) et un traitement anxiolytique n'est pas prescrit 1 fois sur 6 (16,7 % des cas).
- Lorsqu'un diagnostic Trouble Panique Avec Agoraphobie Actuel (TPAAA) est posé, un traitement antidépresseur n'est pas prescrit plus d'1 fois sur 4 (27,3 % des cas) et un traitement anxiolytique est toujours prescrit.
- Lorsqu'un diagnostic Agoraphobie Sans Antécédents de Trouble Panique Actuel (ASATPA) est posé, un traitement antidépresseur n'est pas prescrit plus d'1 fois sur 7 (13,3 % des cas) et un traitement anxiolytique n'est pas prescrit plus d'1 fois sur 4 (26,7 % des cas).
- Lorsqu'un diagnostic Phobie Sociale Actuel (PSA) est posé, un traitement antidépresseur n'est pas prescrit 1 fois sur 15 (6,7 % des cas) et un traitement anxiolytique n'est pas prescrit 1 fois sur 6 (16,7% des cas).
- Lorsqu'un diagnostic Etat de Stress Post-Traumatique Actuel (ESPTA) est posé, un traitement antidépresseur est toujours prescrit et un traitement anxiolytique n'est pas prescrit 1 fois sur 4 (25 % des cas).
- Lorsqu'un diagnostic Anxiété Généralisée Actuel (AGA) est posé, un traitement antidépresseur n'est pas prescrit près d'1 fois sur 7 (14,5 % des cas) et un traitement anxiolytique n'est pas prescrit 1 fois sur 4 (24,6 % des cas).

C'est sur ce constat global que l'Intervention de Santé Publique, à type de réunions de formation par un référent psychiatre sur l'ensemble du réseau des médecins de l'A.D.I.M. est conduite actuellement.

L'objectif secondaire initialement prévu consistait à conduire une nouvelle évaluation de la prise en charge des pathologies anxio-dépressives réalisée après cette *Intervention de Santé Publique* afin d'en mesurer l'impact (étude « après »). Cette enquête « après » se déroule actuellement .

L'enquête « après » ainsi réalisée a pour but de maintenir mobilisés l'ensemble des médecins du réseau A.D.I.M. sur cette pathologie qui constitue un véritable enjeu de Santé Publique.

En effet, ainsi que les experts du groupe de travail cités plus haut l'exprimaient dans leurs conclusions : « Comment reconnaître la dépression ? Vers qui se tourner ? Le rapport cité s'est attaché à mettre en évidence les représentations que la population se fait de la dépression, afin d'aider les patients à trouver l'interlocuteur et le traitement qui leur conviendront et leur permettront de supporter cette épreuve. Ce rapport a plusieurs objectifs. Il souhaite donner au public des informations qui lui permettent d'identifier les symptômes de la dépression, de savoir vers qui se tourner, d'aller consulter, de mieux comprendre la nature et les résultats des traitements. Certaines idées fausses doivent être redressées : la dépression est une maladie qui se soigne et dont on peut guérir, et non une faiblesse de caractère ; il n'existe pas de dépendance pharmacologique aux antidépresseurs (amalgame entre les différents psychotropes), ce qui justifie pour les experts un traitement d'environ six mois, voire le maintien de ce traitement à titre prophylactique lorsqu'il y a risque de survenue de nouveaux épisodes (bien qu'aucun antidépresseur n'ait l'AMM dans cette indication). Ce rapport devrait permettre aux

généralistes d'accéder à une meilleure information et à une meilleure formation sur la prise en charge de la dépression en leur en donnant des moyens et en favorisant les échanges et la création de réseaux de collaboration entre généralistes et psychiatres ; le rôle du médecin du travail dans le dépistage de la dépression doit également être mis en avant. (Le Quotidien du Médecin 2 mars 2001). »