



**HAL**  
open science

# Les facteurs influençant la prescription d'antidépresseurs en médecine générale

Camille Barré-Detrimont

► **To cite this version:**

Camille Barré-Detrimont. Les facteurs influençant la prescription d'antidépresseurs en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00832629

**HAL Id: dumas-00832629**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00832629v1>**

Submitted on 11 Jun 2013

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN**

---

***Année 2013***

***N° :***

**THESE POUR  
LE DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'État)

Par  
Mme Camille BARRE – DETRIMONT  
Née le 11/08/1985 à Reims (51)

Présentée et soutenue publiquement le 23 avril 2013

**LES FACTEURS INFLUENCANT LA PRESCRIPTION  
D'ANTIDEPRESSEURS EN MEDECINE GENERALE**

*Président du Jury : Pr Priscille GERARDIN*

*Directeur de thèse : Dr Alain MERCIER*

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2012 – 2013**

**U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN**

-----  
**DOYEN :** Professeur Pierre FREGER

**ASSESEURS :** Professeur Michel GUERBET

Professeur Benoit VEBER

Professeur Pascal JOLY

Professeur Bernard PROUST

**DOYENS HONORAIRES :**

Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. PIGUET-  
C.THUILEZ

**PROFESSEURS HONORAIRES :**

MM. M-P.AUGUSTIN - J.ANDRIEU-GUITRANCOURT -  
M.BENOZIO - J.BORDE - Ph.BRASSEUR - R.COLIN -  
E.COMOY - J.DALION - P.DESHAYES - C.FESSARD- J.P  
FILLASTRE - P.FRIGOT - J.GARNIER - J.HEMET -  
B.HILLEMAND - G. HUMBERT - J.M.JOUANY - R.  
LAUMONIER - Ph.LAURET- M.LE FUR - J.P.  
LEMERCIER - J.P LEMOINE- Mle MAGARD - MM.  
B.MAITROT - M.MAISONNET - F.MATRAY -  
P.MITROFANOFF - Mme A. M. ORECCHIONI - P.  
PASQUIS - H.PIGUET - M.SAMSON – Mme SAMSON-  
DOLLFUS – J.C. SCHRUB- R.SOYER - B.TARDIF -  
TESTART-J.M. THOMINE - C.THUILLEZ - P.TRON -  
C.WINCKLER - L.M.WOLF

<b>I - MEDECINE</b>
---------------------

**PROFESSEURS**

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
M. Bruno BACHY	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI moléculaire	HCN	Biochimie et Biologie

M. Jacques BENICHOU médicale 3	HCN	Biostatistiques et informatique
M. Eric BERCOFF	HB	Médecine interne (gériatrie)
M. Jean-Paul BESSOU vasculaire	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-
Mme Françoise BEURET-BLANQUART réadaptation	CR MPR	Médecine physique et de
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON tropicales	HCN	Maladies infectieuses et
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Alain CRIBIER	HCN	Cardiologie
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
M. Pierre CZERNICHOW santé	HCH	Epidémiologie, économie de la
M. Jean - Nicolas DACHER Médicale	HCN	Radiologie et Imagerie
M. Stéphan DARMONI Médicale/Techniques de communication	HCN	Informatique
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Philippe DENIS	HCN	Physiologie
M. Jean DOUCET Interne - Gériatrie	HB	Thérapeutique/Médecine –
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto-Gastro-Entérologie
M. Frank DUJARDIN Traumatologique	HCN	Chirurgie Orthopédique -

M. Fabrice DUPARC Orthopédique et Traumatologique	HCN	Anatomie - Chirurgie
M. Bertrand DUREUIL chirurgicale	HCN	Anesthésiologie et réanimation
Mlle Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie/Neurochirurgie 4
M. Jean-François GEHANNO	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
M. Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Fabrice JARDIN	HCN	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc KUHN métaboliques	HB	Endocrinologie et maladies
Mme Annie LAQUERRIERE pathologiques	HCN	Anatomie cytologie
M. Vincent LAUDENBACH chirurgicale	HCN	Anesthésie et réanimation
M. Alain LAVOINNE moléculaire	UFR	Biochimie et biologie
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE métaboliques	HB	Endocrinologie et maladies
M. Xavier LE LOET	HB	Rhumatologie
M. Jean-François LEMELAND	HCN	Bactériologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition

Mlle Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
M. Bertrand MACE cytogénétique	HCN	Histologie, embryologie,
M. Eric MALLET	HCN	Pédiatrie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mlle Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - obstétrique 5
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno MIHOUT	HCN	Neurologie
M. Pierre-Yves MILLIEZ reconstructrice et esthétique	HCN	Chirurgie plastique,
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
M. Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON maxillo-faciale	HCN	Stomatologie et chirurgie
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie-Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie

Mme Nathalie RIVES développement et de la reproduction	HCN	Biologie et médecine du
M. Jean-Christophe RICHARD Médecine d'urgence	HCN	Réanimation Médicale,
M. Horace ROMAN	HCN	Gynéco-Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
M. guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-Gastro-entérologue
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mlle Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie 6
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. François TRON	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît WEBER chirurgicale	HCN	Anesthésiologie Réanimation
M. Pierre VERA l'image	C.B	Biophysique et traitement de
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

#### **MAITRES DE CONFERENCES**

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy BELLIEU	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie

M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSSENS moléculaire	UFR	Biochimie et biologie
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Vincent COMPERE réanimation chirurgicale	HCN	Anesthésiologie et
M. Manuel ETIENNE tropicales	HCN	Maladies infectieuses et
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mme Catherine HAAS-HUBSCHER Réanimation chirurgicale	HCN	Anesthésie -
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER économie de la santé	HCN	Epidémiologie,
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire 7
Mme Lucie MARECHAL-GUYANT	HCN	Neurologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD moléculaire	HCN	Biochimie et Biologie
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL cytogénétique	HCN	Histologie, embryologie,
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
M. Eric VERIN	HCN	Physiologie

#### **MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES A MI-TEMPS**



M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Fabien DOGUET cardiovasculaire	HCN	Chirurgie thoracique et

**PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ**

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mme Michèle GUIGOT Techniques d'expression	UFR	Sciences humaines -

<b>II - PHARMACIE</b>
-----------------------

**PROFESSEURS**

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON	Biophysique
M. Jean COSTENTIN	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie 8
M. Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Neurophysiologie
M. Jean-Louis PONS	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Marc VASSE	Hématologie
M Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

## **MAITRES DE CONFERENCES**

Mlle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mlle Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mlle Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Roseline DUCLOS	Pharmacie Galénique
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Gilles GARGALA	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mlle Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Paul MULDER	Sciences du médicament

M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Rémi VARIN	Pharmacie Hospitalière
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

### **PROFESSEUR ASSOCIE**

Mme Sandrine PANCHOU	Pharmacie Officinale
----------------------	----------------------

### **PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE**

Mme Anne-Marie ANZELLOTTI	Anglais
---------------------------	---------

### **ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE**

M. Bérénice COQUEREL	Chimie analytique
M. Johann PELTIER	Microbiologie 10

<b>III - MEDECINE GENERALE</b>
--------------------------------

### **PROFESSEURS**

M. Jean-Loup HERMIL

### **PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :**

M. Pierre FAINSILBER	UFR	Médecine générale
M. Alain MERCIER	UFR	Médecine générale
M. Philippe NGUYEN THANH	UFR	Médecine générale

### **MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS :**

M. Emmanuel LEFEBVRE	UFR	Médecine générale
Mme. Elisabeth MAUVIARD	UFR	Médecine générale
Mme. Marie Thérèse THUEUX	UFR	Médecine générale

### **CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS :**

Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle HB – Hôpital de BOIS GUILLAUME CB - Centre HENRI BECQUEREL CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

### **LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE**

Mlle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
M. Roland CAPRON	Biophysique
M Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation, Economie de la Santé 11
Mlle Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean COSTENTIN	Pharmacodynamie
Mme Isabelle BUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
M. Jean-Louis PONS	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique

M. Marc VASSE	Hématologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

### **ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS**

#### **MAITRES DE CONFERENCE**

M. Sahil ADRIOUCH	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE	Biochimie et biologie moléculaire
M. Antoine OUVRARD-PASCAUD	Physiologie

#### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

M. Marion TOSI	Biochimie et biologie moléculaire
M. Serguei FETISSOV	Physiologie
Mme Su RUAN	

HCN : Hôpital Charles-Nicolle

HB : Hôpital de Bois-Guillaume

CB : Centre Henry Becquerel

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

## REMERCIEMENTS

---

**Au département de médecine générale,** à l'origine de ce travail de recherche. Qu'ils soient tous remerciés pour leur accueil et leur souci de toujours prodiguer un enseignement en médecine générale de qualité.

**Au Professeur Priscille Gérardin** qui me fait l'honneur de présider le jury de cette thèse. Qu'elle trouve ici le témoignage de mon profond respect et de ma reconnaissance.

**Au Professeur Jean Loup Hermil** qui me fait l'honneur de faire partie de ce jury de thèse. Qu'il soit assuré de tout mon respect et toute ma gratitude.

**A mon directeur de thèse, le Professeur Alain Mercier** qui m'a accompagnée tout au long de ce travail. Ses qualités d'enseignant chercheur m'ont permis d'appréhender toute la richesse de la recherche clinique. Je tiens à le remercier chaleureusement pour sa disponibilité, sa patience et ses précieux conseils.

**A toi Thomas,** ta présence rassurante m'a permis de mener à bien ce travail. Merci de tout cœur d'avoir traversé avec moi les calmes et les tempêtes qui ont ponctués toutes ces années d'études. Merci aussi pour avoir partagé avec moi tes connaissances en informatique qui m'ont été d'une grande utilité dans la rédaction de ce travail.

**A ma fille Juliette,** mon plus grand bonheur et ma plus grande fierté. Tes sourires m'ont donné la force et tes longues siestes m'ont donné le temps d'achever cette thèse.

## **A ma famille**

Ma sœur Marie et à son bon Fred, leur soutien sans faille a été précieux.

Ma sœur Laura.

Mes parents sans qui je n'aurai pu réaliser dans de bonnes conditions ce long parcours que sont les études de médecine.

## **Je dédie également cette thèse à tous mes amis qui ont su me soutenir tout au long de ces années d'étude :**

A Julie, Karine, François, mes fidèles amis rémois

A Audrey, Charlotte, Marie, mes fidèles amies rouennaises

A Laureen, Gaëlle, Héloïse, Aurélie et Tania pour les moments de danse et de détente partagés qui m'ont aidé à maintenir le cap.

Et enfin à tous ceux qui ont participé d'une façon ou d'une autre à ce travail et qui se reconnaîtront.



# TABLE DES MATIERES

---

<b>1 Introduction.....</b>	<b>20</b>
<b>2 Contexte .....</b>	<b>22</b>
2.1 Les antidépresseurs (AD) .....	22
2.1.1 Les différents classes d'antidépresseurs .....	22
2.1.2 Les effets thérapeutiques des antidépresseurs .....	22
2.1.3 Les indications des antidépresseurs .....	23
2.1.3.1 Les indications psychiatriques (17).....	23
2.1.3.2 Les indications non psychiatriques.....	23
2.1.3.3 Les indications issues de la littérature .....	24
2.1.4 État des lieux de la prescription.....	26
2.1.4.1 La délivrance des médicaments.....	26
2.1.4.2 Les patients.....	27
2.2 Épidémiologie de la dépression.....	28
2.3 Les facteurs qui influencent la prescription .....	30
2.4 Justification de l'étude.....	31
2.5 Objectifs de l'étude .....	31
<b>3 Matériel et méthode .....</b>	<b>32</b>
3.1 Étude qualitative préalable .....	32
3.2 Étude pilote.....	32
3.2.1 Sélection des médecins participants .....	33
3.2.1.1 Nombre de médecins à inclure .....	33
3.2.1.2 Population de médecins .....	34
3.2.2 Sélection des patients .....	34
3.2.3 Première partie de l'étude (questionnaire 1 et 2).....	34
3.2.3.1 Questionnaire n°1 : annexe 2.....	34
3.2.3.2 Questionnaire n°2 : annexe 3.....	35
3.2.4 Deuxième partie de l'étude (questionnaire 3 : annexe 4).....	35
3.2.4.1 Élaboration du questionnaire .....	35
3.2.4.2 Sélection des observations parmi les questionnaires 2 .....	36
3.2.4.3 Réalisation de l'entretien.....	36

3.2.4.4	Recueil des données .....	36
3.2.4.5	Analyse statistique.....	37
3.2.4.6	Étude qualitative.....	37
3.2.4.7	Amélioration du recueil au cours de l'étude.....	38
<b>4</b>	<b>Résultats.....</b>	<b>39</b>
4.1	Résultats de l'étude principale .....	39
4.1.1	Caractéristiques des médecins ayant participé à l'étude .....	39
4.1.2	Caractéristiques des traitements .....	42
4.1.3	Caractéristiques des patients.....	43
4.1.4	Classement des facteurs.....	46
4.1.4.1	En fonction de leur fréquence.....	46
4.1.4.2	En fonction de leur influence .....	48
4.1.5	Synthèse des résultats concernant les facteurs de prescription.....	49
4.1.5.1	Contexte actuel du patient .....	49
4.1.5.2	Pathologies présentées par le patient.....	50
4.1.6	Le ratio des facteurs contextuels sur les pathologies.....	52
4.2	Validation du questionnaire.....	52
4.2.1	Recueil des remarques des praticiens .....	52
4.2.2	Recueil des remarques de l'investigateur .....	53
4.2.2.1	Contexte .....	53
4.2.2.2	Antécédents .....	54
4.2.2.3	Pathologies .....	54
4.2.3	Élaboration d'un questionnaire final pour l'étude de plus grande ampleur .....	54
4.2.3.1	Questionnaire modifié (annexe 5) .....	54
4.2.3.2	Fiche explicative (annexe 6).....	55
<b>5</b>	<b>Discussion .....</b>	<b>56</b>
5.1	Critique des échantillons .....	56
5.1.1	Les médecins .....	56
5.1.2	Les traitements.....	56
5.1.3	Les patients .....	57
5.1.3.1	Le sexe.....	57
5.1.3.2	Les âges .....	57
5.1.3.3	Les catégories socioprofessionnelles.....	57
5.1.3.4	Les situations matrimoniales .....	58
5.2	Critique de la méthode .....	58
5.2.1	Le questionnaire .....	58
5.2.1.1	Ses points forts .....	58

5.2.1.2	Ses points faibles .....	59
5.2.2	Le recueil des données.....	59
5.2.3	Le traitement des données .....	59
5.3	Discussion des résultats .....	60
5.3.1	Etude quantitative : les facteurs qui influencent la prescription.....	60
5.3.1.1	Les facteurs contextuels .....	60
5.3.1.2	Les pathologies.....	62
5.3.1.3	Importance du contexte par rapport aux pathologies.....	66
5.3.2	Etude qualitative : validation du questionnaire .....	66
5.3.2.1	Des points positifs .....	66
5.3.2.2	Des points négatifs .....	66
<b>6</b>	<b>Conclusion .....</b>	<b>68</b>

## TABLE DES ILLUSTRATIONS

---

Figure 1 : Nombre d'unité vendus en France .....	26
Figure 2 : Chiffre d'affaire des antidépresseurs.....	27
Figure 3 : Répartition des praticiens par âge .....	39
Figure 4 : Répartition hommes / femmes.....	40
Figure 5 : Lieu d'exercice .....	40
Figure 6 : Modalités d'installation.....	40
Figure 7 : ECA	40
Figure 8 : Répartition des praticiens selon leur nombre d'années d'exercice .....	41
Figure 9 : Répartition des praticiens selon le nombre d'actes par semaine .....	41
Figure 10 : Répartition des molécules prescrites .....	42
Figure 11 : Observance des traitements .....	42
Figure 12 : Durée des traitements .....	43
Figure 13 : Répartition des hommes par classe d'âge .....	44
Figure 14 : Répartition des femmes par classe d'âge .....	44
Figure 15 : Répartition des patients par classe d'âge.....	44
Figure 16 : Répartition des CSP .....	45
Figure 17 : Répartition des situations matrimoniales .....	46
Tableau 1 : Classement des facteurs en fonction de leur fréquence .....	48
Tableau 2 : Classement des facteurs en fonction de leur influence .....	49

## TABLE DES ANNEXES

---

**ANNEXE 1 Indication des antidépresseurs**

**ANNEXE 2 Questionnaire n°1**

**ANNEXE 3 Questionnaire n°2**

**ANNEXE 4 Questionnaire n°3**

**ANNEXE 5 Questionnaire final**

**ANNEXE 6 Fiche explicative du questionnaire final**

## Introduction

Tous les jours, les médecins généralistes prescrivent des antidépresseurs. Ils sont à l'origine de 60 % à 85 % des prescriptions, que ce soit en initiation ou en renouvellement. (1)(2) La majorité des personnes dépressives consultent leur médecin généraliste en premier lieu pour leur prise en charge. (3)

La prévalence annuelle de la prescription d'antidépresseurs est entre 6 et 9%.(4)(5)

Entre 1980 et 2008 le coût représenté par la prescription d'antidépresseurs est passé de 84 à 525 millions d'euros.(5) Cette importante augmentation correspond à l'arrivée sur le marché des ISRS. Ils ont obtenu des indications plus larges, ont moins d'effets secondaires et sont donc plus faciles à utiliser en médecine générale.(6)

On observe la même tendance dans les autres pays européens, même si la France fait partie des premiers consommateurs d'antidépresseurs. (7)(8)(9)

Aux Etats Unis, les antidépresseurs sont la 3<sup>o</sup> classe médicamenteuse la plus prescrite.(10)

Les explications de cette importante consommation restent mal connues.

Cela explique pourquoi les autorités de santé en ont fait un problème de santé publique et en ont cherché les causes.

On peut retenir 2 principales raisons.

- La première concerne les prescriptions inadaptées dans les troubles psychiatriques.

Une étude de l'AFSAPS rapporte qu'environ 20 % des patients sous ADs (prescrit par un généraliste dans plus de 2/3 des cas) ne présente aucun diagnostic psychiatrique caractérisé selon des questionnaires standardisés (2) et 1/3 des prescriptions sont hors AMM (2)

Mais les données ne sont pas homogènes car dans d'autres études, on estime que, dans 85% des cas, les patients traités par ADs par leurs médecins traitants remplissent les critères du DSM IV. (11)(12)

L'indication principale des ADs reste l'épisode dépressif majeur avec retentissement sur la vie quotidienne mais il n'y a pas encore de preuve scientifique de l'efficacité des ADs dans le traitement de la dépression modérée. D'après l'office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, une part importante des prescriptions vise à réduire des souffrances psychiques en lien avec des événements de vie, des difficultés sociales, professionnelles ou familiales.(6) Cette situation est pourtant fréquente en médecine générale et les ADs pourraient être utiles (13) mais une récente méta-analyse a montré que l'efficacité des antidépresseurs était proportionnelle à l'intensité des symptômes et que leur efficacité était quasiment nulle dans les dépression légère ou modérée.(14)

- La deuxième raison réside dans les prescriptions pour des diagnostics non psychiatriques.

Selon les études, cette proportion varie entre 25 et 50 %. (15)(16)

Il est donc admis par plusieurs études qu'un certain nombre de prescriptions est hors AMM ou pour des diagnostics non psychiatriques.

Des recommandations de bonnes pratiques sont apparues pour essayer d'améliorer les indications mais elles n'ont pas eu l'effet escompté en termes de réduction de prescription. On peut donc se demander si elles sont réellement adaptées à la médecine générale.

L'objectif de cette étude est de déterminer quels sont les facteurs qui influencent les médecins généralistes dans leur décision de prescrire un AD.

Elle servira d'étude pilote et validera le questionnaire utilisé pour une étude de plus grande ampleur.

## Contexte

### 2.1 Les antidépresseurs (AD)

#### 2.1.1 Les différents classes d'antidépresseurs

Les médicaments antidépresseurs sont répartis en cinq classes :

- les imipraminiques, tricycliques ou non,
- les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS),
- les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA),
- les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO), sélectifs ou non de la MAO-A,
- les « autres antidépresseurs » (de mécanisme pharmacologique différent).

#### 2.1.2 Les effets thérapeutiques des antidépresseurs

Les AD ont différentes actions : (17)

- action sur l'humeur : les AD ne stimulent l'humeur que chez les patients déprimés et agissent en deux à quelques semaines,
- action sur l'anxiété : elle se manifeste immédiatement, semble indépendante de l'action antidépressive. Ces AD sont nommés sédatifs,



- action de stimulation psychomotrice : certains AD (les IMAO particulièrement) peuvent être psychostimulants
- action sur le sommeil : c'est une action indirecte. Les AD sédatifs peuvent favoriser l'endormissement voir une somnolence diurne et seront donc prescrits le soir. A l'inverse les AD psychostimulants pourront entraîner une insomnie. Les AD médians ont une action variable sur le sommeil,
- action antalgique : surtout les AD agissants sur la voie sérotoninergique (amitryptiline, clomipramine, doxépine, fluoxétine).

## 2.1.3 Les indications des antidépresseurs

### 2.1.3.1 Les indications psychiatriques (17)

Les états dépressifs majeurs de l'adulte sont l'indication principale.

Les autres indications sont :

- les troubles obsessionnels compulsifs,
- les troubles paniques avec ou sans agoraphobie,
- l'anxiété généralisée,
- les troubles phobiques (phobie sociale),
- les troubles des conduites alimentaires (boulimie),
- l'état de stress post traumatique.

### 2.1.3.2 Les indications non psychiatriques

Les indications non psychiatriques officielles sont les suivantes :

- *Les affections neurologiques :*
  - Migraines et céphalées de tension pour les tricycliques (18)(19)
- *Les pathologies générales :*

- Troubles du sommeil (IRS) dans un contexte de troubles psychiatriques associés (20),
- Douleurs neuropathiques et névralgie (21)(22) en particulier pour la neuropathie périphérique du diabétique (23).
- ***Chez l'enfant :***
  - Enurésie nocturne (imipraminiques)

### 2.1.3.3 Les indications issues de la littérature

Elles sont résumées dans le tableau 1

- ***Les syndromes douloureux :***

La fibromyalgie : la duloxétine a fait preuve d'une efficacité (24)

Les ADs n'ont pour l'instant pas montré de preuve scientifique de leur efficacité dans la lombalgie chronique (25), la neuropathie du HIV(26), la névralgie du trijumeau (27), les douleurs du membres fantômes(28), les brûlures buccales (29).

- ***Les situations neurologiques :***

La démence : certains ISRS (sertraline, citalopram) peuvent être utiles dans les troubles du comportement et l'agitation de la démence (30).

La maladie de Parkinson : les ADs ne montrent pas d'effet particulier en dehors de troubles psychiatriques associés (31).

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) : les ISRS montrent de bons résultats dans le traitement préventif des dépressions post AVC (32) et le prozac a été étudié dans la récupération de fonctions motrices chez les patients hémiplésiques. (33)(34)

Le syndrome des jambes sans repos : il n'y a pas de preuve scientifique de l'efficacité des ADs et peut même être un effet indésirable de ceux-ci. (35)

Les acouphènes : les antidépresseurs n'ont pas montré d'amélioration significative des symptômes (36)

- ***Les indications urologiques et gynécologiques :***

Le syndrome prémenstruel : Les ISRS ont fait preuve de leur efficacité (37)(38)

Les troubles vasomoteurs liés à la ménopause : Les ISRS peuvent être utiles (39).

L'incontinence urinaire : la duloxétine peut aider mais avec un faible niveau de preuve (40) et les tricycliques peuvent être indiqués en cas de vessie irritable. (41)(42)

Ejaculation prématurée : les ISRS et les tricycliques ont été étudiés en traitement chronique et sont indiqués en première ligne de traitement.(43) Une nouvelle molécule est à l'étude et a des résultats prometteurs (dapoxétine) car elle a une durée d'action plus courte que les autres ISRS connus. Elle est d'ailleurs autorisée dans plusieurs pays européens (44).

Dysfonction érectile : les ADs ne sont pas recommandés et cela peut faire partie des effets indésirables (45).

- ***Les indications en gastro-entérologies :***

Le syndrome de l'intestin irritable : les antidépresseurs tricycliques sont indiqués en 2<sup>o</sup> ligne (46) et les ISRS en 3<sup>o</sup> ligne dans le traitement.(47)(48)

- ***La dépendance :***

Le sevrage tabagique : le bupropion et la nortriptyline s'avèrent efficaces mais pas les ISRS (49).

Le sevrage en alcool : les ADs ne sont pas indiqués pour le mésusage ou la dépendance et le sevrage doit toujours être préalable au traitement d'une éventuelle dépression associée(50).

La dépendance à la cocaïne : l'efficacité des ADs a été expérimentée mais non prouvée (51).

- ***Les symptômes généraux :***

Il existe peu de données sur l'efficacité des ADs sur la fatigue, les plaintes inexplicées, les troubles somatiques et le prurit chronique.

## 2.1.4 État des lieux de la prescription

### 2.1.4.1 La délivrance des médicaments

#### A- En volume

Les antidépresseurs font partie du groupe des médicaments psychotropes avec les anxiolytiques, les hypnotiques et les neuroleptiques.

Les médicaments psychotropes sont au 2<sup>o</sup> rang pour le nombre d'unités prescrites, derrière les antalgiques.(6)

D'après l'AFSSAPS, les psychotropes représentaient en 1997, 201 millions d'unités en officine et 9.4 millions à l'hôpital.(2)

L'évolution récente des ventes est résumée par le graphique suivant (52) :

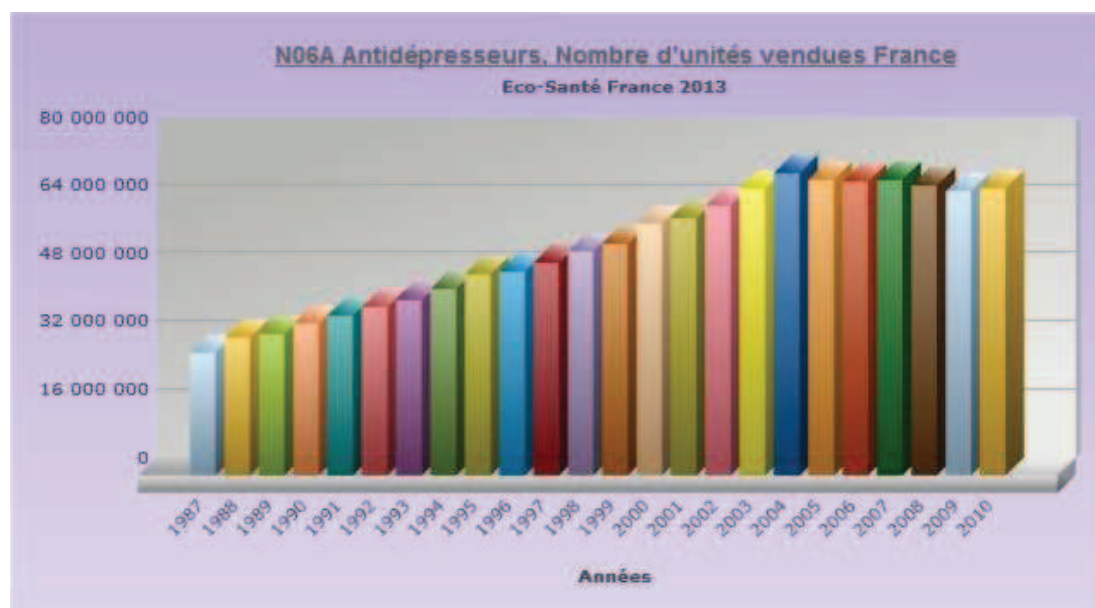


Figure 1 : Nombre d'unité vendus en France

#### B- En valeur

Le coût des ADs a été multiplié par 7 entre 1980 et 2001 (84 à 543 millions d'euros). Cela correspond à l'arrivée des ISRS sur le marché. Ils ont moins d'effets secondaires et sont plus faciles d'utilisation en médecine ambulatoire et ont également des indications plus larges.(6) On observe un ralentissement ces dernières années, dû à l'apparition des génériques (468 millions en 2004) et à une légère diminution des prescriptions.(53)

En valeur, les ADs représente 51% du marché des psychotropes.(2)

Ainsi entre 2003 et 2004, l'assurance maladie estimait à 1 milliard d'euros le remboursement des psychotropes alors qu'il était de 317 millions en 1980.

L'évolution récente du chiffre d'affaire des antidépresseurs est la suivante :



Figure 2 : Chiffre d'affaire des antidépresseurs

#### 2.1.4.2 Les patients

D'après le rapport de l'OPEPS en 2006, 1 français sur quatre a consommé un médicament psychotrope dans les 12 derniers mois et un français sur trois en a consommé au cours de sa vie (6)

Les résultats de l'étude ESEMed montrait qu'en France, 21 % des sujets interrogés avaient pris au moins une fois un psychotrope dans l'année. Il s'agissait d'un anxiolytique-hypnotique pour 19 %, d'un antidépresseur pour 6%, d'un antipsychotique pour 0,8 % et d'un thymorégulateur pour 0,4 % (4)

Le pourcentage d'assurés sociaux présentant au remboursement au moins une prescription d'antidépresseurs augmente avec l'âge. Il est maximum pour la tranche d'âge 50-59 ans (enquête de la CNAM en 2000 et de la MGEN en 2004)(3)

Dans l'enquête du baromètre santé menée en 2000 auprès d'un échantillon aléatoire de la population française interrogé par téléphone : 9,3% des personnes déclaraient avoir fait usage d'antidépresseurs au cours des 12 derniers mois.(3)

L'enquête de la CNAM de la même année confirme ses résultats. 9,7% des personnes du régime général ont obtenu le remboursement d'au moins un antidépresseur. Les femmes ont présenté au remboursement un antidépresseur deux fois plus souvent que les hommes. 90% des personnes étaient suivis par un médecin généraliste. 29% des personnes ne présentait dans l'année qu'une seule demande de remboursement de médicament antidépresseur.

L'enquête menée par la MGEN en 2004 montre que près de 11% des assurés ont présenté au remboursement au moins une prescription d'antidépresseurs dans l'année. (3)

## 2.2 Épidémiologie de la dépression

Le taux de prévalence annuelle de la dépression caractérisée varie selon les études et serait aux alentours de 5 % en France.(2)

Il existe peu d'études sur les dépressions non identifiées, mais elles sont estimées autour de 50%.(2)

D'après le premier bilan du « Plan psychiatrie - Santé mentale 2005-2008 », on peut retenir les éléments suivants : (3)

### *Fréquence en population générale :*

Les différentes études montrent que 5 à 15 % de la population française seraient touchés par un épisode dépressif au cours de l'année.

Dans l'enquête baromètre santé, le pourcentage de la population touché par une dépression au cours des douze derniers mois est de 7,8%, ce qui représente plus de 3 millions de français.

Ces épisodes dépressifs sont le plus souvent d'intensité moyenne ou sévère (prévalence à un an de 7,4%).

### *Caractéristiques des patients :*

Les femmes : elles ont deux fois plus de risque que les hommes de faire un épisode dépressif caractérisé (EDC) dans l'année. Elles sont également plus exposées aux rechutes et à la chronicisation de la dépression.

Les classes d'âge les plus à risque de dépression : les 18-25 ans dans les deux sexes, les 45-54 ans chez les femmes et les 35-44 ans chez les hommes.

L'avancée en âge est un facteur de protection (les 55 à 74 ans sont les moins touchés) mais après 80 ans les troubles dépressifs sont accentués.

Les personnes vivant seules : elles sont plus exposées au risque de dépression que celles vivant en couple (ratio 1,3 dans l'enquête baromètre santé de 2005).

Le chômage ou des conditions de vie précaires sont associés à une prévalence plus importante de l'épisode dépressif caractérisé dans plusieurs enquêtes.

Les effets sur la dépression de la catégorie socioprofessionnelle, du niveau d'études et de la taille de l'agglomération de résidence sont variables selon les études.

***Consultations auprès d'un professionnel de santé des personnes ayant présenté un épisode dépressif :***

Ce taux est faible. Il varie de 12% (baromètre santé 2005) à 36% dans une enquête européenne menée en 2001-2003 (ESEMED).

Dans toutes les études le médecin généraliste est le premier recours.

***Les conséquences du syndrome dépressif :***

Un tiers des personnes (34.7%) présentant un état dépressif caractérisé indique, dans l'enquête baromètre santé de 2005, avoir cessé leur travail en raison de problèmes psychologiques.

Le nombre moyen de jours d'arrêt est de 81 jours (108 jours pour un épisode sévère et 10 jours pour un épisode léger).

Le risque de décès par suicide est 10 fois plus élevé chez les patients déprimés que dans la population générale.

La dépression selon l'OMS est l'une des principales causes d'années de vies perdues soit par baisse de l'espérance de vie soit par incapacité.

## 2.3 Les facteurs qui influencent la prescription

Plusieurs études ont montré que les critères de prescription n'étaient pas forcément basés sur ceux du DSM IV ou sur les règles de bonnes pratiques.

En effet, le processus décisionnel de prescription en médecine générale s'avère complexe.

On remarque que les médecins généralistes créent leurs propres règles basées sur plusieurs éléments.

- Tout d'abord, sur leur appréciation globale du patient. Il est reconnu que la connaissance du patient est importante pour le diagnostic et la prise en charge de la dépression (54) mais pas seulement. Connaître l'histoire de son patient, (dans sa vie professionnelle, familiale et sociale actuelle) et ses antécédents fait obligatoirement partie de la démarche diagnostique et de prescription. Il reste à déterminer dans quelle mesure cela influence le prescripteur et quels sont les facteurs principaux à prendre en compte.

On connaît, par exemple, l'importance de l'existence de maladies chroniques associées chez les patients sous antidépresseurs. Dans 80 % des ordonnances, la prescription de psychotropes est en effet associée à la prescription de médicaments appartenant à d'autres spécialités médicales, relevant souvent du traitement de maladies chroniques,(6) en particulier le cancer, le diabète, les maladies rhumatismales.(3)

- L'impression du prescripteur est également un élément important de la décision. Autrement appelé par les néerlandais le « gut feeling », l'intuition du médecin prend part à la décision qu'elle soit positive, c'est-à-dire rassurante ou au contraire négative, et donc un signe d'alarme. Cette intuition est basée sur les informations données par le patient, ainsi que sur la connaissance et l'expérience du médecin.(55)
- Enfin les symptômes que présente le patient, qu'ils soient analysés ou pas avec des échelles standardisées.

La perception des patients de la sévérité de leur maladie et de l'utilité du traitement influence leur prise. Ces éléments sont donc recherchés avant la prescription.(56)

Des facteurs indépendants du médecin et du patient interviennent également dans la décision de prescription. Les contraintes organisationnelles de temps (le temps de consultation), les difficultés d'accessibilité aux autres types de



prise en charge (en particulier les psychothérapies) et le coût des prescriptions sont autant de facteurs à prendre en compte pour apprécier la spécificité de la prescription en médecine générale.(57)

## **2.4 Justification de l'étude**

Il existe des guides de bonnes pratiques mais qui n'apparaissent pas comme une réelle aide à la prescription d'antidépresseurs en médecine générale.

Il paraît donc important, avant toutes modifications de ces règles, de comprendre dans quelles circonstances les médecins généralistes prescrivent des antidépresseurs. Quelles sont les spécificités des patients qu'ils soignent, les pathologies pour lesquelles ils prescrivent et quels sont les facteurs qui les influencent dans le dossier du patient ?

## **2.5 Objectifs de l'étude**

L'objectif principal est d'évaluer l'influence respective des facteurs contextuels et biomédicaux sur la prescription d'antidépresseurs en soins primaires.

L'objectif secondaire est d'évaluer la faisabilité et la pertinence du questionnaire pour une étude de plus grande ampleur.

## Matériel et méthode

### 3.1 Étude qualitative préalable

Une étude qualitative utilisant la méthode des « focus group » a été réalisée en 2009 auprès de médecins généralistes de Haute Normandie, et les résultats ont été publiés (15). Elle a permis de recueillir des informations sur les raisons qui inhibent, autorisent ou stimulent la prescription d'antidépresseurs en soins primaires et de colliger les situations diagnostiques qui conduisent à une prescription.

Ce travail a montré que les médecins généralistes prescrivaient dans 24 situations médicales différentes.

Le processus décisionnel de prescription s'est avéré complexe, basé à la fois sur les symptômes, leur connaissance globale du patient (son histoire médicale, familiale, professionnelle et sociale) et la notion de « gut feeling ».

Elle a permis, associée aux données de la littérature, de définir les facteurs supposés influencer une prescription d'antidépresseurs en soins primaires et donc d'élaborer un questionnaire.

### 3.2 Étude pilote

Ce travail est une étude pilote pour l'étude PACS.

L'objectif principal de l'étude PACS est de décrire les caractéristiques diagnostiques et contextuelles des prescriptions d'antidépresseurs en soins primaires :

- pour les patients chez qui aucune maladie psychiatrique n'a été identifiée,

- pour les patients présentant une maladie psychiatrique mais dont la prescription ne répond pas formellement aux critères de l'AMM.

Il s'agit d'une étude quantitative rétrospective menée auprès de médecins généralistes prescripteurs de Haute Normandie.

Le choix d'une étude rétrospective est justifié par la volonté de décrire les réelles pratiques courantes en soins primaires. En effet une étude prospective pourrait orienter les médecins à modifier leurs habitudes de prescription pour n'inclure que ce qui est recommandé. Les prescriptions s'écartant plus de la conduite « recommandée », qui étaient recherchées, pourraient donc ne pas être mises en évidence.

Elle s'articule en 3 parties :

- Une première recueillait des éléments sur le médecin participant ainsi que son profil d'activité sur une semaine. Chaque jour, le médecin relevait le nombre de patients ayant fait l'objet d'une prescription d'antidépresseurs dans les 6 derniers mois.
- Pour chaque patient sous antidépresseur, un deuxième questionnaire était rempli. Il précisait les données sociodémographiques du patient et les détails de sa prescription.
- Enfin, parmi les fiches patient collectées, 2 observations ont été sélectionnées afin de réaliser le questionnaire n°3. Ce dernier avait pour but de préciser les facteurs influençant la prescription.

Parallèlement, une étude qualitative visant à valider le questionnaire n°3 a été menée.

Cette thèse ne décrira que les résultats concernant le questionnaire n° 3, les éléments socio démographiques faisant l'objet d'une autre thèse.

## **3.2.1 Sélection des médecins participants**

### **3.2.1.1 Nombre de médecins à inclure**

Si l'on s'en tient aux chiffres connus actuellement, environ 20 % des prescriptions d'antidépresseurs n'auraient pas de justification psychiatrique et 30 à 35 % de ces prescriptions seraient inadéquates.

Pour obtenir une dizaine de prescriptions pour des diagnostics non psychiatriques, il fallait donc un échantillon de 50 observations.

En considérant que 2 observations par médecins seraient tirées au sort pour la deuxième phase, il était donc nécessaire d'inclure 25 médecins au minimum.

### **3.2.1.2 Population de médecins**

Des médecins installés de haute Normandie ont été contactés par courriel et par téléphone afin de solliciter leur participation à l'étude.

Pour favoriser les réponses positives, nous avons commencé par joindre les médecins ayant participé aux focus group de l'étude préalable, puis avons poursuivi par des médecins généralistes enseignants (MSU) et enfin des généralistes tout venant de la région.

Le sujet de l'étude ainsi que le déroulement du recueil des données, leur a été exposé à l'oral et à l'écrit.

### **3.2.2 Sélection des patients**

Tous les patients majeurs ayant une prescription d'antidépresseurs en cours ou arrêtée depuis moins de 6 mois devaient être inclus.

Ce délai a été choisi car il permet, d'une part, d'éviter les biais de mémorisation pour détailler les pathologies et le contexte du patient dans la deuxième partie de l'étude, et, d'autre part, d'inclure les prescriptions de courte durée ou rapidement interrompues, qui sont susceptibles d'être en relation avec une autre indication que la dépression.

### **3.2.3 Première partie de l'étude (questionnaire 1 et 2)**

#### **3.2.3.1 Questionnaire n°1 : annexe 2**

Ce questionnaire collectait en premier lieu des renseignements sur le médecin interrogé et son mode d'exercice.

Le médecin détaillait ensuite son activité sur une semaine avec pour chaque journée travaillée, le nombre de consultations totales et le nombre de patients sous antidépresseurs.

Le questionnaire 1 permettait donc d'évaluer la population de médecins participants et pour chaque médecin, de calculer le pourcentage de patients sous antidépresseurs au sein de sa clientèle.

### **3.2.3.2 Questionnaire n°2 : annexe 3**

Chaque patient sous antidépresseur était repéré et une fiche (le questionnaire 2) était remplie au cours de la consultation.

Les médecins étaient aidés par la présence d'une fiche technique répondant aux principales difficultés qu'ils pouvaient rencontrer.

Les questionnaires étaient anonymes et ne comprenaient que les premières lettres du nom et du prénom. Cela permettait de pouvoir retrouver leur dossier médical pour la deuxième partie de l'étude.

Ce questionnaire colligeait les principales caractéristiques socio démographiques des patients et détaillait la prescription.

Enfin, il était précisé qui était l'initiateur de la prescription (le médecin généraliste lui-même, un autre médecin généraliste, un autre spécialiste ou un médecin psychiatre)

## **3.2.4 Deuxième partie de l'étude (questionnaire 3 : annexe 4)**

### **3.2.4.1 Élaboration du questionnaire**

Il a été élaboré grâce aux données qualitatives issues de l'étude préalable et des données bibliographiques.

Il a permis d'évaluer, grâce aux données du dossier médical, le contexte dans lequel évoluait le patient et les pathologies qu'il présentait, psychiatriques ou non.

Ce questionnaire permettait donc de déterminer les différents facteurs à l'origine de la prescription d'antidépresseur.

Pour chaque item présent, le médecin devait préciser s'il avait influencé sa prescription et avec quelle importance.

Pour préciser l'importance de cette influence, une cotation 0.1.2 a été utilisée. Le 0 correspondait à une absence d'influence, le 1 à une influence modérée et le 2 à une forte influence sur la prescription d'antidépresseurs.

#### **3.2.4.2 Sélection des observations parmi les questionnaires 2**

Pour chaque médecin, l'objectif était de sélectionner 2 observations.

Tout d'abord, les prescriptions initiées par le médecin traitant lui-même ont été gardées puisque ce sont les déterminants de sa prescription que l'on souhaite étudier.

La vocation de cette étude était d'être une étude pilote pour une étude de plus grande ampleur. Le but étant de mettre en évidence des prescriptions marginales et d'en expliquer les déterminants, les chances étaient augmentées en incluant des prescriptions de courte durée ou interrompues précocement. Le choix suivant a été fait : tirer au sort une observation parmi les fiches restantes et la deuxième parmi les prescriptions datant de moins de 6 mois.

#### **3.2.4.3 Réalisation de l'entretien**

Les entretiens avec chaque médecin ont été réalisés en face à face au cabinet ou, à défaut, au téléphone et à l'aide du dossier médical du patient.

Les questionnaires étaient remplis par l'investigateur. Les dossiers des patients étaient retrouvés grâce aux premières lettres du nom et du prénom consignées sur le questionnaire 2.

Chaque item incluait 2 questions :

- l'item est-il présent chez votre patient,
- si oui, cela a-t-il influencé votre prescription d'antidépresseur (0 : pas du tout, 1 : de manière modérée, 2 : fortement).

#### **3.2.4.4 Recueil des données**

Les données collectées ont été reportées dans un tableur Excel afin d'en permettre l'analyse.

Les données sociodémographiques du prescripteur et du patient étaient notées pour chaque observation.

Chaque item était subdivisé en 2 colonnes :

- Une première pour la présence du facteur, cotée 0 s'il était absent ou 1 s'il était présent,
- Et une deuxième pour son influence cotée 0, 1 ou 2 comme expliqué précédemment.

La retranscription a été vérifiée à plusieurs reprises.

### **3.2.4.5 Analyse statistique**

L'analyse a été faite au moyen du logiciel Excel.

Une analyse des données sociodémographiques des médecins interrogés et des patients a été exposée sous forme de graphiques.

Pour chaque facteur de contexte, d'antécédents ou de pathologies, 2 scores ont été calculés.

Un score de présence (nombre de fois où le facteur était retrouvé dans les différentes observations et donc compris entre 0 et 50) et un score d'influence (addition des points d'influence du facteur pour chaque observation et donc compris entre 0 et 100).

Le ratio entre ces 2 scores (influence/présence, compris entre 0 et 2) permettait d'établir le poids de chaque facteur dans la prescription d'antidépresseur.

### **3.2.4.6 Étude qualitative**

Elle avait pour but de valider le questionnaire, et donc, de proposer à terme une version finale avec une fiche explicative. Cela permettra de réaliser le questionnaire de façon standardisée.

Pour cela, à la fin de chaque entretien, l'investigateur notait ses propres remarques, les difficultés rencontrées, la façon de poser les questions, les modifications souhaitées et les explications données au médecin. Il recueillait également auprès du médecin, les items semblant manquer pour décrire le patient et jugés important dans la mise en place du traitement, ainsi que des remarques plus globales sur le fond ou la forme du questionnaire.

### **3.2.4.7 Amélioration du recueil au cours de l'étude**

Après avoir réalisé les premiers entretiens, il nous a paru important d'affiner les items des diagnostics psychiatriques afin d'introduire une notion d'intensité du syndrome dépressif.

En effet, le questionnaire initial ne permettait de révéler que les dépressions majeures avec retentissement sur l'autonomie mais ignorait les syndromes dépressifs authentiques (c'est-à-dire répondant aux critères du DSM IV) d'intensité modéré.

Les premières observations ont donc été reprises une à une, et, grâce aux notes prises sur chaque dossier, les diagnostics ont été adaptés.



## Résultats

### 4.1 Résultats de l'étude principale

#### 4.1.1 Caractéristiques des médecins ayant participé à l'étude

La moyenne d'âge des médecins interrogés était de 48.6 ans avec une majorité de médecins entre 50 et 59 ans (n=11).

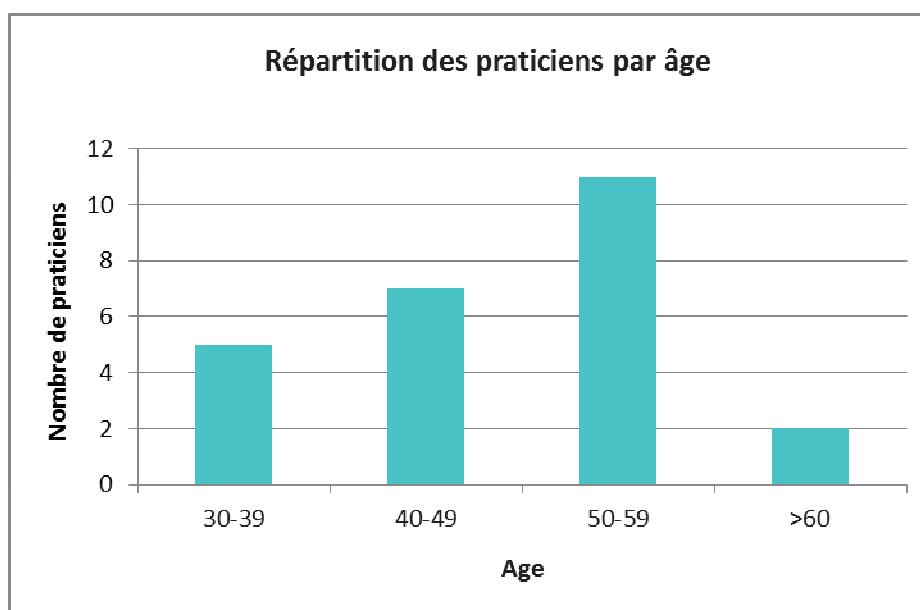


Figure 3 : Répartition des praticiens par âge

Le groupe comportait une majorité de médecins de sexe masculin (80%), exerçant plutôt en milieu rural (68%) et en groupe (88%). 48% d'entre eux étaient des enseignants cliniciens ambulatoires (ECA).

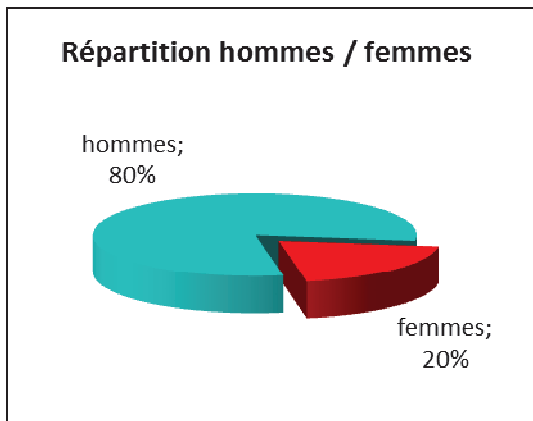


Figure 4 : Répartition hommes / femmes

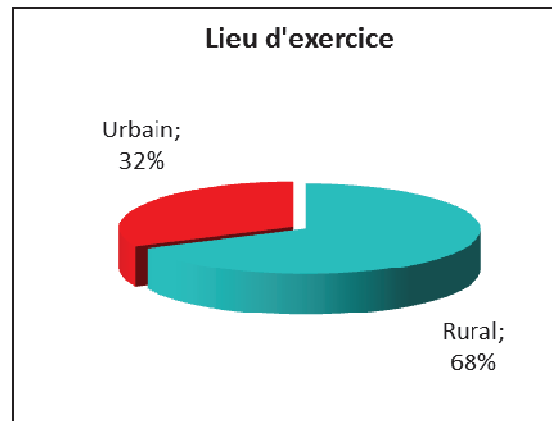


Figure 5 : Lieu d'exercice

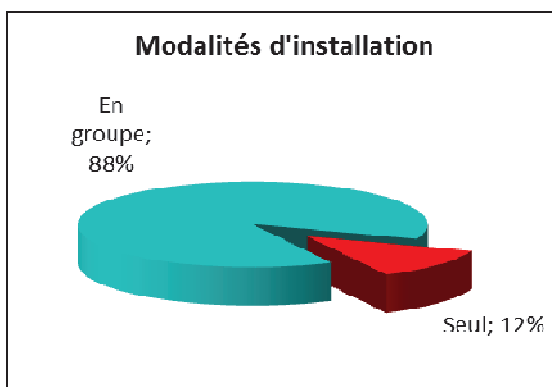


Figure 6 : Modalités d'installation

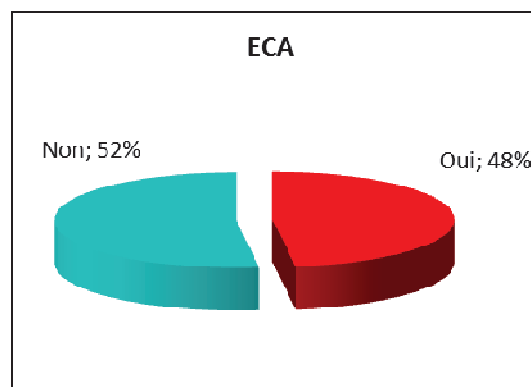


Figure 7 : ECA

En moyenne les médecins étaient installés depuis 17.76 ans et réalisaient environ 126 actes par semaine.

La répartition des médecins selon leur nombre d'années d'exercice et leur nombre d'actes est la suivante :

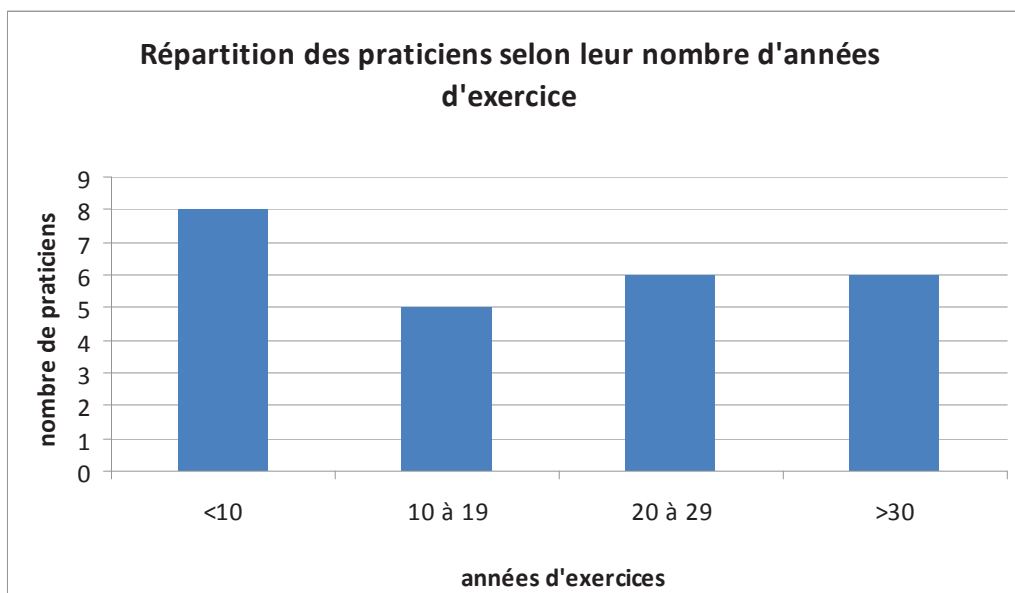


Figure 8 : Répartition des praticiens selon leur nombre d'années d'exercice

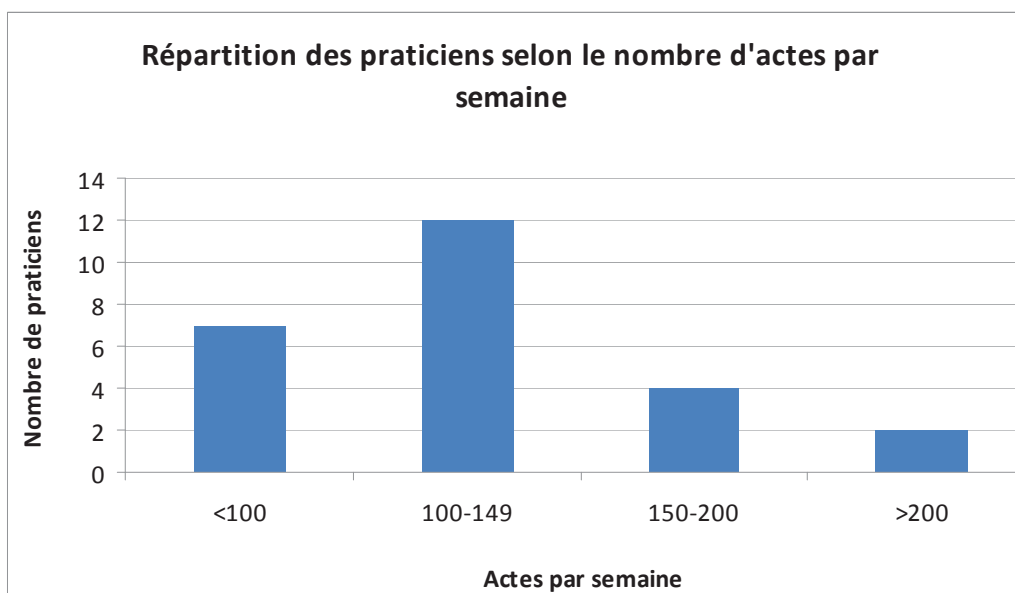


Figure 9 : Répartition des praticiens selon le nombre d'actes par semaine

## 4.1.2 Caractéristiques des traitements

Chez les 50 patients inclus, le traitement était en cours au moment du recueil.

1 patient avait un traitement composé de 2 molécules.

La majorité des molécules prescrites étaient des IRS, avec la répartition suivante :

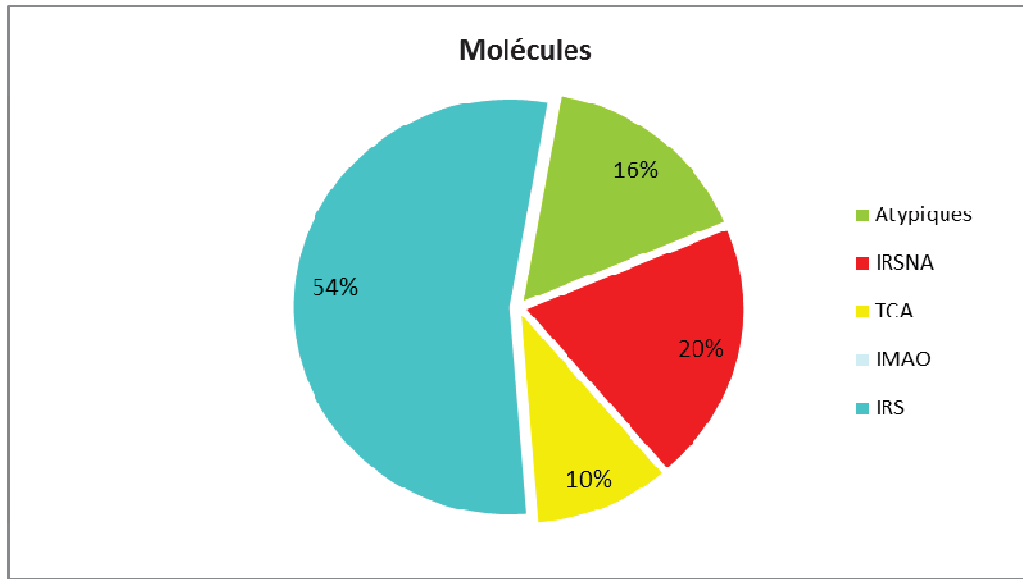


Figure 10 : Répartition des molécules prescrites

L'observance était jugée comme bonne dans 79% des cas.

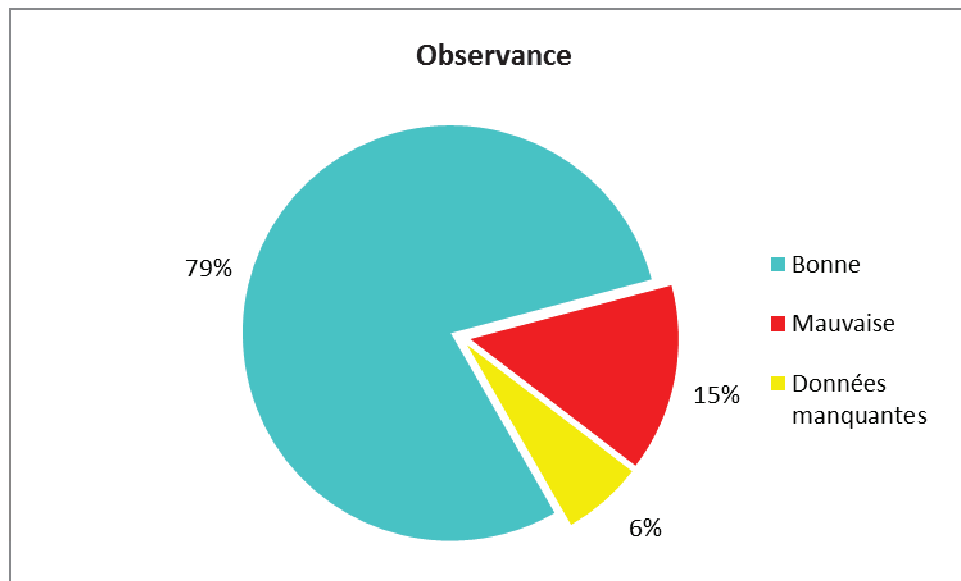


Figure 11 : Observance des traitements

On rappelle que 50% des observations étaient tirées au sort parmi des traitements introduit depuis moins de 6 mois. Leur proportion totale est donc majoritaire.

La répartition des durées de traitement est la suivante :

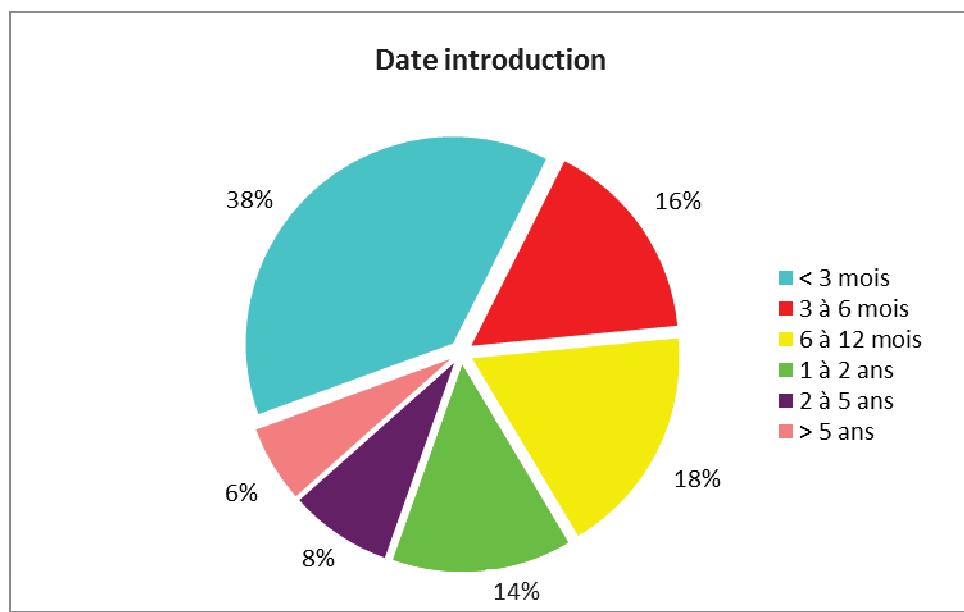


Figure 12 : Durée des traitements

### 4.1.3 Caractéristiques des patients

50 patients ont été retenus pour la réalisation du questionnaire n°3.

On retrouvait environ 2 fois plus de femmes (n=34) que d'hommes (n=16).

Leur moyenne d'âge était de 52,6 ans avec une médiane à 50 ans.

La classe d'âge la plus représentée chez les femmes était entre 35 et 44 ans. Chez les hommes, elle était entre 55 et 64 ans.

On notait la présence de 10% de patients de plus de 80 ans avec une légère prépondérance masculine.

Les âges étaient répartis de la façon suivante :

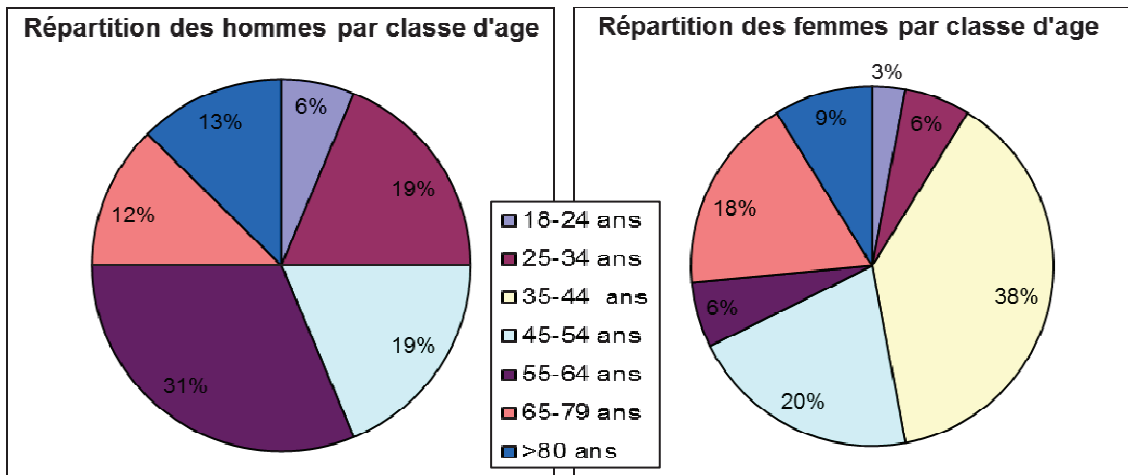


Figure 13 : Répartition des hommes par classe d'âge

Figure 14 : Répartition des femmes par classe d'âge

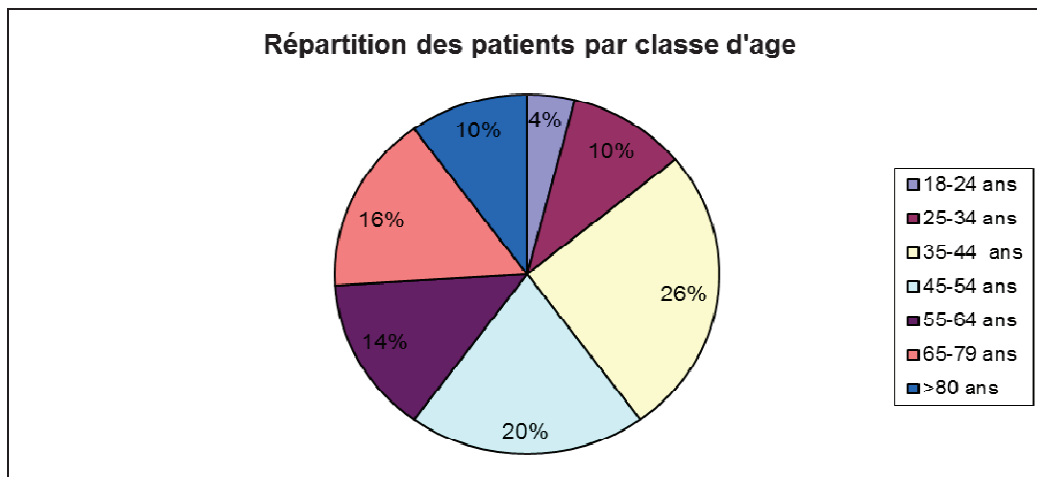


Figure 15 : Répartition des patients par classe d'âge

La moitié des sujets avaient une activité professionnelle (n=25/50)

84 % des patients faisaient partie des classes modestes. On retrouvait notamment, environ 1/3 de retraités, 1/3 d'ouvriers et employés, et 1/7 sans profession.

Le détail des catégories socio-professionnelles retrouvées était le suivant :

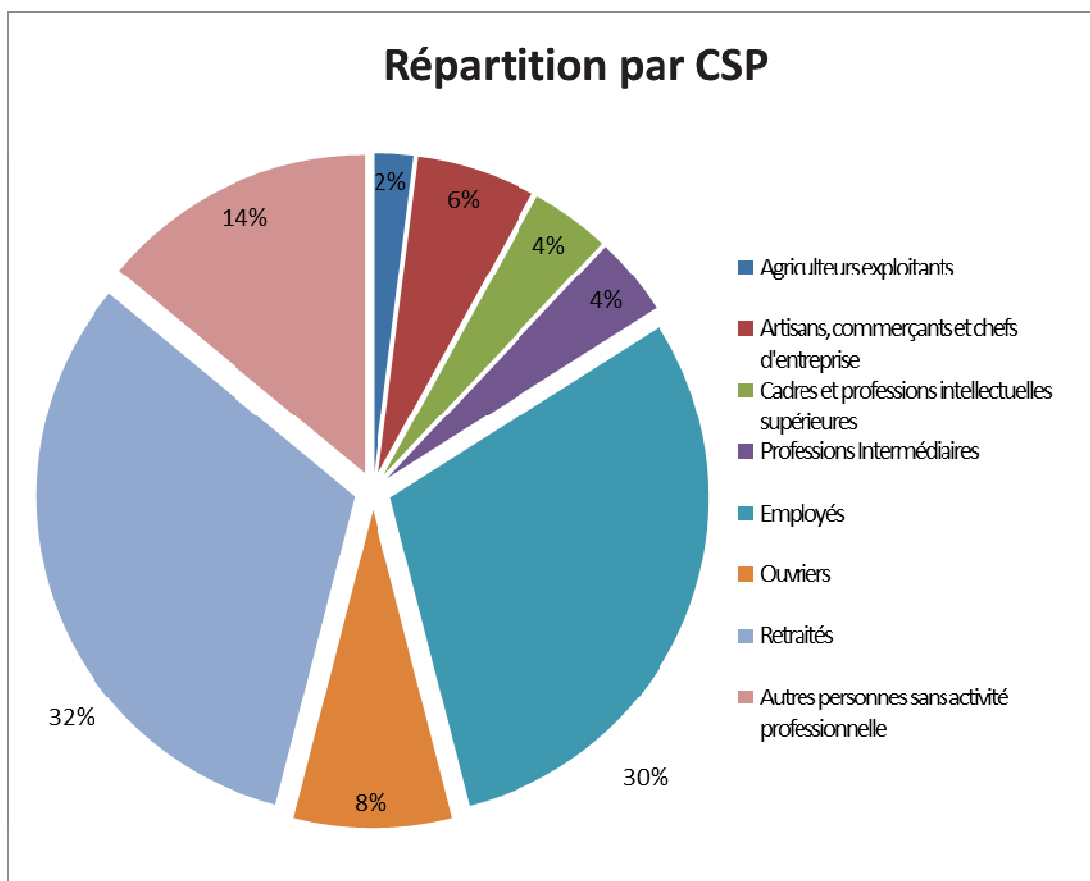


Figure 16 : Répartition des CSP

Par ailleurs, le recueil de leur situation matrimoniale a montré que 74 % des patients étaient en couple et que 26 % vivaient seuls.

Il existait 16 % de veufs et 16% de personnes séparées ou divorcées.

42 % d'entre eux avaient des enfants à charge.

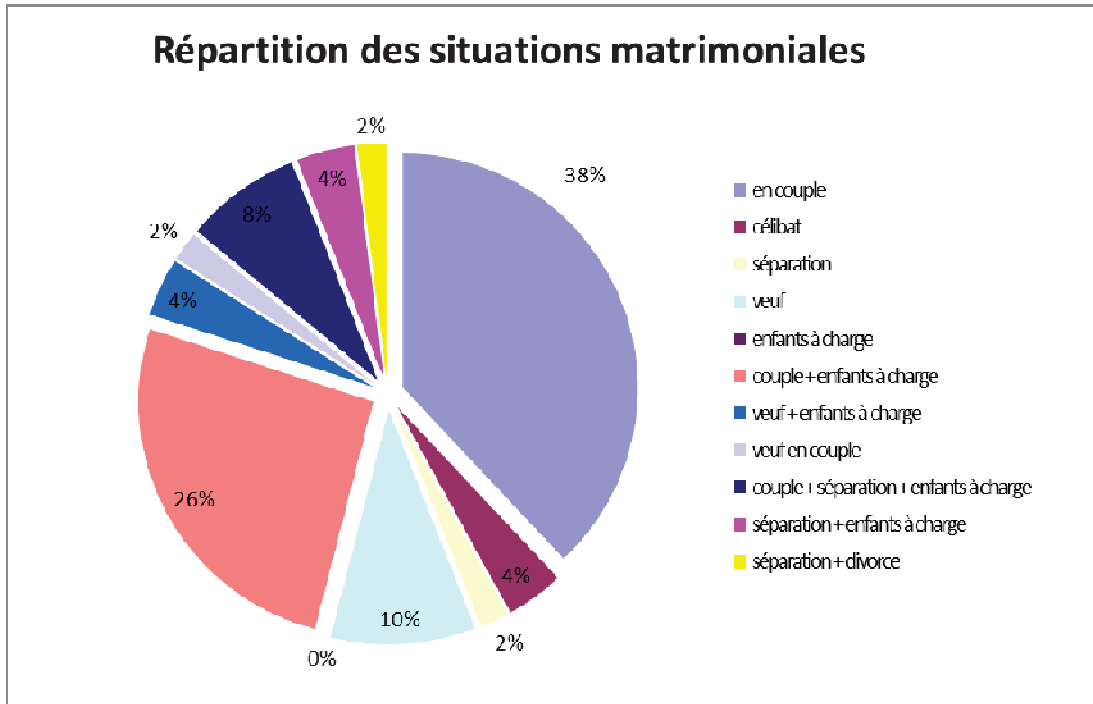


Figure 17 : Répartition des situations matrimoniales

#### 4.1.4 Classement des facteurs

##### 4.1.4.1 En fonction de leur fréquence

Le tableau suivant présente les différents items classés en fonction de leur occurrence dans les 50 observations.

Le rouge correspond à l'item le plus fréquemment rencontré et le vert le moins rencontré.

Les facteurs contextuels les plus fréquents étaient dans l'ordre : une prescription antérieure d'antidépresseur et antécédents de dépression traitée, le tabagisme (sevré et actif), le stress au travail, le deuil et les antécédents familiaux de troubles psychiatriques.



Les pathologies les plus fréquemment rencontrées étaient : les maladies chroniques, l'anxiété généralisée, les dépressions majeures et modérées, les plaintes musculo-squelettiques.

Des symptômes inexplicés (n=13), des troubles fonctionnels intestinaux (n=12), des plaintes chroniques diffuses (n=12), une fatigue isolée inexplicée (n=10), étaient assez fréquemment retrouvés.

	fréquence	rang
Trouble de l'humeur réactionnel	36	1
maladie chronique	32	2
anxiété généralisée	25	3
prescription antérieure d'AD	23	4
Dépression sévère	20	5
ATCD de dépression traitée	19	6
ATCD tabac	18	7
stress au travail	17	8
plaintes musculo-squelettiques	16	9
tabac	14	10
dépression d'intensité mineure	14	10
symptômes. inexplicés	13	12
Sd GI fonctionnels, TFI	12	13
plaintes chroniques diffuses	12	13
deuil récent	12	13
ATCD familiaux de troubles psy	10	16
fatigue isolée inexplicée	10	16
invalidité	8	18
douleurs diffuses	8	18
ATCD alcool	7	20
céphalées de tension	7	20
dépendance	7	20
aidant familial	7	20
addictions	6	24
lombalgies chroniques	6	24
TS	6	24
trouble du sommeil	6	24
ATCD addictions	5	28
ATCD hospitalisation en psy	5	28
dysfonction sexuelle	5	28
maltraitance	5	28
discrimination	5	28
isolement social	5	28
situation judiciaire en cours	4	34
énurésie, incontinence	3	35
sciatique	3	35
migraine	3	35
alcool	3	35
fibromyalgie	3	35

douleurs neuropathiques	3	35
démence	2	41
traitements substitutifs	1	42
AVC ou séquelles	1	42
prurit chronique	1	42
Sd des jambes sans repos	1	42
Parkinson	0	46

**Tableau 1 : Classement des facteurs en fonction de leur fréquence**

#### 4.1.4.2 En fonction de leur influence

Le tableau suivant présente les différents items en fonction de leur influence. Ils sont classés du plus influent au moins influent.

Le degré de l'influence de chaque item était estimé par les médecins interrogés. La somme des points d'influence obtenus divisée par la fréquence donnait un ratio entre 0 et 2. Plus le facteur était influent, plus le ratio se rapprochait de 2.

Les facteurs contextuels les plus influents étaient la présence d'une situation judiciaire en cours, le stress au travail, les prescriptions antérieures d'antidépresseurs et les antécédents de dépression traitée, le deuil, la discrimination, l'isolement social et les antécédents de tentative de suicides.

Les pathologies les plus influentes étaient dans l'ordre, les dépressions sévères et modérées, les douleurs neuropathiques, l'anxiété généralisée et la fibromyalgie.

	fréquence	influence	ratio
dépression sévère	20	40	2,00
situation judiciaire en cours	4	8	2,00
Sd des jambes sans repos	1	2	2,00
Trouble de l'humeur réactionnel	36	68	1,89
dépression d'intensité mineure	14	25	1,79
douleurs neuropathiques	3	5	1,67
anxiété généralisée	25	41	1,64
stress au travail	17	23	1,35
Fibromyalgie	3	4	1,33
prescription antérieure d'AD	23	30	1,30
ATCD dépression traitée	19	24	1,26
douleurs diffuses	8	10	1,25
deuil récent	12	15	1,25
Discrimination	5	6	1,20
isolement social	5	6	1,20

TS	6	7	1,17
troubles du sommeil	6	7	1,17
fatigue isolée inexplicée	10	11	1,10
plaintes chroniques diffuses	12	13	1,08
aidant familial	7	7	1,00
dysfonction sexuelle	5	5	1,00
Démence	2	2	1,00
Maltraitance	5	5	1,00
Dépendant	7	6	0,86
ATCD hospitalisation en psy	5	4	0,80
ATCD familiaux de troubles psy	10	8	0,80
symptômes. Inexpliqués	13	10	0,77
plaintes musculo-squelettiques	16	11	0,69
migraine	3	2	0,67
Alcool	3	2	0,67
invalidité	8	5	0,63
maladie chronique	32	20	0,63
ATCD alcool	7	4	0,57
céphalées de tension	7	4	0,57
lombalgies chroniques	6	3	0,50
Sd GI fonctionnels, TFI	12	5	0,42
ATCD addictions	5	2	0,40
sciatique	3	1	0,33
addictions	6	1	0,17
Tabac	14	2	0,14
ATCD tabac	18	2	0,11
énurésie, incontinence	3	0	0,00
traitements substitutifs	1	0	0,00
AVC ou séquelles	1	0	0,00
prurit chronique	1	0	0,00
Parkinson	0	0	0,00

Tableau 2 : Classement des facteurs en fonction de leur influence

## 4.1.5 Synthèse des résultats concernant les facteurs de prescription

### 4.1.5.1 Contexte actuel du patient

Il existait en moyenne plus de 3 facteurs contextuels par patient avec dans 1 cas jusqu'à 10 facteurs de contexte présents.

Les facteurs ayant le plus d'influence étaient la présence d'une situation judiciaire en cours et le stress au travail. Il est d'ailleurs présent chez 70% des actifs (n=17/25).

Intervenait ensuite les antécédents personnels psychiatriques du patient. En effet la connaissance d'épisodes dépressifs ou de traitement antidépresseurs antérieures pouvaient influencer le prescripteur.

Par ailleurs, le deuil était présent chez 24% (n=12) des patients avec une influence de 1.25/2.

Le tabagisme qu'il soit un antécédent (n = 18) ou actif (n = 14) était un facteur très présent mais très peu influent avec des ratios respectifs à 0.11 et 0.14.

On pouvait noter que la notion de maltraitance dans l'enfance restait une donnée souvent inconnue (n=14) et que sa présence était associée à une influence modérée (ratio = 1)

#### **4.1.5.2 Pathologies présentées par le patient**

Les patients présentaient en moyenne 4.84 pathologies.

32 % n'étaient pas dépressifs (n = 16).

Les pathologies qui influençaient le plus la prescription était les syndromes dépressifs majeurs et l'anxiété généralisée, les douleurs neuropathiques et la fibromyalgie.

##### **A- Les pathologies psychiatriques**

Pour la majorité des patients, 82 % (n = 41), on retrouvait un diagnostic psychiatrique.

Dans 6 % des cas (n=3), le syndrome dépressif n'était pas un syndrome dépressif complet.

Dans 22 % des cas (n=11), le syndrome dépressif était avéré mais d'intensité modéré.

Dans 40 % des cas (n=20), il existait un réel syndrome dépressif majeur associé à de l'anxiété généralisée pour 12 % (n=6).

Au total, 68 % des patients (n=34), présentaient un trouble de l'humeur.

L'anxiété généralisée était isolée dans 14 % des cas (n=7).

Pour 72 % des patients (n=36), les troubles présentés étaient réactionnels à des événements de vie ou des pathologies somatiques.

## **B- Les diagnostics non psychiatriques**

Pour 9 patients (18 %), il n'existait pas de diagnostic psychiatrique.

Les différentes pathologies retrouvées étaient les suivantes :

- 4 patients présentaient des douleurs chroniques dont 2 étaient étiquetées fibromyalgies.
- 1 patient avait une éjaculation prématurée
- 4 patients étaient suivis pour des troubles du sommeil. Dans 1 cas nous étions dans un contexte de deuil, dans un autre cas dans une situation de sevrage tabagique. Le troisième cas concernait une tentative de sevrage en somnifères et dans le dernier cas les troubles du sommeil étaient isolés.

Au moins une maladie chronique était présente chez 6 d'entre eux avec une forte influence sur la prescription dans 4 cas.

## **C- Les pathologies chroniques**

32 patients sur 50 (64 %) présentaient une ou des maladies chroniques.

Pour 9 d'entre eux, (28 %), les médecins nous ont transmis que cette présence avait fortement influencé la prescription d'antidépresseurs.

Les maladies chroniques ayant une forte influence sur la prescription étaient des pathologies invalidantes et/ou douloureuses (par exemple une polyarthrite rhumatoïde, un VIH, les maladies inflammatoires du tube digestif Crohn et RCH)

## **D- La douleur**

Chez 60% des patients (n=30), on retrouvait une pathologie douloureuse.

Elle a influencé fortement la prescription dans 14 % (n=7) des cas.

Les plaintes douloureuses pouvaient se cumuler allant pour 1 cas jusqu'à 5 items de douleurs présents.

Pour 22 % des patients (n=11), il existait au moins 2 items de la douleur présents.

On retrouvait des plaintes musculo-squelettiques dans 32% des observations (n=16), des douleurs diffuses dans 16% (n=8), des céphalées de tension dans

14% (n=7), des lombalgies chroniques dans 12% (n=6). Les sciatiques, douleurs neuropathiques, migraines, fibromyalgie étaient présentes chacune dans 6 % des cas (n=3).

Les pathologies douloureuses les plus influentes étaient dans l'ordre : les douleurs neuropathiques, la fibromyalgie, les douleurs diffuses et les plaintes musculo-squelettiques puis venaient les migraines et céphalées, et les lombalgies chroniques et sciatiques.

#### **4.1.6 Le ratio des facteurs contextuels sur les pathologies**

Il existait plus de facteurs contextuels que de pathologies dans environ 30% des observations (n=16).

Cette proportion est équivalente chez les patients présentant un trouble psychiatrique justifiant un antidépresseur (syndrome dépressif caractérisé sévère et anxiété généralisée) et chez les autres patients (symptômes dépressifs, syndrome dépressif caractérisé modéré, diagnostic non psychiatrique).

## **4.2 Validation du questionnaire**

### **4.2.1 Recueil des remarques des praticiens**

Le questionnaire est apparu comme reflétant les possibilités de prescriptions pour la majorité des praticiens.

La durée de l'entretien a semblé acceptable pour l'ensemble des médecins interrogés.

Les items manquant pour décrire le patient et ayant influencé la mise sous antidépresseurs étaient avant tout des éléments de contexte.

Pour 15 médecins sur 25 il semblait manquer un item décrivant le contexte familial. En effet, dans certaines observations, l'entourage a joué un rôle déterminant.

Dans certains cas, un conflit conjugal ou un contexte familial difficile était la cause même du syndrome dépressif. Dans d'autres cas, l'existence d'un

entourage peu aidant apparaissait comme un facteur de gravité de la maladie et donc comme un facteur pouvant influencer une prescription médicamenteuse.

Par ailleurs pour 4 médecins, l'existence d'un autre traitement, qu'il soit médicamenteux ou psychothérapeutique, faisait partie des facteurs les ayant influencés. Il semblait donc nécessaire de le rajouter au questionnaire.

Pour 3 observations, les patients étaient dans un contexte de sevrage (en alcool, en tabac et en somnifères) et en dehors de l'item addictions, il était difficile de faire ressortir cette information.

Dans les antécédents du patient, la maltraitance était une notion très souvent non renseignée. Les médecins ont volontiers admis que c'était une question qu'ils ne posent que trop rarement dans leur bilan chez des patients dépressifs, surtout quand ils les connaissaient depuis longtemps.

Dans les pathologies, il ne manquait pas d'item mais certaines pathologies ont nécessité une définition précise :

- Pour les troubles du sommeil, il a fallu préciser que l'on parlait de troubles isolés en dehors d'un syndrome dépressif ou anxieux.
- Pour les items concernant des douleurs, leur grand nombre nécessitait de les présenter dans un même temps pour caractériser au mieux la douleur du patient. On précisait pour la fibromyalgie que le diagnostic devait être posé, sinon, on parlait de douleurs diffuses.

## **4.2.2 Recueil des remarques de l'investigateur**

La durée de l'entretien était en moyenne de 30 min soit 15 min par observation.

### **4.1.1.1 Contexte**

La notion de « contexte actuel » du patient a posé problèmes dans le remplissage du questionnaire. En effet, certains éléments de contexte peuvent être anciens et, pourtant, faire partie de la problématique psychologique actuelle du patient. Par exemple un deuil peut être ancien mais non résolu et donc être intégré dans l'histoire actuelle du patient. Il en est de même pour les conflits familiaux ou le stress au travail.

Les médecins interrogés commençaient toujours l'entretien par la description du patient dans sa globalité (son histoire de vie, ses différentes pathologies)

avant d'aborder les symptômes précis qui ont justifié la mise sous antidépresseurs.

#### **4.1.1.2 Antécédents**

Nous avons pu remarquer que pour certaines observations les antécédents familiaux et la notion de maltraitance n'était pas renseignés dans le dossier médical du patient.

Cela n'avait pas de conséquences, puisque le but de l'étude était de mesurer l'importance des facteurs influençant la prescription du médecin. Il ne pouvait pas être influencé par ce qu'il ne connaissait pas.

Si l'information n'était pas connue du médecin interrogé, la case était laissée vide.

#### **4.1.1.3 Pathologies**

Au cours des entretiens, les pathologies ont été regroupées par grandes familles. Cela permettait d'alléger le questionnaire et de le réaliser plus rapidement.

Les pathologies douloureuses pouvaient par exemple être regroupées afin de faire préciser le type de douleur que présentait éventuellement le patient.

De la même façon, regrouper les items migraines et céphalées de tension permettait de préciser une céphalée.

Les diagnostics de démence, maladie de Parkinson et AVC qui sont plutôt des pathologies de la personne âgée pouvaient être demandés simultanément et donc passés rapidement pour une personne jeune.

### **4.2.3 Élaboration d'un questionnaire final pour l'étude de plus grande ampleur**

#### **4.1.1.4 Questionnaire modifié (annexe 5)**

Le jour de la semaine ne paraît pas un élément déterminant pour la prescription d'antidépresseur.



Le questionnaire final par contre renseignait sur le traitement :

- Classe d'antidépresseur et nom de la molécule,
- Posologie,
- Délai depuis l'institution du traitement.

Ces éléments étaient, pour cette étude, contenue dans le questionnaire n°2.

#### **4.1.1.5 Fiche explicative (annexe 6)**

Elle permet de donner une définition ou de détailler certains items qui ont pu soulever des questions au cours des entretiens.

## Discussion

### 5.1 Critique des échantillons

#### 5.1.1 Les médecins

Les médecins interrogés n'ayant pas été tirés au hasard, le groupe obtenu pourrait ne pas être superposable à la population des médecins généralistes français.

Il existe une forte proportion de MSU, ce qui a permis d'augmenter notre taux de réponses positives, en choisissant des médecins en général investis dans l'enseignement et la recherche.

L'âge moyen des médecins interrogés, 48.6 ans est proche de la moyenne nationale qui est de 51.5 ans.(58)

Par contre notre groupe comportait 80 % d'hommes et 20 % de femmes alors que la répartition nationale est plus équitable, 54 % d'hommes et 49 % de femmes.(58)

#### 5.1.2 Les traitements

Comme dans de nombreuses études, il est retrouvé une forte proportion d'IRS (ISRS 54 % et IRSNA 20 %).

En effet, d'après le rapport d'étude de la DRESS, à elles seules ces deux classes représentaient 76 % du marché des antidépresseurs. (59)

La durée des traitements ne peut pas vraiment être comparée aux données de la littérature puisqu'au moins 50% des sujets étaient sélectionnés parmi les traitements de moins de 6 mois pour éviter les biais de mémorisation.(60)

Les enquêtes SOFRES ont montré dans la majorité des cas que la durée du traitement par antidépresseur est longue : supérieure ou égale à 6 mois, dans 60 % à 70 % des cas et supérieure à un an dans 50 % des cas, alors que les recommandations préconisent qu'il n'y a pas lieu de poursuivre un traitement antidépresseur plus de 6 mois, après l'obtention de la rémission complète de l'épisode dépressif.(2)

### **5.1.3 Les patients**

La petite taille de notre échantillon était évidemment un facteur limitant la significativité des résultats.

L'analyse sociodémographique des patients sous antidépresseurs faisait l'objet d'un autre travail, et sera donc abordée brièvement.

#### **5.1.3.1 Le sexe**

Notre étude confirme la prédominance féminine chez les patients sous antidépresseurs. Toutes les études s'accordent pour dire qu'il y a environ 2 fois plus de femmes que d'hommes sous antidépresseurs. (53)(6)

#### **5.1.3.2 Les âges**

2 classes d'âge sont connues pour être plus à risque : 18-25, 45-54 chez femmes, 35-44 chez hommes (3) avec une consommation maximale entre 50 et 59 ans.(3)

Notre étude ne montre pas des résultats tout à fait comparables. Toutefois, on retrouve une proportion non négligeable de patients de plus de 80 ans (10 % en moyenne). En effet, si l'avancé en âge est plutôt reconnu comme facteurs de protection, après 80 ans les troubles dépressifs sont accentués.(3)

#### **5.1.3.3 Les catégories socioprofessionnelles**

Notre étude confirme la forte prévalence des classes modestes.

Si l'on regroupe les employés, les ouvriers, les retraités et les personnes sans emploi on obtient plus de 80 % de notre échantillon. Le faible niveau de revenu ou scolaire est reconnu comme facteur de risque de dépression caractérisée. (2)

Par ailleurs, même si certaines études concluent que le passage à la retraite fait diminuer la consommation d'antidépresseurs (61), la présence d'1/3 de retraités dans notre population pose question.

On peut effectivement penser que le passage à la retraite diminue effectivement l'éventuel stress dû à la vie active mais, la possible baisse du niveau de vie, l'avancé en âge et l'importance du deuil dans les prescriptions d'antidépresseurs sont autant de facteurs qui pourrait expliquer cette forte proportion.

#### **5.1.3.4 Les situations matrimoniales**

Le fait de vivre seul est connu comme facteur de risque de dépression avec un ratio de 1.3 (3) et notre étude relevait 26 % de personnes vivant seules.

Plusieurs études s'accordent pour dire que les sujets séparés ou divorcés sont plus souvent déprimés que les autres sujets. Ce risque semble plus marqué chez les hommes que chez les femmes. (2)(62)

Notre étude retrouvait 16 % de personnes séparées ou divorcées mais elle étudiait les patients sous antidépresseurs en général et pas uniquement les patients dépressifs.

## **5.2 Critique de la méthode**

### **5.2.1 Le questionnaire**

#### **5.2.1.1 Ses points forts**

Il a été établi grâce aux données de la littérature mais aussi grâce aux données issues de focus group formés de médecins généralistes. Il était donc adapté aux soins primaires et son contenu répondait aux pratiques courantes de médecine générale.

Il listait tous les facteurs pouvant potentiellement influencer le médecin dans sa prescription.

Il était articulé en plusieurs parties distinctes pour apporter plus de clarté et pour bien différencier les éléments de contexte et de diagnostic de pathologie.

Il était évalué au fur et mesure des entretiens.

### **5.2.1.2 Ses points faibles**

Son principal point faible est sa longueur. Il a fallu compter environ 15 min par observation.

Le nombre important d'item concernant la douleur était une difficulté pour le remplissage car il était difficile pour certaines douleurs mal caractérisées de trouver l'item le plus représentatif.

Il était rempli par l'investigateur et pas le médecin lui-même. Cela pouvait amener des biais d'interprétation mais permettait d'apporter les explications nécessaires et de mettre en place une technique standardisée pour les réaliser.

Il est apparu nécessaire en cours d'étude de le faire évoluer. Il a donc fallu reprendre les observations déjà réalisées. Cela a pu créer un biais de mémorisation.

## **5.2.2 Le recueil des données**

Il a été réalisé par l'investigateur avec l'aide du médecin et du dossier médical du patient. Les questions fermées limitaient les biais d'interprétation.

Pour limiter les erreurs de retranscription les données ont été vérifiées à plusieurs reprises.

## **5.2.3 Le traitement des données**

L'analyse des facteurs en 2 parties (la présence et l'influence) a permis de faire ressortir les facteurs souvent présents mais peu influents (exemple : le tabac), et, a contrario, des facteurs retrouvés moins souvent mais avec une forte influence sur la prescription. (exemple : les situations judiciaires)

## **5.3 Discussion des résultats**

### **5.3.1 Etude quantitative : les facteurs qui influencent la prescription**

#### **5.3.1.1 Les facteurs contextuels**

Les facteurs contextuels les plus fréquents et les plus influents étaient le stress au travail, le deuil et les antécédents de dépression traitée ou de prescription antérieure d'antidépresseur.

Cette étude a permis de faire ressortir la présence de facteurs fréquents et peu influents comme le tabagisme et l'alcoolisme ou l'invalidité. A contrario, certains facteurs étaient peu présents mais avec une forte influence sur la prescription comme par exemple la discrimination, l'isolement social ou les antécédents de tentative de suicide.

Les conflits familiaux étaient l'item manquant le plus fréquent.

#### **A- Santé mentale et travail**

Le chômage est connu pour être un facteur de risque de dépression (3) mais le travail ne semble pas pour autant protéger de ce risque.

En effet, les problèmes de santé mentale en lien avec l'activité professionnelle sont régulièrement évoqués, et la survenue d'événements comme des suicides sur les lieux de travail leur ont donné une certaine ampleur. La prise en compte de ces problèmes, à la fois par de nombreuses entreprises et les pouvoirs publics, illustre l'importance sociétale de cette question.(63)

Les indicateurs de stress au travail(64)(65) se détériorent depuis 2000 où 29 % des salariés européens ont des problèmes de santé au travail.

Selon l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, 40 à 50% des entreprises de plus de 250 salariés ont mis en place des procédures pour lutter contre les risques psychosociaux au travail (entre 20 et 30 % des entreprises de moins de 50 salariés).

Dans notre échantillon, seuls 50 % des patients exerçaient une activité professionnelle mais pour 17 (68 %) d'entre eux il existait du stress au travail avec une forte influence sur la prescription d'antidépresseur pour 10 patients (40 %).

## **B- Le deuil**

Il existe 16 % de veufs.

Le deuil était dans notre étude un des facteurs les plus présents et les plus influents dans la décision des médecins généralistes.

D'après la définition de Bourgeois et Verdoux en 1994, les deuils compliqués et pathologiques se définissent ainsi :

- Le deuil absent ou retardé,
- Le deuil prolongé : persistance de la tristesse ou des symptômes dépressifs au-delà de la durée habituelle (6 à 12 mois) ou réactivation de ceux-ci aux dates anniversaires,
- Le deuil intensifié : colère et culpabilité au premier plan, phase initiale intense,
- Le deuil masqué : deuil inachevé ou incomplet pouvant se manifester par des symptômes somatiques,
- Le deuil pathologique : manifestations psychiatriques chez des sujets sans antécédents.

A noter que le deuil est, pour l'instant, exclu de la définition du syndrome dépressif majeur dans le DSM IV et rend donc les dépressions réactionnelles à un deuil, difficiles à prendre en charge. Une liste de critères diagnostiques propres au deuil est proposée pour le DSM V (66) Tant qu'il n'existe pas de diagnostic individualisé, les médecins traitent les troubles de façon non spécifique. La question qui se pose donc est : faut-il traiter différemment des symptômes dépressifs dans un contexte de deuil ?

Il n'existe à ce jour pas de recommandations précises sur la prise en charge du deuil.

Dans le DSM IV, la présence de certains symptômes non caractéristiques d'une réaction « normale » de chagrin peut aider à différencier le deuil d'un épisode dépressif majeur :

- Culpabilité à propos de choses autres que les actes entrepris ou non entrepris par le survivant à l'époque du décès,
- Idées de mort chez le survivant ne correspondant pas au souhait d'être mort avec la personne décédée,
- Sentiment morbide de dévalorisation,

- Ralentissement psychomoteur marqué,
- Altération profonde et prolongé du fonctionnement,
- Hallucinations autres que celles d'entendre la voix ou de voir transitoirement l'image du défunt.

### **C- Contexte familial difficile**

Dans presque la moitié des observations le contexte familial a joué un rôle dans la prescription. Pourtant, ce facteur ne faisait pas partie des items du questionnaire.

Cela a pu créer un biais dans l'analyse de l'importance des différents facteurs.

Une enquête réalisée en 2004 sur plus de 5000 patients sous antidépresseurs montrait que les événements de vie les plus présents lors de la mise sous antidépresseurs étaient les conflits familiaux, conjugaux ou professionnels et l'isolement affectif.(67)

### **D- Les antécédents psychiatriques personnels et familiaux**

Une prescription antérieure d'antidépresseurs était l'antécédent le plus fréquemment retrouvé chez les patients de l'étude. C'est également l'élément le plus influent pour la prescription.

L'affsaps recommande de rechercher l'existence d'épisodes dépressifs antérieurs, ainsi que l'efficacité et la tolérance des traitements antidépresseurs antérieurement administrés. Même si cette stratégie thérapeutique a été insuffisamment évaluée, il est recommandé de choisir préférentiellement un antidépresseur qui s'est avéré efficace et bien toléré lors d'un épisode antérieur.(68)

## **5.3.1.2 Les pathologies**

### **A- Les diagnostics psychiatriques**

L'anxiété généralisée et la dépression sévère étaient les pathologies les plus fréquemment retrouvées chez les patients sous antidépresseurs et la dépression sévère restait le facteur le plus influent.

Ces résultats étaient attendus dans la mesure où ce sont les indications principales des antidépresseurs.



Ils sont cohérents avec les études de consommation d'antidépresseurs globale en France réalisées en 2002 puisqu'elles retrouvaient également 14 % d'anxiété isolée et 62 % de patients ayant présentés un trouble de l'humeur. (1)

On pouvait noter que la grande majorité des troubles psychiatriques en médecine générale étaient réactionnels à des événements de vie ou à des comorbidités. La plupart des dépressions de médecine générale sont donc exogènes et non endogènes.

Même si certains dénoncent ce qu'ils perçoivent comme un traitement pharmaceutiques de problèmes sociaux, l'étude réalisée par l'OPEPS sur le bon usage des médicaments psychotropes, infirme totalement l'idée que le recours aux psychotropes pourrait correspondre à une médicalisation de la crise sociale.(6)

Les antidépresseurs n'ont pas fait preuve d'une efficacité dans les syndromes dépressifs non caractérisés et dans les dépressions d'intensité légère (14).

Ces épisodes subsyndromiques sont pourtant fréquents en médecine générale et pourvoyeurs de handicap et d'altération de la qualité de vie. (69)

Les guides de bonnes pratiques ne sont pas clairs sur la dépression légère et les difficultés sociales, et laissent le médecin généraliste sans recommandations précises pour ces patients déprimés.

La psychothérapie est indiquée en première intention dans les dépressions légères.(70) Une réelle difficulté d'accès aux soins spécialisés de psychiatries existe et cela laisse donc le médecin généraliste démuni pour la prise en charge de ces patients. Pour améliorer la prescription des antidépresseurs, il apparaît important que les alternatives à ce traitement soient accessibles et testées comme efficaces.(57)

## **B- Diagnostics non psychiatriques**

Notre étude cherchait à les mettre en évidence et en a retrouvé 9/50 prescriptions (18 %).

### **a- La douleur**

Dans notre étude, les problématiques douloureuses étaient au premier plan de ces diagnostics non psychiatriques.

On a pu remarquer que les douleurs neuropathiques et les fibromyalgies étaient peu fréquentes mais influençaient fortement la prescription d'antidépresseurs.

Ces résultats pouvaient être attendus car dans ces 2 indications les antidépresseurs ont fait la preuve de leur efficacité et sont même indiqués dans les douleurs neuropathiques.

La migraine est une indication des antidépresseurs (tricycliques en particulier), mais, dans notre étude, c'est un facteur qui a peu influencé la prescription. Pour ces patients, la migraine était plus souvent une comorbidité, que la raison principale de la prescription.

Les plaintes musculo-squelettiques étaient quant à elles beaucoup plus fréquentes mais influençaient peu la prescription d'antidépresseurs. Leur efficacité n'a d'ailleurs pas été prouvée dans cette indication.

Notre étude a mis en évidence la présence de tableaux douloureux multiples, parfois mal caractérisés. Ces tableaux complexes peuvent s'avérer difficiles à prendre en charge et être associés à une souffrance psychique induisant une prescription d'antidépresseur.

#### **b- Les troubles du sommeil**

Dans notre étude, 4 patients présentaient des troubles du sommeil en dehors de pathologies psychiatriques. Mais finalement dans un seul cas, les troubles étaient réellement isolés. Dans les 3 autres situations s'associaient des éléments de contexte ayant conduit à la prescription d'antidépresseurs.

Deux patients étaient dans des situations de sevrage, l'un en somnifères et l'autre en tabac.

Pour le sevrage tabagique, seuls le bupropion et la nortriptyline ont montré une efficacité mais pas les ISRS.(49) Le médecin généraliste prescripteur, face à l'échec de la thérapeutique introduite, avait d'ailleurs arrêté le traitement entre les 2 étapes de l'étude.

Pour le sevrage en somnifères, le médecin prescripteur s'était interrogé sur l'existence possible d'une dépression masquée avec des troubles du sommeil au premier plan.

Pour le troisième patient, les troubles survenaient dans un contexte de deuil et rejoint donc les difficultés de traitement des symptômes du deuil et la limite difficile entre deuil normal et pathologique.

Les antidépresseurs ne sont, à ce jour, recommandés que dans le traitement des troubles du sommeil associés à des troubles psychiatriques(20), mais peu d'études ont étudié leurs effets sur les troubles isolés.(71)

Notre étude a encore une fois mis en lumière l'existence de tableaux parfois complexes en médecine générale, où le contexte dans lequel surviennent les symptômes joue un rôle important. L'échec ou la mauvaise tolérance des thérapeutiques de première intention pousse parfois à « l'essai » de thérapeutiques à la marge des recommandations.

### **c- Les symptômes généraux**

On a remarqué au cours de l'étude un nombre non négligeable de symptômes généraux tels qu'une fatigue isolée, des plaintes chroniques diffuses, l'existence de symptômes inexpliqués. Il existe peu de données sur l'efficacité des antidépresseurs dans ces indications.

### **C- Les maladies chroniques**

64 % des patients présentaient au moins une maladie chronique.

D'après l'OPEPS, dans 80 % des ordonnances, la prescription de psychotropes est en effet associée à la prescription de médicaments appartenant à d'autres spécialités médicales relevant souvent du traitement de maladies chroniques.(6)

Les maladies souvent associées sont les cancers, le diabète, les maladies rhumatismales.(3)

Dans notre étude, les pathologies ayant influencé le plus la prescription étaient des pathologies altérant l'autonomie et la qualité de vie du patient. On citera par exemple les polyarthrites rhumatoïdes et les maladies inflammatoires du tube digestif (crohn et rectocolites) qui ont, à chaque fois, influencé fortement la prescription. Les cancers, par la variabilité de leurs conséquences cliniques et leur réponse aux traitements avaient une influence modérée sur la prescription.

Les pathologies chroniques les plus fréquemment rencontrées, comme l'hypertension artérielle, les dyslipidémies, l'asthme et la BPCO (équilibrés) n'influençaient jamais la prescription.

### **5.3.1.3 Importance du contexte par rapport aux pathologies**

L'étude a montré que les médecins avaient besoin de présenter le patient dans son contexte médical et son histoire de vie avant de décrire ses différents symptômes.

Dans 30 % des cas, il existait des facteurs de contexte plus nombreux que les pathologies. Il était difficile de tirer des conclusions de ces résultats car même s'il n'existait qu'un seul facteur contextuel, il pouvait avoir une importance telle pour le patient qu'il prenait le pas sur les symptômes dans la prescription. On peut citer, par exemple, un deuil non résolu, du stress au travail ou une situation judiciaire en cours.

## **5.3.2 Etude qualitative : validation du questionnaire**

### **5.3.2.1 Des points positifs**

L'étude a été bien acceptée par les médecins généralistes interrogés.

Ils savaient que l'étude était menée par des médecins généralistes et que le but était de mettre en lumière toute la spécificité de leur pratique courante et non pas de juger leurs prescriptions.

Il est apparu complet dans la majorité des cas, permettant de décrire précisément la situation sociale et médicale du patient, et la démarche du médecin prescripteur.

Il a permis de mettre en évidence toute la complexité des patients de médecine générale qui associent parfois un grand nombre de pathologies dans des contextes de vie difficiles.

Le recueil des remarques des médecins interrogés et de l'investigateur a permis de réaliser un questionnaire final complet et organisé pour permettre une réalisation standardisée dans l'étude de plus grande ampleur.

Cela permettra d'avoir des résultats plus significatifs et donc d'augmenter les connaissances sur les facteurs décisionnels des médecins généralistes dans leur prescription d'antidépresseurs.

### **5.3.2.2 Des points négatifs**

On pourrait noter sa longueur et donc le temps qu'il demandait pour chaque observation mais en réalité aucun médecin ne l'a reproché au cours de l'étude.

Le principal défaut du questionnaire était l'absence d'item décrivant le contexte familial. L'existence de conflits conjugaux ou familiaux étaient des facteurs déterminants dans les syndromes psychiatriques des patients et donc dans la prescription.

Pour les médecins généralistes, la qualité de l'entourage est un élément à prendre en compte dans la prise en charge d'un patient sous antidépresseurs.

## Conclusion

Les médecins généralistes sont à l'origine de la majorité des prescriptions d'antidépresseurs.

Cette étude a permis de mettre en évidence l'importance du contexte de vie du patient dans la prescription, en particulier le stress au travail, et le deuil.

Elle a révélé des facteurs rares mais très influents comme les situations judiciaires et des facteurs très fréquents mais ayant peu d'influence sur la prescription comme le tabagisme.

Les médecins interrogés tenaient compte du contexte psycho-social du patient dans leurs décisions d'introduire un traitement antidépresseur.

Les pathologies psychiatriques, comme attendu, ont été les motifs de prescription principaux. Pourtant les syndromes dépressifs non avérés ou d'intensité mineure, caractérisent aussi les patients de médecine générale et amenaient à la prescription d'antidépresseurs, faute de recommandations précises et d'accessibilité aux autres thérapies.

Des pathologies douloureuses étaient retrouvées chez plus de la moitié des patients mais n'ont induit une prescription que dans de rares cas.

Les diagnostics non psychiatriques représentaient 18% des prescriptions.

Ces résultats sont logiques et rassurants mais sont-ils pour autant le reflet de prescriptions utiles ?

Ce travail a permis de faire un premier état des lieux sur la prescription des antidépresseurs en médecine générale et de montrer toute la spécificité des soins primaires. En effet, que ce soit par le type de patients avec leurs histoires de vie et leurs attentes ; la variété des situations cliniques rencontrées ou le mode d'exercice dépendant par exemple de la durée de consultations et des moyens à dispositions ; les soins primaires ne peuvent être comparés aux soins spécialisés en psychiatries et nécessitent d'être étudiés dans toute leur complexité.

L'amélioration de la prescription des antidépresseurs ne peut passer que par l'étude des pratiques en soins primaires avec des patients de soins primaires.

Cette étude pilote a permis d'élaborer un questionnaire validé et testé pour une étude de plus grande ampleur.

## Bibliographie

1. Olié JP, Elomari F, Spadone C, Lépine JP. [Antidepressants consumption in the global population in France]. *Encephale*. oct 2002;28(5 Pt 1):411- 417.
2. AFFSAPS - Etude de la prescription et de la consommation des antidépresseurs en ambulatoire.pdf.
3. Premier bilan « Plan psychiatrie - Santé mentale 2005-2008 » & Lancement de la campagne d'information « Dépression : en savoir plus pour en sortir » Disponible sur: [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier\\_de\\_presse\\_depression-2.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_depression-2.pdf)
4. Gasquet I, Nègre-Pagès L, Fourrier A, Nachbaur G, El-Hasnaoui A, Kovess V, et al. [Psychotropic drug use and mental psychiatric disorders in France; results of the general population ESEMeD/MHEDEA 2000 epidemiological study]. *Encephale*. avr 2005;31(2):195- 206.
5. The State of Mental Health in the European Union. 2004 [Internet]. [cité 13 févr 2013]. Disponible sur : [http://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_projects/2001/monitoring/fp\\_monitoring\\_2001\\_frep\\_06\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_frep_06_en.pdf)
6. Office parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé: Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes. 2006 Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-off/i3187.asp>
7. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004;(420):55- 64.
8. Lépine J-P, Gasquet I. [Psychotropic drug use in France: changes over time and comparison with other European countries]. *Bull. Acad. Natl. Med.* juin 2006;190(6):1139- 1144; discussion 1144- 1145.
9. Consommation et dépenses de médicaments : Comparaison des pratiques françaises et européennes Point d'information mensuel 19 octobre 2007 Disponible sur : [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Consommation\\_et\\_depenses\\_de\\_medicaments\\_-\\_Europe.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Consommation_et_depenses_de_medicaments_-_Europe.pdf)
10. Chen Y, Kelton CML, Jing Y, Guo JJ, Li X, Patel NC. Utilization, price, and spending trends for antidepressants in the US Medicaid Program. *Res Social Adm Pharm*. sept 2008;4(3):244- 257.
11. Tardieu S, Bottero A, Blin P, Bohbot M, Goni S, Gerard A, et al. Roles and practices of general practitioners and psychiatrists in management of depression in the community. *BMC Fam Pract*. 2006;7:5.



12. Piek E, van der Meer K, Hoogendijk WJG, Penninx BWJH, Nolen WA. Most antidepressant use in primary care is justified; results of the Netherlands Study of Depression and Anxiety. *PLoS ONE*. 2011;6(3):e14784.
13. Stewart JA, Deliyannides DA, Hellerstein DJ, McGrath PJ, Stewart JW. Can people with nonsevere major depression benefit from antidepressant medication? *J Clin Psychiatry*. avr 2012;73(4):518- 525.
14. Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, Dimidjian S, Amsterdam JD, Shelton RC, et al. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *JAMA*. 6 janv 2010;303(1):47- 53.
15. Mercier A, Auger-Aubin I, Lebeau J-P, Royen P, Peremans L. Understanding the prescription of antidepressants: a Qualitative study among French GPs. *BMC Family Practice*. 2011;12(1):99.
16. Mojtabai R, Olfson M. Proportion of antidepressants prescribed without a psychiatric diagnosis is growing. *Health Aff (Millwood)*. août 2011;30(8):1434- 1442.
17. L o H, Oli  J-P. Effets thérapeutiques et indications des antidépresseurs. *EMC - Psychiatrie*. oct 2004;1(4):273- 283.
18. Agence national d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES): Recommandations pour la pratique clinique CCQ (Céphalées chroniques quotidiennes) : Diagnostic, Rôle de l'abus médicamenteux, Prise en charge. 2004. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ccq\\_recos.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ccq_recos.pdf)
19. Moja PL, Cusi C, Sterzi RR, Canepari C. Selective serotonin re-uptake inhibitors (SSRIs) for preventing migraine and tension-type headaches. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(3):CD002919.
20. Schutte-Rodin S, Broch L, Buysse D, Dorsey C, Sateia M. Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. *J Clin Sleep Med*. 15 oct 2008;4(5):487- 504.
21. Haute autorité de santé (HAS): Quelle place pour la prégabaline dans les douleurs neuropathiques ? 2007 Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_591180/quelle-place-pour-la-pregabaline-lyrica](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_591180/quelle-place-pour-la-pregabaline-lyrica)
22. Dharmshaktu P, Tayal V, Kalra BS. Efficacy of antidepressants as analgesics: a review. *J Clin Pharmacol*. janv 2012;52(1):6- 17.
23. Bril V, England J, Franklin GM, Backonja M, Cohen J, Del Toro D, et al. Evidence-based guideline: Treatment of painful diabetic neuropathy: report of the American Academy of Neurology, the American Association of Neuromuscular and Electrodiagnostic Medicine, and the American Academy of

Physical Medicine and Rehabilitation. Neurology. 17 mai 2011;76(20):1758- 1765.

24. Lunn MP, Hughes RA, Wiffen PJ. Duloxetine for treating painful neuropathy or chronic pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(4):CD007115.
25. Urquhart DM, Hoving JL, Assendelft WWJJ, Roland M, van Tulder MW. Antidepressants for non-specific low back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;(1):CD001703.
26. Attal N, Cruccu G, Baron R, Haanpää M, Hansson P, Jensen TS, et al. EFNS guidelines on the pharmacological treatment of neuropathic pain: 2010 revision. *Eur. J. Neurol.* sept 2010;17(9):1113- e88.
27. Anand KS, Dhikav V, Prasad A, Shewtengna. Efficacy, safety and tolerability of duloxetine in idiopathic trigeminal neuralgia. *J Indian Med Assoc.* avr 2011;109(4):264- 266.
28. Alviar MJM, Hale T, Dungca M. Pharmacologic interventions for treating phantom limb pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(12):CD006380.
29. Zakrzewska JM, Forssell H, Glenny AM. Interventions for the treatment of burning mouth syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;(1):CD002779.
30. Seitz DP, Adunuri N, Gill SS, Gruneir A, Herrmann N, Rochon P. Antidepressants for agitation and psychosis in dementia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(2):CD008191.
31. Ghazi-Noori S, Chung TH, Deane K, Rickards HE, Clarke CE. Therapies for depression in Parkinson's disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 1996 [cité 17 févr 2013]. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003465/abstract>
32. Chen Y, Patel NC, Guo JJ, Zhan S. Antidepressant prophylaxis for poststroke depression: a meta-analysis. *Int Clin Psychopharmacol.* mai 2007;22(3):159- 166.
33. Chollet F, Tardy J, Albucher J-F, Thalamas C, Berard E, Lamy C, et al. Fluoxetine for motor recovery after acute ischaemic stroke (FLAME): a randomised placebo-controlled trial. *Lancet Neurol.* févr 2011;10(2):123- 130.
34. Chollet F, Acket B, Raposo N, Albucher JF, Loubinoux I, Pariente J. Use of antidepressant medications to improve outcomes after stroke. *Curr Neurol Neurosci Rep.* janv 2013;13(1):318.
35. Hoque R, Chesson AL Jr. Pharmacologically induced/exacerbated restless legs syndrome, periodic limb movements of sleep, and REM behavior disorder/REM sleep without atonia: literature review, qualitative scoring, and comparative analysis. *J Clin Sleep Med.* 15 févr 2010;6(1):79- 83.

36. Baldo P, Doree C, Lazzarini R, Molin P, McFerran DJ. Antidepressants for patients with tinnitus. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;(4):CD003853.
37. Brown J, O'Brien PMS, Marjoribanks J, Wyatt K. Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(2):CD001396.
38. Shah NR, Jones JB, Aperi J, Shemtov R, Karne A, Borenstein J. Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: a meta-analysis. *Obstet Gynecol.* mai 2008;111(5):1175- 1182.
39. Rada G, Capurro D, Pantoja T, Corbalán J, Moreno G, Letelier LM, et al. Non-hormonal interventions for hot flushes in women with a history of breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(9):CD004923.
40. Mariappan P, Alhasso A, Ballantyne Z, Grant A, N'Dow J. Duloxetine, a serotonin and noradrenaline reuptake inhibitor (SNRI) for the treatment of stress urinary incontinence: a systematic review. *Eur. Urol.* janv 2007;51(1):67- 74.
41. National Guideline Clearinghouse | (1) Incontinence in women. In: Guidelines on urinary incontinence. (2) 2010 addendum to 2009 urinary incontinence guidelines. [Internet]. [cité 18 févr 2013]. Disponible sur: <http://guideline.gov/content.aspx?id=16386&search=Surgical+Tape+>
42. Roxburgh C, Cook J, Dublin N. Anticholinergic drugs versus other medications for overactive bladder syndrome in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(3):CD003190.
43. Moreland AJ, Makela EH. Selective serotonin-reuptake inhibitors in the treatment of premature ejaculation. *Ann Pharmacother.* août 2005;39(7-8):1296- 1301.
44. McMahon CG. Dapoxetine: a new option in the medical management of premature ejaculation. *Ther Adv Urol.* oct 2012;4(5):233- 251.
45. Hatzimouratidis K, Amar E, Eardley I, Giuliano F, Hatzichristou D, Montorsi F, et al. Guidelines on male sexual dysfunction: erectile dysfunction and premature ejaculation. *Eur. Urol.* mai 2010;57(5):804- 814.
46. Rahimi R, Nikfar S, Rezaie A, Abdollahi M. Efficacy of tricyclic antidepressants in irritable bowel syndrome: a meta-analysis. *World J. Gastroenterol.* 7 avr 2009;15(13):1548- 1553.
47. Ford AC, Talley NJ, Schoenfeld PS, Quigley EMM, Moayyedi P. Efficacy of antidepressants and psychological therapies in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Gut.* mars 2009;58(3):367- 378.

48. Ruepert L, Quartero AO, de Wit NJ, van der Heijden GJ, Rubin G, Muris JW. Bulking agents, antispasmodics and antidepressants for the treatment of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(8):CD003460.
49. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(1):CD000031.
50. Alcohol-Use Disorders: Diagnosis, Assessment and Management of Harmful Drinking and Alcohol Dependence. Leicester (UK): British Psychological Society; 2011.
51. Lima MS, Reisser AA, Soares BG, Farrell M. Antidepressants for cocaine dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(2):CD002950.
52. Eco-Santé France 2013 [Internet]. [cité 7 mars 2013]. Disponible sur: <http://www.ecosante.fr/index2.php?base=FRAN&langh=FRA&langs=FRA&sessionid=>
53. dossier\_de\_presse\_depression-2.pdf [Internet]. [cité 3 sept 2012]. Disponible sur: [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier\\_de\\_presse\\_depression-2.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_depression-2.pdf)
54. Baik S-Y, Gonzales JJ, Bowers BJ, Anthony JS, Tidjani B, Susman JL. Reinvention of depression instruments by primary care clinicians. *Ann Fam Med*. juin 2010;8(3):224- 230.
55. Stolper E, Van de Wiel M, Van Royen P, Van Bokhoven M, Van der Weijden T, Dinant GJ. Gut feelings as a third track in general practitioners' diagnostic reasoning. *J Gen Intern Med*. févr 2011;26(2):197- 203.
56. Van Geffen ECG, Heerdink ER, Hugtenburg JG, Siero FW, Egberts ACG, van Hulten R. Patients' perceptions and illness severity at start of antidepressant treatment in general practice. *Int J Pharm Pract*. août 2010;18(4):217- 225.
57. Hyde J, Calnan M, Prior L, Lewis G, Kessler D, Sharp D. A qualitative study exploring how GPs decide to prescribe antidepressants. *Br J Gen Pract*. oct 2005;55(519):755- 762.
58. Atlas national | Conseil National de l'Ordre des Médecins/ démographie médicale 2012. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/demographie/atlas-national-873>
59. Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. Les ventes d'antidépresseurs entre 1980 et 2001. Etudes et résultats. Série Etudes n°36. Octobre 2003. [Internet]. [cité 14 mars 2013]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud36.pdf>
60. Moore M, Yuen HM, Dunn N, Mullee MA, Maskell J, Kendrick T. Explaining the rise in antidepressant prescribing: a descriptive study using the general practice research database. *BMJ*. 2009;339:b3999.

61. Oksanen T, Vahtera J, Westerlund H, Pentti J, Sjösten N, Virtanen M, et al. Is retirement beneficial for mental health?: antidepressant use before and after retirement. *Epidemiology*. juill 2011;22(4):553- 559.
62. Prévalence et prise en charge médicale de la dépression en 1996-1997  
Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes21.pdf>
63. BEH, numéro thématique - santé mentale et travail : comprendre pour surveiller, 9 juin 2009 /n° 25-26 Disponible sur:  
[http://www.invs.sante.fr/beh/2009/25\\_26/beh\\_25\\_26\\_2009.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2009/25_26/beh_25_26_2009.pdf)
64. 5 décembre 2007 / N° 412 Risques\_professionnels\_psychosociaux.pdf  
Disponible sur:  
[http://www.unaformec.org/publications/journalfaxe/2007\\_12\\_06\\_Risques\\_professionnels\\_psychosociaux.pdf](http://www.unaformec.org/publications/journalfaxe/2007_12_06_Risques_professionnels_psychosociaux.pdf)
65. 17 décembre 2008 / N° 454 Suicide en lien avec le travail Disponible sur:  
[http://www.unaformec.org/publications/journalfaxe/2008\\_12\\_17\\_Suicide\\_en\\_lien\\_avec\\_le\\_travail.pdf](http://www.unaformec.org/publications/journalfaxe/2008_12_17_Suicide_en_lien_avec_le_travail.pdf)
66. Rosner R, Pfoh G, Kotoucova M. Treatment of complicated grief. *Eur J Psychotraumatol*;2. Disponible sur:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3402114/>
67. Couturier Ludmila. Antidépresseurs : quels sont les facteurs de prescription ? Entretien de Bichat 2004 Disponible sur:  
<http://www.edimark.fr/publications/articles/antidepresseurs-quels-sont-les-facteurs-de-prescription/10394>
68. AFSSAPS-Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte Disponible sur:  
[http://ansm.sante.fr/content/download/3923/38830/version/5/file/reco\\_antidepresseur\\_adultes.pdf](http://ansm.sante.fr/content/download/3923/38830/version/5/file/reco_antidepresseur_adultes.pdf)
69. Recommandations pour traiter la dépression : avantages et limites de la normalisation. Disponible sur:  
[http://www.sfm.org/data/generateur/generateur\\_fiche/174/fichier\\_mg\\_587\\_martinez\\_14353a7b6.pdf](http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/174/fichier_mg_587_martinez_14353a7b6.pdf)
70. RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire.
71. DeMartinis NA, Winokur A. Effects of psychiatric medications on sleep and sleep disorders. *CNS Neurol Disord Drug Targets*. févr 2007;6(1):17- 29.



## **ANNEXE 1**

# **INDICATION DES ANTIDEPRESSEURS**

---

<b>Utilité des antidépresseurs</b>
<p> Douleur neuropathique, migraine, céphalées de tension, fibromyalgie  Incontinence urinaire d'effort, éjaculation prématurée  Prévention de la dépression et de l'émotivité après un AVC  Sevrage tabagique  Syndrome prémenstruel, bouffées de chaleur pendant la ménopause  Syndrome de l'intestin irritable </p>
<b>Utilité probable des antidépresseurs</b>
<p> Néuralgie post herpétique, néuralgie du trijumeau  Agitation de la démence, récupération motrice après un AVC  Syndrome de vessie irritative </p>
<b>Pas de preuve de l'efficacité des antidépresseurs</b>
<p> Céphalées de tension avec abus de substances, sciatique, maladie de Parkinson, troubles du sommeil  Sialorrhée  Acouphènes, prurit  Asthénie, fatigue chronique, fatigue du cancer, dépression dans le cadre de maladies physiques  Plaintes inexplicables, troubles somatoformes, refus de traitement, perte de poids chez les diabétiques de type 2. </p>
<b>Preuves d'inefficacité des antidépresseurs</b>
<p> Neuropathie du HIV, douleur du membre fantôme, brûlures buccales, lombalgie, syndrome des jambes sans repos  Dysfonction érectile, autres types d'incontinence  Alcoolisme  Symptômes musculosquelettiques. </p>



## **ANNEXE 2**

### **QUESTIONNAIRE N°1**

---

## Questionnaire médecin étude pilote

Ce questionnaire a pour but de comptabiliser le nombre TOTAL de patients sous antidépresseurs et d'en évaluer la proportion dans la patientèle de MG.

<b>Nom</b> du médecin <i>3 premières lettres</i>	_ _ _
<b>Prénom</b> du médecin <i>2 premières lettres</i>	_ _

Age	_ _  ans
Sexe	<input type="radio"/> Homme <input style="margin-left: 100px;" type="radio"/> Femme

Milieu d'exercice	<input type="radio"/> Rural	<input type="radio"/> Urbain
Nombre d'années installation	_ _  ans	
Modalité d'installation	<input type="radio"/> Seul	
	<input type="radio"/> En groupe	
	<input type="radio"/> ECA	

### Indicateur d'activité

Lundi	Nombre d'actes	_ _	Nombre de patients sous Antidépresseurs*	_ _
Mardi	Nombre d'actes	_ _	Nombre de patients sous Antidépresseurs*	_ _
Mercredi	Nombre d'actes	_ _	Nombre de patients sous Antidépresseurs*	_ _
Jeudi	Nombre d'actes	_ _	Nombre de patients sous Antidépresseurs*	_ _
Vendredi	Nombre d'actes	_ _	Nombre de patients sous Antidépresseurs*	_ _
Samedi	Nombre d'actes	_ _	Nombre de patients sous Antidépresseurs*	_ _

L'indicateur d'activité se fait sur une semaine complète. Si vous n'avez pas travaillé une journée (le jeudi, par exemple... Mettre 0 dans les cases concernées)

\* Tous patients ayant fait l'objet d'une prescription d'antidépresseur, **quelle que soit l'indication** lors des **6 derniers mois**, que le traitement soit toujours en cours ou non.

## **ANNEXE 3**

### **QUESTIONNAIRE N°2**

---

**PRESCRIPTION D'ANTIDÉPRESSEURS EN SOINS PRIMAIRES (ATD)  
Questionnaire descriptif des prescriptions**

Jour de la semaine : Lu / Ma / Me / J / V / S

Fiche n°

**CARACTERISTIQUES DU PATIENT**

Nom du patient (3 premières lettres)	_ _ _	
Prénom du patient (2 premières lettres)	_ _	
Sexe	<input type="checkbox"/> Homme	<input type="checkbox"/> Femme
Age	_ _	
Catégorie Socio-Professionnelle INSEE	_	
Situation matrimoniale actuelle	<input type="checkbox"/> Mariage, PACS	<input type="checkbox"/> Divorce
	<input type="checkbox"/> Célibat	<input type="checkbox"/> Veuvage

**CARACTERISTIQUES DU TRAITEMENT**

1) **Le traitement est-il actuellement en cours ?\***

Oui

Non

**a) Si oui, caractéristiques du traitement actuel**

Molécule ou nom de spécialité	_____	
Posologie (actuelle) en mg par jour	_ _ _ _  mg/ j	
Date estimée de l'instauration de la prescription	<input type="checkbox"/> ≤ 3 mois	<input type="checkbox"/> > 1 an et ≤ 2ans
	<input type="checkbox"/> > 3 mois et ≤ 6 mois	<input type="checkbox"/> > 2 ans et ≤ 5 ans
	<input type="checkbox"/> > 6 mois et ≤ 1an	<input type="checkbox"/> > 5 ans
	<input type="checkbox"/> Traitement trop discontinu pour pouvoir répondre*	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Observance estimée du traitement	<input type="checkbox"/> Médiocre	<input type="checkbox"/> Bonne

**b) Si non, caractéristiques du traitement antérieur (arrêté depuis moins de 6 mois)**

Durée estimée de la prescription	<input type="checkbox"/> ≤ 3 mois	<input type="checkbox"/> > 1 an et ≤ 2ans
	<input type="checkbox"/> > 3 mois et ≤ 6 mois	<input type="checkbox"/> > 2 ans et ≤ 5 ans
	<input type="checkbox"/> > 6 mois et ≤ 1an	<input type="checkbox"/> > 5 ans
	<input type="checkbox"/> Traitement trop discontinu pour pouvoir répondre*	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Observance estimée du traitement	<input type="checkbox"/> Médiocre	<input type="checkbox"/> Bonne

2) **Par qui a (ou avait) été initiée la prescription ?**

<input type="checkbox"/> Vous-même	<input type="checkbox"/> Autre spécialiste
<input type="checkbox"/> Autre MG	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
<input type="checkbox"/> Psychiatre	

\* Un traitement pris de façon discontinue avec des arrêts < 1 mois est considéré comme continu.

**ANNEXE 4**

**QUESTIONNAIRE N°3**

---

PRESCRIPTION D'ANTIDÉPRESSEURS EN SOINS PRIMAIRES (ATD)

Evaluation des antécédents, du contexte actuel de soins, et des pathologies des patients pris en charge

<b>Nom</b> du médecin <i>3 premières lettres</i>	_ _ _
<b>Prénom</b> du médecin <i>2 premières lettres</i>	_ _
<b>Date de la visite du patient</b> <i>JJ/MM/AAAA</i>	_ _  /  _ _  / 20  _ _
<b>Jour de la semaine</b>	

**Caractéristiques du patient**

<b>Nom</b> du patient <i>3 premières lettres</i>	_ _ _
<b>Prénom</b> du patient <i>2 premières lettres</i>	_ _
<b>Sexe</b>	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
<b>Age</b>	

Patient exerçant une activité professionnelle ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, profession		

Si Non, préciser	<input type="checkbox"/> Retraité
	<input type="checkbox"/> A la recherche d'un emploi
	<input type="checkbox"/> Au foyer
	<input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____ _____ _____

Classe INSEE	_ _
--------------	-----

## Évaluation du contexte actuel du patient

Situation matrimoniale	<input type="checkbox"/> En couple					
	<input type="checkbox"/> Célibat					
	<input type="checkbox"/> Séparation					
	<input type="checkbox"/> Veuf					
	<input type="checkbox"/> Enfants à charge					
Invalidité	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Situation d'isolement social	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Situation de stress au travail	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Situation judiciaire en cours	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Décès récent dans l'entourage / Deuil significatif récent	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Situation d'aidant familial	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Patient lui-même dépendant (physiquement ou psychiquement, avec une aide à domicile y compris familiale quelle qu'elle soit)	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Discrimination	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Consommation de tabac	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Consommation excessive d'alcool	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Autres addictions (Opiacés, jeu, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Patient sous traitement substitutif (méthadone, subutex®)	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Autre (préciser)	<hr/> <hr/> <hr/>					

## Antécédents significatifs dans le cadre de l'étude

Tentative de suicide	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Consommation de tabac	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Consommation excessive d'alcool	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Autres addictions (Opiacés, jeu, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Antécédent de dépression traitée (bien différentiable de la prise en charge actuelle)	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Antécédent d'hospitalisation en psychiatrie quel que soit le motif	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Antécédents familiaux de troubles psychiatriques	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Prescription antérieure d'antidépresseurs	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Notion de maltraitance dans l'enfance	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non

**Pathologies présentées par le patient - Problèmes en cours de prise en charge**

Trouble isolé du sommeil	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Démence	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Douleurs diffuses	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Douleurs spécifiquement neuropathiques	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Douleur sciatique	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Migraines	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
AVC (séquelles d'AC)	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Syndrome des jambes sans repos	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Maladie de parkinson	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Fibromyalgie	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Douleurs ou plaintes musculo-squelettiques diffuses	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Lombalgies chroniques	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Céphalées de tension	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Plaintes chroniques diffuses	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Fatigue isolée sans cause précise	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Symptômes inexpliqués	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Prurit chronique	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Symptômes gastro-intestinaux fonctionnels, colopathie fonctionnelle	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Dysfonction sexuelle isolée, Ejaculation prématurée ou précoce	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Enurésie, incontinence	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Trouble de l'humeur plutôt réactionnel	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Syndrome dépressif authentique, d'intensité mineure	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Dépression majeure avec retentissement marqué sur l'autonomie personnelle ou sociale	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Anxiété généralisée (TOC AP TAG PS)	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Patient atteint de maladie chronique (pa : DT2)	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non



## **Évaluation du questionnaire**

*Remarques :*

.....  
.....  
.....

*Item manquant pour décrire le patient :*

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## **ANNEXE 5**

# **QUESTIONNAIRE FINAL**

---

# PRESCRIPTION D'ANTIDÉPRESSEURS EN SOINS PRIMAIRES (ATD)

Evaluation des antécédents, du contexte actuel de soins, et des pathologies des patients pris en charge

<b>Nom</b> du médecin <i>3 premières lettres</i>	_ _ _
<b>Prénom</b> du médecin <i>2 premières lettres</i>	_ _

<b>Date de la visite du patient</b> <i>JJ/MM/AAAA</i>	_ _  /  _ _  / 20  _ _
--	------------------------

## Caractéristiques du patient

<b>Nom</b> du patient <i>3 premières lettres</i>	_ _ _
<b>Prénom</b> du patient <i>2 premières lettres</i>	_ _
<b>Sexe</b>	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
<b>Age</b>	

Patient exerçant une activité professionnelle ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, profession		

Si Non, préciser	<input type="checkbox"/> Retraité
	<input type="checkbox"/> A la recherche d'un emploi
	<input type="checkbox"/> Au foyer
	<input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____ _____ _____

Classe INSEE	_ _
--------------	-----

Situation matrimoniale	<input type="checkbox"/> En couple
	<input type="checkbox"/> Célibat
	<input type="checkbox"/> Séparation
	<input type="checkbox"/> Veuf
	<input type="checkbox"/> Enfants à charge

## Caractéristiques de la prescription

Classe d'antidépresseur, molécule	
Posologie	
Délai depuis l'initiation de la prescription	

## Évaluation des facteurs contextuels du patient

Invalidité	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Situation d'isolement social	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Situation de stress au travail	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Situation judiciaire	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Décès récent dans l'entourage / Deuil significatif	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Situation d'aidant familial	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Patient lui-même dépendant (physiquement ou psychiquement, avec une aide à domicile y compris familiale quelle qu'elle soit)	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Contexte familial difficile	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Discrimination	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non

Consommation de tabac actuelle ou antécédents	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Consommation excessive d'alcool actuelle Ou antécédents	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Autre addiction (traitement, jeu) actuelle Ou antécédents	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Patient sous traitement substitutif (méthadone, subutex®) / contexte de sevrage (alcool, somnifères...)	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non

Antécédents de tentative de suicide	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Antécédent de dépression traitée (bien différentiable de la prise en charge actuelle)	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Antécédent d'hospitalisation en psychiatrie quel que soit le motif	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Antécédents familiaux de troubles psychiatriques	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Prescription antérieure d'antidépresseurs	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Notion de maltraitance dans l'enfance	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non

## Pathologies présentées par le patient - Problèmes en cours de prise en charge

Trouble de l'humeur plutôt réactionnel	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Syndrome dépressif authentique, d'intensité mineure	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Dépression majeure avec retentissement marqué sur l'autonomie personnelle professionnelle ou sociale	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Anxiété généralisée (TOC AP TAG PS)	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Démence	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
AVC (séquelles d'AC)	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Maladie de parkinson	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Migraines	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Céphalées de tension	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Douleurs diffuses	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Douleurs spécifiquement neuropathiques	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Douleur sciatique	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Lombalgies chroniques	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Douleurs ou plaintes musculo-squelettiques diffuses	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Fibromyalgie	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Syndrome des jambes sans repos	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Plaintes chroniques diffuses	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Trouble isolé du sommeil	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Fatigue isolée sans cause précise	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Symptômes inexplicables	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Prurit chronique	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Symptômes gastro-intestinaux fonctionnels, colopathie fonctionnelle	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Dysfonction sexuelle isolée, Ejaculation prématurée ou précoce	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Enurésie, incontinence	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non
Patient atteint de maladie chronique (Diabète,...)	<input type="checkbox"/> Oui	0	1	2		<input type="checkbox"/> Non

## Évaluation finale par les experts

<b>La prescription de l'Antidépresseur chez ce patient vous paraît elle</b>	<input type="checkbox"/> Inutile
	<input type="checkbox"/> D'intérêt modéré *
	<input type="checkbox"/> Utile
	<input type="checkbox"/> Nécessaire

\* l'arrêt ne provoquera que peu ou pas de changement de son état de santé

## **ANNEXE 6**

# **FICHE EXPLICATIVE DU QUESTIONNAIRE FINAL**

---

## FICHE EXPLICATIVE

### 1. Description du patient :

On utilise la liste des catégories socio-professionnelles (2003) suivante :

- 1 Agriculteurs exploitants
- 2 Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- 3 Cadres et professions intellectuelles supérieures
- 4 Professions Intermédiaires
- 5 Employés
- 6 Ouvriers
- 7 Retraités
- 8 Autres personnes sans activité professionnelle

Pour la situation matrimoniale, les items sont cumulatifs

### 2. Problématique actuelle du patient :

Pour l'invalidité : on considère les patients déclarés en invalidité

Pour les situations judiciaires, de stress au travail et de deuil, on coche oui si elle est en cours ou si elle fait partie de la problématique actuelle du patient.

Pour la discrimination ce qui est important c'est le ressenti du patient : est-ce qu'il s'estime victime de discrimination

Dans les addictions, ne pas oublier les médicaments (somnifères, codéine...)

Pour les antécédents familiaux ou la notion de maltraitance, si les informations ne sont pas connues, laisser vide.

### 3. Pathologies :

Tous les items sont bien sur cumulatifs.

Les pathologies sont regroupées par spécialités pour alléger le questionnaire.

Les pathologies psychiatriques, dans lesquelles il est important de distinguer s'il existe un syndrome dépressif avéré ou pas et son intensité.

Pour les pathologies douloureuses, il convient de les détailler.

L'item fibromyalgie est coté que si le diagnostic a été posé.

Les troubles isolés du sommeil correspondent à des troubles existant en dehors d'un syndrome dépressif ou anxieux.



# RESUME

**Contexte :** Les antidépresseurs sont prescrits à 80 % par les MG. 25 à 50 % des prescriptions concernent des indications non psychiatriques. Certaines de ses indications, hors AMM, sont justifiables par les données scientifiques. Des éléments contextuels (familiaux, sociaux, professionnels) déterminent également la prescription d'antidépresseurs. L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'influence respective des facteurs contextuels et biomédicaux sur la prescription d'antidépresseurs en soins primaires. L'objectif secondaire est d'évaluer la faisabilité et la pertinence du questionnaire pour une étude de plus grande ampleur.

**Méthode :** C'est une étude épidémiologique transversale. 25 médecins généralistes ont inclus tous leurs patients pendant une période d'une semaine. Un premier questionnaire a évalué la prévalence des traitements antidépresseurs, leur posologie et leur durée. Ensuite, 2 observations comprenant une prescription d'antidépresseur ont été tirées au sort et évaluées par un questionnaire face à face. Un deuxième questionnaire, élaboré à partir d'une précédente étude qualitative, a évalué les déterminants (biomédicaux, sociaux, et contextuels) de la prescription. L'influence respective de chaque facteur a été mesurée. Une évaluation qualitative des questions et de leur libellé a été effectuée par le médecin interviewé et le chercheur.

**Résultats :** Les facteurs influençant le plus la prescription étaient les troubles psychiques dépressifs ou anxieux, mais il existait jusqu'à 3 à 4 cofacteurs associés à la prescription. Les pathologies douloureuses, en particulier neurologiques, une situation judiciaire en cours ou du stress au travail étaient des éléments encourageant fortement la prescription. Le tabagisme, les addictions, l'invalidité ne semblaient pas du tout influencer la mise sous traitement. L'évaluation qualitative a permis d'affiner le questionnaire, en particulier pour l'évaluation du contexte familial.

**Conclusion :** Les médecins généralistes sont à l'origine de la majorité des prescriptions d'antidépresseurs. Cette étude a montré que le contexte psycho-social jouait un rôle important dans la prescription. Les pathologies psychiatriques sont, comme attendues les motifs de prescriptions les plus fréquents et les plus influents. 18% des observations concernent des diagnostics non psychiatriques, au cœur desquelles on retrouve les pathologies douloureuses.

**Mots clés :** antidépresseurs, prescription, déterminants, diagnostic non psychiatrique, médecine générale, soins primaires.